



HAL
open science

Construction d'une question sanitaire et d'une norme corporelle. : le cas du traitement de l'obésité en milieu hospitalier.

Estelle Gridaine

► To cite this version:

Estelle Gridaine. Construction d'une question sanitaire et d'une norme corporelle. : le cas du traitement de l'obésité en milieu hospitalier.. Sociologie. Nantes Université, 2022. Français. NNT : 2022NANU2017 . tel-03944528

HAL Id: tel-03944528

<https://theses.hal.science/tel-03944528v1>

Submitted on 18 Jan 2023

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.

THÈSE DE DOCTORAT DE SOCIOLOGIE

NANTES UNIVERSITÉ

ÉCOLE DOCTORALE N° 604
Sociétés, Temps, Territoires
Spécialité : Sociologie

Par

Estelle GRIDAINE

Construction d'une question sanitaire et d'une norme corporelle.
Le cas du traitement de l'obésité en milieu hospitalier.

Thèse présentée et soutenue à Nantes, le 29 novembre 2022
Unité de recherche : Centre nantais de sociologie (CENS) – UMR 6025

Rapporteurs avant soutenance :

Catherine ACHIN Professeure des universités, Université Paris Dauphine
Henri BERGERON Directeur de recherches, Institut d'études politiques de Paris

Composition du Jury :

Président : Romuald BODIN Professeur des universités, Nantes université
Examineurs : Anne LHUISSIER Directrice de recherches, INRAE, École normale supérieure de Paris
 Baptiste VIAUD Maître de conférences, Nantes Université

Dir. de thèse : Annie COLLOVALD Professeure des universités, Université Paris Nanterre

Résumé

Construction d'une question sanitaire et d'une norme corporelle. Le cas du traitement de l'obésité en milieu hospitalier.

A partir d'une étude localisée du traitement de l'obésité en milieu hospitalier, la thèse examine un paradoxe : comment des mécanismes de disqualification sociale des personnes en surpoids surgissent et se cristallisent dans un espace volontiers présenté comme neutre et empathique à l'égard des patients. La prise en charge de cet état corporel présente la particularité de réunir, à chaque extrémité de la relation thérapeutique (patients, personnel soignant), une population principalement féminine partageant des caractéristiques communes (âge, origine sociale et sentiment de déclassement) et un objectif commun de transformation des corpulences. Après de multiples tentatives précédentes d'amaigrissement, les unes espèrent atteindre une forme physique légitime ; les autres aspirent à une position professionnelle reconnue alors qu'elles ont vécu leur pratique paramédicale et médicale comme une relégation dans les zones d'ombre de l'activité sanitaire. Par le croisement d'une sociologie du genre, des classes populaires, de la santé, du corps et des groupes professionnels, cette étude vise à mettre en évidence comment la « négociation des soins » tourne sans cesse au désavantage des patientes : jugées d'emblée dépourvues d'un *ethos* du contrôle, portées à l'intempérance alors même que tout leur parcours antérieur témoigne du contraire, par des pratiques répétées de luttés et de volonté de changer la « fatalité » du surpoids.

Les effets de la disqualification sociale ne jouent pas simplement dans les relations avec les soignant-e-s. Elle joue également au sein même du groupe de patient-e-s. Les mieux dotées mobilisent leurs ressources pour se distinguer des autres qu'elles considèrent comme dépossédées de toute bonne volonté. Simultanément cette recherche montre que le manque de résultats pondéraux conduit les soignants à revoir leurs positions. La *care* fait alors souvent place à une logique du soupçon ou à un déni de compétences. En s'appuyant sur le traitement statistique de dossiers médicaux, des entretiens éthographiques et des observations répétées des interactions entre les différents protagonistes, la thèse revisite le déséquilibre de la relation thérapeutique au profit de la construction d'un ordre féminin, aussi subordonné soit-il aux normes masculines.

Mots clés : obésité, santé, corps, maladies chroniques, genre, rapports de classes, ordre négocié, relation thérapeutique.

Abstract

Building of a health question and a body norm. Case of obesity treatment in hospitals.

Based on a localized case study of obesity treatment in hospitals, this thesis studies a paradox: how mechanisms of social disqualification of overweight people arise and crystallize in places allegedly neutral and empathetic towards these patients. Management of this body condition is specific in the sense that both patients and therapists share many common characteristics (sex, age, social origin, and downgrading) and common objective of transformation of corpulent bodies. After many failed weight loss attempts, the former continue to pursue a corporal legitimacy while the latter aspire to clinical legitimacy after having experimented their paramedical mandate or their medical specialty as a relegation to the background of health activity. By crossing sociology of gender, working classes, health, body, and occupational groups, this study aims to highlight how the "negotiation of care" constantly turns to the disadvantage of patients. They are immediately considered lacking any "*ethos du contrôle*", inclined to intemperance while their entire previous career suggests the opposite, through repeated practices of struggles, of will to change the "fatality" of overweight.

The effects of social disqualification do not simply play a part in their relationships with caregivers. It also affects patients' group. The best endowed are mobilizing their resources as a means to stand out from the others that they regard as devoid of any will. Simultaneously this research shows that the lack of results in terms of weight loss leads professionals to review their positions. Care turns into suspicion or skills denial. Based on statistical processing of medical records as well as interviews and repeated observations of the interactions between the different protagonists the thesis revisits the imbalance in the therapeutic relationship leading to the construction of a female order, nevertheless subordinated to male norms.

Keywords : obesity, health, body, chronic diseases, gender, class relations, negotiated order, therapeutic relationship.

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier chaleureusement ma directrice de thèse, Annie Collovald, pour avoir accepté d'encadrer cette thèse. Depuis mon mémoire de Master 1 jusqu'à la fin du parcours doctoral, mon travail a été nourri et enrichi par ses précieux conseils. Merci pour la constance de ses encouragements et de son exigence. Sans ses relectures attentives, ce projet ne serait certainement pas allé jusqu'à son terme.

Ma gratitude va ensuite à tous les enquêtés qui ont accepté mes sollicitations. Je remercie, en premier lieu, l'ensemble des patients. En me racontant votre histoire personnelle et collective, vous avez rendu ce travail possible. J'espère que ce dernier est à la hauteur des multiples combats que vous avez menés et menez toujours. Merci, avant tout, à Antoine et Marie. En me sensibilisant à une réalité que je ne soupçonnais pas, vous avez fait naître ce travail. Merci à Raymonde, Michèle et Marcelle de m'avoir ouvert les portes des associations de patients. Merci d'avoir été les premières à accepter cette recherche, merci pour le souci d'explications dont vous avez fait preuve. Un très grand merci aux 32 patients qui m'ont confiée leurs vies, leurs espoirs, leurs peines, leurs doutes. Merci de m'avoir révélé avec tant de sincérité et de générosité la réalité à laquelle vous êtes confrontés. Mes remerciements vont également à l'ensemble des professionnels de santé qui m'ont accueillie dans leurs unités de soin. Un merci tout particulier à Emma, qui est la première à avoir accepté la présence d'une sociologue dans son service. Merci à toutes et tous d'avoir accepté ma présence, merci d'avoir partagé votre réalité du métier.

Je tiens ensuite à remercier le Centre nantais de sociologie (CENS), son personnel, ses chercheurs, ses doctorants, ainsi que l'UFR de sociologie de Nantes qui ont accompagné ma formation intellectuelle et universitaire depuis ma reprise d'études en 2014. Merci de m'avoir soutenue dans ma bifurcation professionnelle, merci de m'avoir donné la confiance nécessaire pour construire, avancer puis finir cette thèse. Je suis fière aujourd'hui de pouvoir la présenter devant vous. Un merci tout particulier à Jean-Noël Retière pour ses encouragements, à Marie Cartier pour la précision de ses relectures pendant mes années de Master. Merci à Alice Lermusiaux pour toutes ces années partagées, merci à Claire Auzuret pour son aide précieuse lorsqu'il a fallu se lancer dans le travail d'écriture. Merci pour votre bienveillance sans faille. Merci à Laurence Tual pour son aide dans mon appropriation des logiciels de traitements de données statistiques. Merci à Géraud Lafarge et Marie Charvet de m'avoir conviée aux chantiers du CENS. Merci aux membres du laboratoire pour leurs conseils et leurs remarques constructives.

Je remercie tout particulièrement Sophie Orange, autant que Anne-Chantal Hardy du laboratoire Droit et Changement Social, d'avoir su me montrer ce que je ne pouvais pas voir. Depuis nos échanges, je sais que mon expérience dans l'éducation spécialisée est une ficelle du métier. Merci également à Arnaud Sébilleau, de l'Institut de Formation en Éducation physique et en Sport d'Angers, à Caroline Mazaud et Guilhem Anzalone, de l'École supérieure d'Agriculture d'Angers, de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas dans le métier d'enseignante. Je remercie en outre Muriel Darmon et Baptiste Viaud qui ont accepté de faire partie de mon comité de thèse.

Je suis également reconnaissante à l'ensemble des membres du jury d'avoir accepté de lire et de discuter ce travail.

Merci aussi à mes relecteurs non-sociologues, Chantal, Gilles, Nicole, Brigitte et Stéphanie. Merci à Lucile pour les corrections apportées à mon *abstract*.

Merci aux membres de ma famille, à mes amis qui, malgré mes absences répétées, m'ont témoigné leur soutien et affection. Merci à Steph, pour tout.

« J'étais ravie de participer à ce débat mais en entrant dans la salle qu'est-ce que je vois ? Que des petites chaises en tissu avec accoudoirs. Aucune dans laquelle je pouvais m'asseoir ! J'ai été saisie d'un fou rire et j'ai commencé mon intervention ainsi : « La société ne veut pas de moi et elle me le prouve. » Pas pour mettre quiconque mal à l'aise, mais pour montrer ce que nous vivons au quotidien. »

Gabrielle Deydier, février 2020.

« Si j'avais été médecin avec diplôme, j'aurais d'abord fait une bonne monographie de l'obésité ; j'aurais ensuite établi mon empire dans ce recoin de la science ; et j'aurais eu le double avantage d'avoir pour malades les gens qui se portent le mieux, et d'être journellement assiégé par la plus jolie moitié du genre humain ; car avoir une juste portion d'embonpoint, ni trop ni peu, est pour les femmes l'étude de toute leur vie. »

Jean Anthelme Brillat-Savarin, 1848, p.179.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES ENCADRÉS.....	11
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	13
I - La corpulence des populations, objet d'une croisade morale.....	14
1.1 La construction d'une pathologie médicale : le produit d'une activité de soins segmentée.	16
1.2 La construction d'un problème de santé publique : le produit de rapports de force.....	20
1.3 La construction d'un sujet médiatique : le produit de luttes définitionnelles.....	28
II – Construction de l'objet : ce que révèle l' « obésologie » de la société.....	32
2.1 D'une sociologie des classes populaires à une sociologie de l'action publique : la discrétion de la relation entre stigmatisés et normaux.	33
2.2 De l'ombre à la mise en lumière : l'approche monographique comme contribution au débat théorique.	36
2.3 Ethnographier un terrain sous contrôle.	39
2.4 La question du rapport à l'objet : une question de rapport à la norme ?.....	42
III – Matériaux empiriques	45
3.1 Entretiens semi-directifs : variations de points de vue sur la rencontre de l'offre et de la demande.	45
3.1.a) Entretiens avec les patients : discours rétrospectifs sur les trajectoires sociales et médicales.	46
3.1.b) Entretiens avec les professionnels : discours rétrospectifs sur les carrières Professionnelles	48
3.2 Observations directes : les pratiques en action.	49
3.2.a) Objectiver la place des associations de patients dans le dispositif.....	50
3.2.b) Vérifier la nature des relations entre « obésologues » et patients obèses.	51
3.3 Le traitement de documents : sortir de la dualité « obésologues » / patients obèses.....	55
3.3.a) Dresser le portrait des patients par le traitement statistique.	55
3.3.b) Confronter les définitions expertes de la prise en charge par les archives administratives. .	55
3.3.c) Vérifier la définition publique et locale du problème et de son traitement par les archives médiatiques.	56
IV – Organisation de la démonstration.	57
PREMIERE PARTIE :	
Entre espoirs et déceptions_ Comment devient-on « obésologue » ?.....	61
CHAPITRE 1 :	
Fonctions sociales des assignations de genre et de classe dans la fabrique de l'espoir.....	65
I - La blouse blanche au féminin : une expression « naturelle » du care ?.....	67
1.1 Blouse blanche et conformité aux normes de genre.	68
1.1.a) Le genre des disciplines.	69
1.1.b) Éducation thérapeutique et division sexuée de l'activité de soin.	94
1.1.c) Obésité : une pathologie attentatoire de la définition sociale de la féminité.	105
1.2 Blouse blanche et subversions du genre féminin.	112

II – Le défi d’un traitement « hors normes », une stratégie pour se déplacer dans l’espace sanitaire?	125
2.1 Des capitaux à faire fructifier.	126
2.1.a) « <i>Quand on veut, on peut</i> » : « obésologie » et mobilité sociale ascendante.	127
2.1.b) La « <i>bonne volonté culturelle</i> », « <i>matrice de la socialisation professionnelle</i> ».	132
2.1.c) « Capitaliser l’héritage » : usages distinctifs du mandat d’ « obésologue ».	135
2.2 Faire corps avec la culture légitime.	141
Conclusion du chapitre 1	147
CHAPITRE 2 :	
Jeux de pouvoir autour de la définition du bon traitement.	149
I - Travail d’équipe et enjeux de reconnaissance disciplinaire.	151
1.1 Jeux de pouvoirs dans un espace segmenté.	152
1.1.a) Négociations de l’agencement des activités médicales.	152
1.1.b) Négociations de l’agencement des activités paramédicales.	164
1.2 Jeux de dominations dans un espace hiérarchisé.	183
II – Travail en réseau et enjeux de reconnaissance institutionnelle.	193
2.1 Processus de construction de certitudes pratiques dans un contexte incertain.	194
2.2 Faire équipe : le jeu des identification réciproques.	206
2.3 De l’injonction à faire œuvre commune aux processus d’unions parcellaires.....	212
Conclusion du chapitre 2	220
Conclusion de la première partie	222
DEUXIEME PARTIE :	
Maîtrise et transformation de soi_ Comment devient-on patient obèse ?	225
CHAPITRE 3 :	
Variations d’expériences de la stigmatisation corporelle.	230
I - Constructions plurielles de corps hors normes : entre continuités et ruptures biographiques.	232
1.1 Expériences d’un corps gros dès l’enfance : quand la stigmatisation façonne les identités. ...	233
1.2 Prises de poids tardives : expériences de « déplacés » corporels.....	241
1.3 Stigmatisations médicales de l’obésité : quand le corps médical avalise l’anormalité.....	256
1.4 Fabrications médicales de l’obésité : quand se soigner fait grossir.	263
II - Quand vouloir maigrir fait grossir : un <i>ethos</i> du contrôle trahit par une <i>hexis</i> corporelle. 274	
2.1 Faire un régime amaigrissant : raisons plurielles du gouvernement de soi.....	276
2.2 Ne pas maigrir : effets pluriels de l’échec.	284
Conclusion du chapitre 3	301
CHAPITRE 4 :	
Conséquences pratiques des représentations dans la construction des « carrières obèses ».	303
I – Le genre des « carrières obèses »	305
1.1 Une médicalisation des corpulences symptomatique du genre.	306

1.2 Quand le genre pèse sur le recrutement des patients.	313
II – L’âge de faire carrière.	325
2.1 Maigrir avant 45 ans : un moyen de se conformer aux rôles sociaux ?	327
2.2 Maigrir après 45 ans : un moyen de rentabiliser de nouvelles disponibilités biographiques ?	356
Conclusion du chapitre 4	387
Conclusion de la deuxième partie	389
TROISIEME PARTIE :	
L’épreuve du manque de résultats. Être ou ne pas être « obésologue » ?	392
CHAPITRE 5 :	
Stratégies professionnelles pour contenir le désordre.....	396
I – Ce que fait l’absence de guérison à la relation thérapeutique.	397
1.1 Transformation des objectifs de la prise en charge : usages paradoxaux du poids.....	398
1.2 Cultiver le contrôle ou le plaisir : deux manières de comprendre les pratiques « obésogéniques ».	407
1.3 Quand la médicalisation de l’obésité sépare corps biologique et corps social : refus du souci d’esthétisation.	419
II – Négociations d’un traitement peu probant avec les autres segments de l’activité médicale.	434
2.1 Médecine de second recours et enjeux de captation de patientèle.....	435
2.2 Quand la rationalisation de l’activité de soin devient une ficelle du métier.	448
2.3 Du monopole de l’expertise au partage du discrédit, quelle place pour les associations de patients ?	455
Conclusion du chapitre 5	469
CHAPITRE 6 :	
Entre contraintes et possibles : stratégies d’ajustements des carrières.....	471
I – Partage d’expertises et recompositions des identités corporatistes.....	472
1.1 L’expérience : une compétence naturalisée.	473
1.2 La probité : un outil de légitimation.	479
1.3 L’empathie : un outil de distinction.	483
II – Les carrières à l’épreuve de l’ « obésologie ».....	488
2.1 Protection : stratégies différenciées pour demeurer « obésologue ».	489
2.1.a) L’éducation thérapeutique des patients obèses : un mandat parmi d’autres pour valoriser les professions.	493
2.1.b) L’ « obésologie » comme seule voie de salut possible.	500
2.2 Une blouse blanche à défendre : un sentiment au croisement de la morale et des raisons pratiques.	510
2.3 Un travail paramédical qui ne fait plus recette : rejets de la moralité du secteur sanitaire.....	519
Conclusion du chapitre 6	528
Conclusion de la troisième partie.....	530
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	532

1. La croyance et ses effets.	533
2. L'ordre négocié.	535
3. Acter la construction de la chronicité de l'obésité « au féminin ».	538
4. Prolonger la thèse	540
BIBLIOGRAPHIE GENERALE	544
TABLE DES SIGLES ET ACRONYMES	572
ANNEXES	578
Méthodologie	579
Annexe M1 : Corpus de sites internet	580
Annexe M2 : Liste des entretiens	582
Annexe M3 : Guides d'entretiens	584
M3.1 : Entretiens professionnels	584
M3.2 : Entretiens patients	585
M3.3 Entretiens membres bureaux associatifs	586
Compléments	587
Annexe C1 : IMC : Histoire d'un indice, outil de l'ordre social.	588
Annexe C2 : Techniques de chirurgie bariatrique.	590
Annexe C3 : Processus de sanitarisation d'un problème social.	592
Annexe C4 : Carte des CSO.	598
Annexe C5 : Feuille de route « prise en charge l'obésité 2019-2022 ».	599
Annexe C6 : Grilles de diagnostic éducatif	602
Annexe C7 : Sémantique de l'approche bio-psycho-sensorielle.	608
Annexe C8 : Organisation des groupes professionnels de l' « obésologie ».	612

TABLE DES ENCADRÉS

Encadré 1	Bridget Jones, un cas de corpulence illusoire	30
Encadré 2	Deux poids, deux mesures, quand les publicitaires s'en mêlent	30
Encadré 3	Carrière de diététicienne : s'engager pour assainir	73
Encadré 4	Observation d'une RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire)	120-121
Encadré 5	Observation d'une réunion associative sur le rôle des psychothérapeutes dans le traitement de l'obésité	160-161
Encadré 6	Observation de l'atelier « Analyse sensorielle »	166-167
Encadré 7	Observation de l'atelier « Activité physique et relaxation »	168-170
Encadré 8	Extrait de diagnostic ETP : évaluation des priorités	171
Encadré 9	Distribution de la patientèle selon le type de prise en charge	177
Encadré 10	Extrait de synthèse ETP : évaluation de la condition physique	180
Encadré 11	Processus d'évaluation des programmes d'ETP autorisés	200
Encadré 12	Déconvenues d'un atelier	202
Encadré 13	Extrait de demande d'autorisation d'un programme d'ETP auprès de l'ARS	204-205
Encadré 14	Session SC11 congrès ADELFF – SFPS	217
Encadré 15	Distribution de la patientèle selon l'anamnèse pondérale	231
Encadré 16	Affiche journée européenne de l'obésité	282
Encadré 17	Le genre de l'obésité et de ses thérapies spécialisées	305
Encadré 18	Distribution de l'observance thérapeutique selon le genre	318
Encadré 19	Genre et type de suivi	319

Encadré 20	Observation d'une réunion de synthèse du diagnostic éducatif	320-321
Encadré 21	Prévalence et traitement de l'obésité selon l'âge	325
Encadré 22	Distribution de la patientèle selon le type de traitement, le genre et l'âge	326
Encadré 23	Répartition genrée de la patientèle âgée de moins de 45 ans	327
Encadré 24	Relations de dépendance entre le genre et l'âge de traitement	328
Encadré 25	Répartition genrée de la patientèle âgée de plus de 45 ans	356
Encadré 26	Distribution de la patientèle par GSP	385
Encadré 27	Extrait d'introduction de courrier de synthèse adressé au médecin traitant	399
Encadré 28	Extrait de synthèse ETP : mesures de la composition corporelle	399
Encadré 29	Extrait de bilan préopératoire : <i>habitus</i>	407
Encadré 30	Observation d'une réunion de synthèse à mi-parcours du programme d'ETP de 3 ans	409
Encadré 31	Extraits de FMC « Prise en charge de l'obésité en consultation de médecine générale »	442
Encadré 32	Paradoxes du parcours de soins coordonnés : situations concrètes de patients pris entre deux feux.	446
Encadré 33	Carrières d'obésologues : s'inscrire dans le temps	490

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Parmi les préoccupations qui font tribune médiatique, l'obésité fait partie des objets qui apparaissent par éclipse. Pendant le premier confinement lié au COVID-19, alors que les décès et les formes compliquées se démultiplient, à côté de la vieillesse, l'adiposité, vue comme une comorbidité, est désignée comme spécifiquement aggravante. Images à l'appui de corps inanimés que plusieurs soignants peinent à manipuler, l'immersion des journalistes dans des services de réanimation de fortune, improvisés dans l'urgence, montre à quel point la situation est tragique. Ce coup de projecteur ne manque pas de faire réagir le Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (GROS)¹ qui s'insurge d'une telle stigmatisation et s'inquiète de ses effets sur la santé mentale des personnes obèses :

La répétition massive et obsédante (jusqu'à la culpabilisation) de la vulnérabilité des patients obèses va générer ou majorer des troubles psychiques qui, à leur tour, aggraveront les compulsions alimentaires, et renforceront l'éloignement des parcours de soins que l'on constate fréquemment dans cette population.²

Quelques semaines avant ce regain d'intérêt furtif pour la santé précaire des personnes obèses, qui entérine, au passage, que ces métabolismes ou ces psychismes-là sont problématiques pour le système de santé, c'est la thématique de la grossophobie³ qui fait un bref retour en lice. Ceci, pendant que plusieurs médecins, opposants à la chirurgie bariatrique⁴, se saisissent de la « *note de cadrage du parcours obésité* »⁵, publiée le 6 février 2020 par la HAS (Haute autorité de santé), pour faire entendre leurs voix à propos de ses effets secondaires et d'un recours abusif à cette pratique. Cet enchaînement d'événements survient après quelques années de discrétion médiatique, si ce n'est les quelques *talk-shows* ou autres télé-réalités qui traitent régulièrement de la difficulté d'être gros, notamment depuis que la chirurgie a fait

¹ Association qui regroupe des professionnels de santé spécialisés dans la prise en charge des TCA (Troubles du comportement alimentaire) qui revendiquent une posture dissidente à l'égard de la pensée médicale dominante, lui reprochant une approche de la maladie biologico-centrée au détriment d'une conception psychosociologique (Cf. section 1 « La corpulence des populations, objet d'une croisade civilisatrice. », pp. 7-8)

² Tubiana A. et al. (2021), « COVID-19 et obésité : la position du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (G.R.O.S.) », *Médecine des maladies métaboliques*, n° 15/3, pp. 294-298.

³ La censure, par plusieurs réseaux sociaux, de la couverture du numéro du magazine *Télérama*, édité le 5 février 2020, qui, pour illustrer son dossier intitulé « *Pourquoi on rejette les gros ?* » utilise la photo du buste nu d'une femme obèse, relance le débat médiatique. Quelques semaines plus tard, à l'occasion de la journée mondiale de l'obésité du 4 mars, l'association CNAO (Collectif national d'associations d'obèses) diffuse, pendant une semaine, un spot publicitaire « *L'obésité n'est pas un choix de vie mais une maladie.* ». Source : https://www.youtube.com/watch?v=R9hecp0_xtU

⁴ Terme créé en 1965. Du grec *baros* = poids et *iatros* = médecin. Cette chirurgie consiste en la réduction de la taille de l'estomac et/ou la mise en place d'un système de dérivation au niveau de l'appareil digestif visant à réduire l'absorption d'éléments nutritifs.

⁵ Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/note_de_cadrage_obesite.pdf

tapage alors que certaines figures publiques se sont fait opérer. Pourquoi ces conflits récurrents autour de la « problématique obèse » ? Est-ce parce que cet enjeu majeur de Santé publique peine à mettre tout le monde d'accord sur ses déterminants, sur les actions à mener¹ ? Est-ce parce le stigmatisme pondéral oppose normaux qui craignent d'être souillés et normaux initiés² ?

I - La corpulence des populations, objet d'une croisade morale.

Si l'apparence et les mises en scènes des corps dominent les interactions sociales³, c'est bien la corpulence, définie par la taille et le poids, qui différencie et catégorise les individus. En prenant acte que chaque société propose une image idéalisée des corps⁴, la sociologie a montré que les valeurs associées à un type de corpulence fluctuent au gré de « *la définition dominante du corps et de ses usages* »⁵. Cette dimension politique des jugements physiques place la morphologie des groupes sociaux⁶ au cœur des enjeux de domination de classe et de genre⁷.

Ainsi, après avoir favorisé la silhouette mince et élégante tout au long du Moyen âge, au XVIIIème siècle, les aristocrates valorisent les silhouettes plus enrobées, toutes en rondeurs, aux poitrines généreuses, aux ventres masculins signes de pouvoir... Le surpoids devient signe d'aisance pour les hommes et de sensualité pour les femmes⁸. Marque de prestige, l'embonpoint⁹ apporte la preuve de l'appartenance à une classe sociale élevée puisque seuls les ouvriers sont amenés à travailler physiquement et donc à brûler plus de calories. Être gros signifie avoir les moyens financiers pour consommer de la nourriture riche et abondante. La maigreur traduit la maladie et la pauvreté.

L'image d'embonpoint se détériore totalement au cours du XXème siècle. Avec l'émergence des activités sportives de loisirs, le corps se dénude, s'affranchissant progressivement de l'emprise que le vêtement exerce sur lui. Cette nouvelle mise en scène

¹ Bergeron H., Castel P. (dir.) (2010), *Regards croisés sur l'obésité*, Paris, Presses de science Po.

² Goffman, E. (1975), *Stigmatisme, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.

³ Goffman E. (1967), *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit.

⁴ Le Breton D. (2013), *Anthropologie du corps et de la modernité*, Paris, PUF.

⁵ Bourdieu P. (1979), *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, p.448.

⁶ Régnier F. (2006), « Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux États-Unis », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, n°41/22, pp. 97-103.

⁷ Lhuissier A. (2006), « Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence. », *Journal des anthropologues*, n°106-107, pp. 61-76.

⁸ « Au XIXe siècle, un entrepreneur, un responsable se doit d'être gros : un homme de poids est un homme qui a du poids. L'embonpoint de la femme la rend délectable. » Aron J.P. (1987), « La tragédie de l'apparence à l'époque contemporaine », *Communications*, n°46, p.307.

⁹ Terme que l'on a longtemps préféré à celui d'obésité lui-même tiré du latin *obesitas* : « excès d'embonpoint ».

impose la minceur comme critère de beauté féminine et de performance masculine, au sein des classes les plus aisées. À partir des années 1960, les magazines de beauté diffusent ce modèle auprès des classes moyennes ou des franges supérieures des classes populaires¹. Le corps devient l'objet d'un fétichisme doublé de conflits intimes pour les acteurs, où les tentatives pour maîtriser les corpulences deviennent un sujet persistant des préoccupations individuelles², des pratiques d'observation de soi et des autres.

Le corps gros, devenu indésirable, ne peut que s'attirer le mépris social. Puisque « *nous devenons ce que nous mangeons* »³, c'est l'ingestion excessive d'aliments gras qui est pointée comme cause principale de cette difformité. Or il se trouve que, faute de goûts et de moyens financiers, ce type d'alimentation est prêté aux classes populaires, vestige de pratiques de moins en moins justifiées puisque la tertiarisation du marché de l'emploi les contraint moins à miser sur leurs réserves physiques pour travailler.

Doublement disqualifiée, puisque cette forme des corps et les usages qui lui sont associés sont une infraction aux canons de beauté, aux bonnes mœurs des classes supérieures, la surcharge pondérale devient un objet de préoccupation de la « philanthropie dominante »⁴, dont la conséquence est un abaissement du seuil de tolérance du surpoids⁵. Ainsi émerge la « problématique de l'obésité » dont la visibilité s'accroît lorsque l'OMS (Organisation mondiale de la santé) la requalifie de maladie en 1997, puis d'épidémie mondiale en 2000⁶. Une fois l'alerte donnée, potentiellement tous concernés puisque la prise de poids est un problème de mangeur sédentaire, dans un contexte où les occasions de « malbouffe » et d'inactivité physique se démultiplient, les enquêtes épidémiologiques confirment que c'est une nouvelle fois les classes populaires qu'il va falloir éduquer. Afin d'éviter que leur mauvais goût ne se propage et ne déstabilise l'ordre établi⁷, où les normes médicales et sociales se rejoignent pour imposer l'injonction d'un corps sain défini par la minceur, les experts s'organisent à tous les niveaux, à l'international, comme en France.

¹ Boltanski L. (1971), « Les usages sociaux du corps. », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, n°26/1, pp. 205-233.

² Le Breton D. et al. (2013), *Anthropologie du corps et de la modernité*, op. cit.

³ Fischler C. (2001), *L'Homnivore. Le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Odile Jacob.

⁴ Expression empruntée à Bertrand Dargelos lorsqu'il s'intéresse aux mécanismes de la médicalisation de l'alcoolisme des classes populaires à la fin du XIX^{ème} siècle. Dargelos B. (2005), « *Une spécialisation impossible, l'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte antialcoolique en France (1850-1940)* », Actes de la recherche en sciences sociales, n°156-157, pp. 52-71

⁵ Fischler C. (1987), « La symbolique du gros. », *Communications*, n°46, p.259.

⁶ L'obésité est la première maladie non infectieuse à être ainsi qualifiée par l'OMS.

⁷ Référence aux travaux de Bertrand Dargelos (*Ibid.*), mais aussi à ceux de Luc Boltanski qui s'intéresse à la puériculture comme moyen d'imposer aux savoirs populaires les catégories de la médecine savante. Boltanski L. (1969), *Prime éducation et morale de classe*, Paris, EHESS.

1.1 La construction d'une pathologie médicale : le produit d'une activité de soins segmentée.

Bien avant que l'obésité ne soit qualifiée de maladie, la surcharge pondérale a fait l'objet de prescriptions médicales. Calculé à partir de l'Indice de masse corporelle (IMC), qui n'est autre qu'une mesure anthropométrique tirée de la théorie de « l'homme moyen » d'Adolphe Quételet (Cf. annexe C.1), le surpoids fait l'objet de prescriptions tout aussi standardisées et qui se résument à l'indication de régimes alimentaires. Ceux-ci consistent en une réduction des quantités puis, en fonction des variations culturelles des techniques du « bien-manger »¹, moins de gras, moins de sucre, moins de sel. Cette construction étiologique de l'adiposité qui associe laisser-aller alimentaire et manque de culture nutritionnelle permet à une nouvelle profession d'émerger, en périphérie de la médecine. Un premier établissement privé d'enseignement de la diététique ouvre ses portes, à Marseille, en 1949, puis un BTS est spécifiquement créé en 1953, sous la double tutelle des ministères de la Santé publique et de l'Enseignement technique, avant que ne soit labélisée une première option diététique de DUT en 1964². Depuis le nombre de professionnels n'a eu de cesse de se développer. Si en milieu hospitalier, ils s'adressent à une pluralité de patients, en libéral, ils accompagnent essentiellement des personnes désireuses de perdre du poids. Ainsi, si l'obésité est pensée comme le résultat d'une mauvaise hygiène alimentaire, elle n'est curieusement pas l'objet principal d'intervention des diététiciens, censés intervenir avant que l'adiposité ne se complique.

De son côté, la chirurgie bariatrique, qui met au point des techniques de dérivation intestinale (initialement adressées aux patients diabétiques de type 2) se développe au Québec, comme traitement de l'obésité (Cf. annexe C2). Forte de son succès dans ce domaine, puisque la malabsorption des calories fait mécaniquement maigrir, la technologie est importée en France où elle se développe au cours des années 1990. Empruntée à la chirurgie viscérale, qui fait partie

¹ Entendues, ici, dans le sens des techniques du corps de Marcel Mauss : « *Ces "habitudes" varient non pas simplement avec les individus et leurs imitations, elles varient surtout avec les sociétés, les éducations, les convenances et les modes, les prestiges. Il faut y voir des techniques et l'ouvrage de la raison pratique collective et individuelle, là où on ne voit d'ordinaire que l'âme et ses facultés de répétition* ». **Mauss M. (1935)**, « Les techniques du corps », *Journal de Psychologie*, vol. XXXII, n° 3-4.

² **Bard E. (2019)**, *Faire bon poids, bonne figure : sociologie des suivis diététiques en libéral*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **Jaisson M.** et de **Lhuissier A.**, université Paris-Nord, pp.13-14.

des spécialités reléguées sur l'échelle de prestige¹ hiérarchisant la corporation médicale², elle devient une sur-spécialité, et laisse ainsi entrevoir à ses praticiens quelques possibilités de reconnaissance et de notoriété³. La validation par l'OMS, en 2003, de la chirurgie bariatrique comme le traitement de référence de l'obésité morbide⁴, participe largement à la démultiplication de cette offre de soin⁵. Toutefois, si de nombreux spécialistes s'accordent pour lui reconnaître un effet indéniable sur la perte de poids et l'amélioration de la qualité de vie, la technique rencontre de nombreux opposants qui soulignent son hétérodoxie⁶ au nom de nombreuses complications, tant métaboliques que psychiques. Ces débats entre experts se soldent par la préconisation d'un suivi des patients à vie afin d'éviter que la transformation biologique de la mécanique digestive ne soit compromise par des fragilités endogènes, ou des habitudes de vie hédonistes incompatibles avec l'ascétisme qu'exige la résection gastrique. La chirurgie se pratique ainsi sous condition d'une éducation qui n'est plus simplement alimentaire : fractionner les repas en six prises journalières, bouger plus⁷, améliorer l'estime de soi et observer les prescriptions médicamenteuses. Tentatives, en somme, pour que cette thérapeutique soit compatible avec les savoirs légitimes, qui rendent compte des tensions qui règnent au sein de la communauté médicale⁸.

¹ Si les premières descriptions d'actes chirurgicaux datent d'environ 1 600 avant Jésus-Christ, il faut attendre le XVIIIème siècle pour que Louis XIV, suite à une opération réussie (qui est par ailleurs un acte de chirurgie viscérale aujourd'hui), élève les barbiers chirurgiens au rang de médecins à part entière. En réalité, c'est à partir de la seconde moitié du XIXème siècle que la chirurgie gagne en reconnaissance puisque, grâce aux travaux de Louis Pasteur, le développement des procédés d'asepsie entraîne une chute de la mortalité opératoire conséquente. Mais l'explosion des progrès et des techniques chirurgicales, en seconde partie du XXème siècle, se traduit par une disparition de la chirurgie générale (**Ternon Y. (1994)**, « La fin du chirurgien généraliste. », in **Aïach P. et Fassin D., Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité**, Paris, Anthropos, pp.181-199). Cette spécialisation des chirurgiens dans telle ou telle discipline a pour conséquence une hiérarchisation des spécialités intimement liée à la noblesse associée aux organes visés. Pendant que la chirurgie du cerveau ou du cœur gagnent en notoriété, celle des viscères, elle, perd du terrain.

² **Freidson E. (1984)**, *La profession médicale*, Paris, Payot.

³ La DRESS montre que la chirurgie bariatrique représente 4,3% de l'activité de chirurgie digestive en 2016 contre 3,1 % en 2006. **Oberlin P. et Peretti (de) C. (2018)**, « Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997 », DRESS, *Etudes et résultats*, n°105, p.5.

⁴ Depuis 1985, l'IMC (Indice de masse corporelle), est la norme internationale pour mesurer l'excès de poids (Cf. annexe 1). Il permet de classer les individus sur une échelle de l'obésité qui compte quatre degrés : modérée (> 30Kg/m²), sévère (> 35Kg/m²), morbide (> 40Kg/m²) puis l'obésité (> 50Kg/m²). D'après les recommandations de la HAS, l'obésité morbide est un indicateur qui permet d'envisager le recours à la chirurgie bariatrique.

Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_argumentaire.pdf

⁵ Entre 1997 et 2017, le nombre d'actes annuels s'est multiplié par 20. La DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en comptabilise 59300 en 2016. *Ibid.*, p.1.

⁶ La fonctionnalité médicale de la bariatrique est d'emblée mise en cause, faisant écho à son illégitimité sociale puisqu'il s'agit de maigrir sans efforts. François Laplantine et Paul-Louis Rabeyron rappellent qu'en complément de ces deux critères, le classement des disciplines médicales dépend également de leur inscription dans la tradition et de la teneur, populaire ou savante, de leur corpus théorique. **Laplantine F. et Rabeyron P.L. (1987)**, *Les médecines parallèles*, Paris, Presses universitaires de France.

⁷ Afin de prévenir les effets de fonte adipeuse sur le squelette.

⁸ **Strauss A. (1992)**, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

En parallèle, les « programmes de réduction pondérale » mis en place depuis les années 60, où le surpoids est traité lors de cures par la seule imposition de régimes alimentaires draconiens, cèdent peu à peu le pas aux Thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Depuis les années 80, cette approche pluridisciplinaire aspire à prendre en compte la dimension multifactorielle de la maladie pour proposer des programmes éducatifs fondés sur la collaboration entre patient et soignants. Il s'agit explicitement de transmettre des connaissances diététiques, voire d'activités physiques, à des patients fautifs d'être dépourvus de culture légitime. Requalifiée maladie chronique, l'obésité contraint les professionnels de santé à compléter la seule approche biologique par une alternative psychosociale où les malades, responsabilisés dans leurs destins sociaux, ne sont plus simplement récepteurs de soins mais producteurs d'un travail¹ nécessaire à leur propre guérison. C'est l'avènement de l'éducation thérapeutique², telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui par des paramédicaux, dont le travail de rééducation est coordonné par des médecins spécialisés dans le traitement de la surcharge pondérale, qu'ils soient endocrinologues ou nutritionnistes.

A côté des professionnels de santé, les UFR de STAPS³ forment des enseignants d'Activité physique adaptée (APA). Afin que leurs compétences soient reconnues dans le secteur sanitaire, la filière s'étoffe, en 2007, d'une mention S pour santé. Titulaires d'un master APA-S, les jeunes diplômés investissent les équipes paramédicales qui prennent en charge une obésité pensée sous l'angle thermodynamique d'un déséquilibre de la balance énergétique. Ces professionnels sont mandatés pour faire bouger les patients pendant que d'autres (diététiciens et psychologues) les invitent à un rapport réflexif à leur alimentation. Ce travail de fond, aussi bienveillant soit-il, ne peut d'emblée que concourir à la construction de visions intimes de soi dévalorisées des plus démunis puisqu'il s'agit de pointer, puis de rectifier, de mauvaises habitudes. Le suivi en APA s'inscrit ainsi dans « un bilan éducatif partagé »⁴ où sont consignées, au gré des consultations, mesures fonctionnelles et aptitudes physiques qui agissent comme de nouveaux indicateurs de la pertinence des prescriptions et de la compliance des patients. L'effort physique (auquel sont censés être étrangers les acteurs obèses), lorsqu'il est adapté, prétend faire fondre les graisses, développer muscles et endurance et restaurer l'estime

¹ **Strauss A. (1992)**, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, op. cit.

² En 1996, l'OMS la définit comme « un processus qui vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Rapport OMS-Europe sur l'éducation thérapeutique du patient.

³ Unité de formation et de recherche en Sciences et techniques des activités physiques et sportives.

⁴ **Perrin C. (2016)**, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en activité physique adaptée dans le monde médical. », *Santé publique*, HS, pp. 141-151 ; **Jacolin-Nackaerts M. (2018)**, « L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses : une socialisation de transformation ? », *Sciences sociales et sport*, n°11, pp. 99-132.

de soi face à la mise en mouvement. Métabolisme et psychisme sont ainsi perçus et relayés comme les conditions *sine qua non* d'une production rationnelle de soi, dont le baromètre social et biologique est la rectitude corporelle pendant que l'objectif est clairement de transformer des corps durs (prédisposés socialement) en corps mous (malléables)¹. La récente légitimité apparente de la pratique d'activités physiques réside dans le fait, qu'à ce jour, elle ne trouve aucun détracteur par opposition aux régimes amaigrissants ou à la chirurgie bariatrique.

En opposition avec ces approches cognitivo-comportementales, le GROS s'est créé en 1998. Ses membres défendent une approche bio-psycho-sensorielle² qui vise à restaurer des comportements dictés par les mécanismes d'identification sociale et les sensations de plaisir. L'objectif principal du travail thérapeutique est alors de faire admettre au patient que la corpulence idéale, loin d'être une convention collective, est soumise à un poids d'équilibre (*set-point*) déterminé par des facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux. La stabilité de la balance énergétique n'est plus envisagée sous l'angle de la volonté : « bouger pour manger » mais sous celui de la nécessité : « manger pour bouger ». Les injonctions alimentaires s'axent autour d'un travail sur le goût, pensé comme régulateur de l'appétit. Le problème n'est plus, ici, centré sur des aliments qui seraient mauvais pour la santé, ni même sur la quantité absorbée, plutôt sur la manière de déguster. Les injonctions à l'activité physique se concentrent, elles, autour d'un travail sur le bien-être, pensé comme régulateur de la mobilité. Les freins au mouvement ne sont plus la sédentarité ou l'incapacité mais la pleine conscience du corps. Voulant se distinguer des autres traitements où l'injonction à la maîtrise de soi contribuerait à aggraver les désordres physiologiques (augmentation du poids *set-point*) et psychologiques (perte de contrôle) liés à la maladie, l'approche bio-psycho-sensorielle semble pourtant aussi voir dans l'obésité une maladie de la décision. Le patient serait victime d'une éducation qui l'aurait induit en erreur dans son rapport à l'alimentation et à son corps ; il serait par conséquent d'autant plus réceptif aux messages de restrictions portés par les médias et les pouvoirs publics. Sa rééducation se décompose en trois temps plus ou moins simultanés : traitement de la restriction cognitive, gestion des émotions et acceptation de soi. Elle vise à déconstruire savoirs et pratiques incorporés et exige, au final, une vigilance de tous les instants : la maîtrise du non-contrôle s'inscrit en lieu et place du contrôle de la non-maîtrise. Reléguées aux marges de l'espace thérapeutique de la prise en charge de l'obésité, les prises de position de cette approche sont à la fois peu visibles dans la presse, les rapports d'expertise et peu soutenues par le corps

¹ Darmon M. (2006), « Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps. », *Adolescence*, n°56, p.447.

² Source : <https://www.gros.org/>

médical tant la controverse est grande et vient bousculer des connaissances métaboliques ancrées comme preuve scientifique.

Finalement, la construction de l'obésité comme objet de soins, au nom de déséquilibres individuels des balances énergétiques, n'est pas sans faire écho à la théorie de l'étiquetage de Howard Becker¹. D'un côté, des individus désignés responsables de leur déviance corporelle, et du style de vie qui la produit. De l'autre côté, des professions qui ont respectivement intérêt à établir leur expertise et ainsi à devenir les « entrepreneurs de morale » du « manger-bouger ». A la spécialité médicale de la nutrition, plus qu'à la diététique paramédicale, le territoire du « bien-manger ». A la spécialité STAPS de l'Activité physique adaptée, plus qu'à l'éducation sportive ou la kinésithérapie, celui du « bien-bouger »². Dès lors que les équipes pluridisciplinaires mandatées pour le traitement de l'obésité réunissent ces deux entités, comment se joue cet équilibre ? Et, lorsqu'elles sont invitées, malgré tout, à partager la prise en charge avec d'autres professions, qui n'ont, aussi, d'autres raisons d'exister que leur pouvoir d'agir sur l'adiposité (la chirurgie bariatrique, la diététique), comment se négocie la division du travail ? Enfin, puisqu'au gré de la labellisation des spécialités, véritable antidote à des savoirs et des pratiques trop généralistes, infirmiers et psychologues sont couramment conviés à prendre part à la gestion de l'obésité comment se négocie l'ordre établi entre ces différents segments professionnels³ ?

1.2 La construction d'un problème de santé publique : le produit de rapports de force.

Les recompositions du secteur sanitaire, portées autant par la transformation du regard médical⁴ sur les patients, en général (objets de soins ils deviennent acteurs de leur santé⁵), sur ceux qui souffrent d'obésité, en particulier (la restriction alimentaire fait place à l'éducation à un régime de vie), que par l'émergence de maladies chroniques qui se substituent aux

¹ **Becker H. S. (1985)**, *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

² **Perrin C. (2016)**, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en activité physique adaptée dans le monde médical. », art. cité.

³ **Strauss A. (1992)**, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, op. cit.

⁴ **Foucault M. (1963)**, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF.

⁵ Cette idée de patient-acteur, au cœur du dispositif, est labélisée par la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ».

Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/2002-03-05/>

pathologies infectieuses¹, sont accompagnées d'une série de mesures gouvernementales. Bien décidés à enrayer le fléau, experts et politiques s'emploient à diffuser les « bonnes conduites » au travers de l'ensemble de l'espace social, tout en encadrant les activités de soins à destination des patients obèses.

Sans que la liste soit exhaustive tant les occasions de gouverner les corps² obèses, ou non, sont nombreuses (Cf. annexe C3), le texte le plus emblématique, qui définit l'action publique à mener auprès de la population obèse est, sans aucun doute, le Plan obésité (PO 2010-2013). Porté dans un contexte international où Michèle Obama fait de la lutte contre l'obésité sa mission de première dame des Etats-Unis, il intervient, en France, après 10 ans d'échec de campagne de prévention du surpoids mise en place depuis le 1^{er} Programme national nutrition santé (PNNS). Puisque l'obésité est d'abord attribuée à des problèmes d'alimentation (quantité excessive ou nourriture malsaine), les politiques publiques françaises sont avant tout des politiques alimentaires. En confiant le pilotage de ces programmes à Serge Herzberg et Arnaud Basdevant, tous deux spécialisés en nutrition, alors que dans le domaine politique ou scientifique, alimentation et nutrition sont deux disciplines en concurrence³, chacune rattachée à un ministère différent (agriculture pour la première et santé pour la seconde), on assiste avant tout à une légitimation de la nutrition et de ses experts⁴. Les campagnes d'éducation à une alimentation saine ont pour corollaire le développement du marché de la minceur et un accroissement de la stigmatisation des personnes obèses puisque, malgré tout, l'obésité continue de s'accroître. Elle représente alors un risque⁵ pour les populations, notamment les plus précaires⁶, pour le système de santé et pour les fonctions régaliennes de l'Etat dans le domaine sanitaire déjà amplement mises en causes depuis la succession de nombreuses crises initiées par l'affaire du sang contaminé⁷. Dès lors le 3^{ème} PNNS s'adosse à la mise en place d'un Plan obésité qui, en plaçant la thématique au centre des préoccupations gouvernementales,

¹ **Baszanger I. (1986)**, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié. », *Revue française de la sociologie*, n°27-1, pp. 3-27.

² **Foucault M. (1975)**, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard ; **Fassin D, Memmi D. (dir.) (2004)**, *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS.

³ **Gilbert C., Henry E. (dir) (2009)**, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte.

⁴ « Ainsi les PNNS participent-ils d'une phase de nutritionnalisation de la société c'est-à-dire d'un processus de diffusion massive des connaissances nutritionnelles à travers les médias, et de la multiplication de campagnes d'éducation pour la santé. » **Romeyer H. (2015)**, « Le bien-être en normes : les programmes nationaux nutrition santé », *Questions de communication*, n°27, p. 47.

⁵ **Borraz O. (2008)**, *Les politiques du risque*, Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

⁶ **Dubois V. (2009)**, « L'action publique. », in **Cohen A., Lacroix B., Riutort P. (dir.)**, *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, pp. 311-325.

⁷ **Pedrot F (2016)**, *Comment devient-on « victime » ? Le cas des surirradiés en milieu hospitalier*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **Collovald A.**, université de Nantes.

confirme la volonté de l'État de verticaliser le traitement du problème. Avant même de comprendre pourquoi la campagne préventive¹ ne parvient pas à mobiliser les consommateurs, il s'agit, pour les autorités sanitaires, de chercher des solutions en formalisant un plan d'action et en orchestrant sa mise en œuvre par la mobilisation d'une action collective afin de traiter l'épidémie.

Le PO s'inscrit dans le cadre de la loi HPST² qui redéfinit l'organisation des réseaux de santé³. Pendant que la création des Agences régionales de santé (ARS) vise à améliorer la coordination entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social (tout en renforçant le pouvoir politique vertical) l'État organise, par le biais de ce plan, la prise en charge de l'obésité autour de 37 centres dits « spécialisés et intégrés ». À charge pour eux d'organiser la recherche et d'assurer la gradation et la coordination des soins entre les médecins traitants, les spécialistes et les établissements de santé publics et privés qui proposent une activité médicale, chirurgicale, ou de soins de suite et de réadaptation. Dans les faits, la plupart de ces groupements territoriaux préexistent au plan. En les institutionnalisant, l'État leur offre une légitimité et une visibilité nationales tout en opérant un glissement de paradigme dans l'appréhension de la maladie : du *bottom-up* vers le *top-down*⁴.

Piloté, au niveau national, par la Direction générale de l'offre de soins⁵ (DGOS), sa formalisation est de nouveau confiée à Serge Herzberg et Arnaud Basdevant qui, en confirmant ainsi leur statut de « spécialistes centraux de la question », font de l'obésité un problème sanitaire en général, et nutritionnel en particulier. Ce plan s'articule autour de quatre axes principaux qui se déclinent en 23 mesures (Cf. annexe C3) et qui sont autant de normes de bonnes pratiques afin d'inciter acteurs du système de santé, partenaires institutionnels, associations, médias et acteurs économiques à se mobiliser de manière coordonnée.

¹ Cette inefficience est mise en avant par l'évaluation du PNNS 2, en avril 2010, par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

Source : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000214.pdf>

² Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21/07/2009 dite loi Bachelot.

³ Définis officiellement par la Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ces dispositifs visent à une prise en charge pluridisciplinaire et territorialisée de patients qui se voient attribuer un nouveau statut d'acteurs décisionnels dans les soins proposés.

⁴ Voir les travaux de Roger Cobb et Charles Elder sur les conditions sociales et politiques de la mise à l'agenda public. **Cobb R. et Elder C. (1972)**, *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-Building*, Boston, Allyn and Bacon.

⁵ En continuité de la loi HPTS, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins (DHOS) est devenue la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le but affiché de réguler l'ensemble de l'offre de soin tant dans le pilotage de la performance que dans la gestion des ressources humaines. Elle a ainsi la charge d'élaborer l'ensemble des plans et programmes de santé publique.

Le soin, en plus d'être pensé dans sa réorganisation en terme de décloisonnement entre médecine de ville et médecine hospitalière, est également associé à un certain nombre d'injonctions en direction des structures et équipes médicales : investissement dans des équipements adaptés (mobilier, appareils de mesure et d'imagerie), insertion dans les formations initiales et continues d'enseignements centrés sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité, encadrement des actes de chirurgie bariatrique, développement de programmes d'éducation thérapeutique. En retour, le professionnalisme de l'engagement des centres spécialisés dans leur lutte contre l'obésité est valorisé publiquement puisque mandaté par l'État. Ainsi, à l'instar de ce que montrent Henri Bergeron et *al.*¹ à propos du programme Epode (Ensemble prévenons l'obésité des enfants)², sur les différents sites internet qui traitent des CSO, une carte de France (Cf. annexe C4) qui répertorie les 37 centres labélisés est systématiquement proposée. Une signalétique visuelle marque clairement la différence selon qu'ils sont simplement spécialisés ou intégrés. Les seconds se distinguent des premiers par leur recours supra régional et/ou national du fait, qu'en plus d'être engagés dans des diagnostics et traitements spécialisés, la DGOS³ leur reconnaît des compétences dans les domaines de la recherche, de la formation, de l'enseignement et de l'innovation.

L'action promue en termes de prévention instaure un maillage des territoires sous le contrôle des ARS afin de positionner les médecins généralistes en ligne de front du dépistage. Elle met également en place une labellisation des programmes menés par les collectivités locales et les acteurs privés notamment dans les secteurs de l'amélioration de l'environnement urbain (promotion des mobilités actives), de l'accessibilité et du développement de l'activité physique et de la démocratisation de la qualité nutritionnelle (par la voie des restaurations collectives). Ce « *gouvernement par les labels* »⁴ induit un mouvement réciproque entre ces

¹ Bergeron H., Castel P. et Dubuisson-Quellier S. (2014), « Gouverner par les labels : Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable », *Gouvernement et action publique*, n°3, pp.7-31.

² Programme de prévention du surpoids et de l'obésité infantile depuis 2004 et rebaptisé VIF (Vivons en forme) en 2012. À l'initiative d'une agence privée de marketing social, il bénéficie d'un double financement privé (entreprises partenaires des secteurs alimentaires et de grande distribution) et public (municipalités adhérentes). Sous l'égide d'un comité scientifique l'agence propose son expertise aux collectivités territoriales pour leur coordonner l'ensemble des acteurs locaux et produire des instruments de mise en œuvre des politiques de prévention. Le programme bénéficie aujourd'hui d'une légitimité à l'échelle européenne puisqu'il a développé pour le compte de la Commission Européenne des guides de bonnes pratiques de prévention de la maladie.

³ Désignation effectuée en 2012 par un jury présidé par la DGOS comprenant un représentant de l'Institut thématique multi organisme (ITMO), de la commission « Circulation métabolisme nutrition » au sein de l'AVIESAN (Alliance pour les sciences de la vie et de la santé), de l'Association Française d'étude et de recherche sur l'obésité (AFERO), de la Société Française francophone de chirurgie de l'obésité (SOFFCO-M), de la Société francophone du diabète (SFD), du Collectif national d'associations d'obèses (CNAO) et une personnalité qualifiée au titre de la pédiatrie.

⁴ Bergeron H., Castel P. et Dubuisson-Quellier S. (2014), *Ibid.*

acteurs collectifs que sont les opérateurs de l'action publique et les individus qui, à condition qu'ils changent leurs comportements, participent à la production de biens collectivement bénéfiques. Mouvement qui, de fait, renforce le gouvernement des conduites individuelles et collectives.

Se fondant sur les données épidémiologiques, qui soulignent l'inégale distribution de classe et de genre de la maladie et de ses effets sociaux et médicaux, le plan s'appuie également sur un versant social. Celui-ci vise trois objectifs centraux : démocratisation de l'éducation à l'alimentation-santé par son insertion dans les programmes scolaires ; réduction de la pression publicitaire ; et lutte contre les stigmatisations des personnes obèses. Autant de leviers pour tenter d'agir sur les « inégalités sociales de santé ». Catégorisation dont la sociologie a déjà montré qu'en légitimant pouvoir et action publique, elle participe à légitimer « *les représentations dominantes du monde social* »¹.

Un dernier volet du plan est consacré à la recherche où se combinent épidémiologie et clinique. Se fondant sur les interactions établies entre biologie et comportements, comme causalité mais aussi comme solution de l'obésité, il s'inscrit dans le dispositif plus large du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) où les thématiques financées sont définies par le ministère de la santé. En parallèle, le domaine scientifique « nutrition et obésité » est coordonné par l'AVESIAN, une des cinq alliances de recherche créées dans le cadre de la Stratégie nationale pour la recherche et l'innovation (SNRI) en 2009. Articulations qui renforcent le pouvoir central en matière de traitement de l'obésité même si cette perspective nationale se double d'appels à projets interrégionaux².

La particularité du plan obésité réside dans son cadrage temporel de trois ans. Temporalité qui (au-delà des impératifs des calendriers électoraux), si elle renforce l'urgence symbolique à contenir le danger de la prolifération de l'épidémie, ne dépasse pas ce stade de l'immédiateté puisque contrairement aux usages des plans quinquennaux, le PO ne fait l'objet d'aucun renouvellement. Il faut attendre octobre 2019 pour qu'Agnès Buzyn, à l'instar du modèle proposé sous la présidence de Nicolas Sarkozy, complète le PNNS 4 par une feuille de route « Prise en charge de l'obésité 2019-2022 ». En attendant, à charge pour les régions, voire

¹ Dubois V. (2009), « L'action publique. », chap. cité, p. 321.

² Sajus J.P (2012), *L'hôpital à l'épreuve de l'obésité. Eléments pour une sociologie économique de la prise en charge d'une pathologie chronique*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de Poulain J.P., université de Toulouse, p. 196.

les municipalités, d'adapter les règles du jeu édictées par le plan 2010-2013¹. Relais essentiels à la mise en œuvre des programmes étatiques, les acteurs territoriaux au nom de l'efficacité et de la cohérence de la proximité, remobilisent les objectifs centraux exposés ci-dessus pour produire des instruments locaux, de lutte contre la maladie, adaptés à la spécificité des différents espaces physiques et sociaux. Autant de programmes, de plans régionaux ou municipaux qui s'approprient les injonctions nationales et qui visent au contrôle social des corpulences pour limiter une panoplie de risques qui ont été construits comme politiquement dangereux tant en termes de déviance que de santé.

La feuille de route de 2019 (Cf. annexe C5) vise deux objectifs principaux : encadrer de manière plus ferme la chirurgie bariatrique et recentrer l'activité de prévention en direction des enfants. Dans le premier cas, au regard du coût pour l'assurance maladie et des nombreuses complications post-opératoires, le traitement du risque devient lui-même un risque et justifie l'intervention publique. Celle-ci vise à renforcer le rôle des CSO, en imposant le suivi pluridisciplinaire à toute pratique chirurgicale et en assurant la promotion de l'éducation thérapeutique. Ce mouvement confirme, au niveau *politics* (entendu comme débats parlementaires et jeux de pouvoir dans les sphères gouvernementales), la domination de la science de la nutrition comme perspective de solution au problème ; et au niveau *policy* (comme mise en œuvre de l'action publique) un gouvernement des corps qui vise à la responsabilisation individuelle puisqu'en éduquant il s'agit de rendre le patient acteur de la maîtrise de sa corpulence.

A propos de l'obésité infantile, partant du double constat que la prévalence de l'obésité continue de progresser et que bien souvent « *un enfant obèse le reste à l'âge adulte* »², alors que la Commission européenne a mis en place un Plan d'action de lutte contre l'obésité infantile (2014-2020)³, il s'agit d'inciter parents, soignants et enseignants à dispenser aux enfants de bonnes habitudes alimentaires et d'activité, « *soit en donnant l'exemple, soit en créant un*

¹ À la différence des deux premiers PNNS, le PO et le PNNS 3 introduisent des indicateurs de suivis temporels, outils directement empruntés au management de projet et qui placent l'État comme commanditaire pendant que les collectivités territoriales se voient attribuer un rôle de maîtrise d'ouvrage en coordonnant l'ensemble des parties prenantes locales. Les missions d'évaluations, elles, sont confiées aux ARS : « *augmenter chez les adultes, en 5 ans, la proportion de personnes située dans la classe d'activité physique élevée de 20 % au moins chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes* » pour le PNNS ; ou encore élaborer un calendrier, entre 2011 et 2013, qui permette d'identifier puis d'évaluer « *des centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions* » pour le PO.

² Prévalence observée par la HAS dans ses recommandations de bonne pratique « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. » émises en septembre 2011. Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_enfant_et_adolescent.pdf

³ Disponible à l'adresse :

https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en_0.pdf

environnement favorable »¹. Dans un contexte global de décentralisation, la discipline de l'adiposité infantine continue de se territorialiser. Ce mouvement ne participe pas qu'à la seule mise en œuvre de mesures étatiques, il se fait également dans le sens du local vers le national². Sous condition d'évaluation, l'Etat envisage de généraliser certaines initiatives régionales. C'est notamment le cas des programmes « Mission Retrouve ton cap » et « OBEPEDIA ». Misant sur le principe de distinction territoriale comme « *matrice des inégalités sociales de santé* »³, les acteurs locaux arguent de leur proximité pour assoir leur compétence à gouverner les corps, en pénétrant les espaces domestiques. La co-signature de projets individualisés permettent aux soignants d'investir la cellule familiale comme lieu de soin. En retour, ces expérimentations sont co-financées par la CNAM et le ministère de la Santé. Lorsque les résultats sont opérants et permettent de corriger les courbes pondérales des enfants, ils sont généralisables au niveau national⁴.

Si la nutrition a largement tiré parti de la mise à l'agenda public de l'obésité, les activités physiques ne sont pas en reste. Sa pratique comme traitement de l'adiposité est introduite par le PO puis renforcée par le PNNS 4. Plus largement, c'est avec le risque sanitaire, économique et social que représente l'émergence des maladies chroniques que le paradigme du « *sport santé* »⁵ se construit. En même temps que les actions de prévention consistent à informer et éduquer, afin d'inciter chacun à prendre soin de son « *capital santé* »⁶, la pratique sportive

¹ Recommandation formulée par l'EUFIC (Conseil de l'Information sur l'Alimentation en Europe) dont la mission est de communiquer au grand public les liens établis, par la communauté scientifique, entre alimentation et santé, afin que chacun adopte « *des régimes et des modes de vie plus sains et plus durables en connaissance de cause.* » Source : <https://www.eufic.org/fr/une-vie-saine/article/childhood-obesity-review>

² C'est ce que montrent **Bergeron et al.** (cités plus haut) à propos de la prévention de l'obésité et ce que rappellent Honta et al. concernant les mesures d'assainissement urbain ou de prescriptions médicales d'activités physiques (**Honta M. et al. (2018)**, « Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé », *Terrains & travaux*, n°32, pp. 5-29.)

³ **Honta M. et al. (2018)**, *Ibid.*, p.18.

⁴ Avec l'arrêté du 20 novembre 2019, l'expérimentation OBEPEDIA s'élargit de 6 à 9 CSO (source : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=Yb2JKkZK2kf0_LsxVwtn4CsmOZV06kSmwy-5YKhibI4=). Le dispositif « Mission Retrouve ton cap » initialement testé dans quatre départements « à risque » est en cours de généralisation depuis la loi de financement de la sécurité sociale du 23 décembre 2021 (source : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044553428>).

⁵ Au cours des années 90, « *en réponse aux campagnes nationales et internationales d'éducation à la santé* » plusieurs fédérations d'éducation sportive « *développent une offre de pratiques contribuant à la définition des premiers programmes « sport-santé » et jouent un rôle d'entrepreneurs de santé publique* ». **Morales Y. (2019)**, « Action publique et injonction du « sport-santé » : les fédérations sportives, nouvelles opératrices de santé (1980-2018) », *Corps*, n°17, p.79.

⁶ Gildas Loirand rappelle que cette association entre recommandation d'APS et préservation du « capital santé » figure dans l'instruction émise par le gouvernement, le 24 décembre 2012, à l'égard des acteurs régionaux afin qu'ils mettent en place un plan « sport santé bien-être ». (Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=36363>. **Loirand G. (2015)**, « Focus - Le sport est-il toujours bon pour la santé publique ? », *Informations sociales*, n° 187, pp.54-57.

devient une prescription médicale. Instituée en « *maladie sociale* »¹ la sédentarité fait l'objet de nouvelles préoccupations sanitaires au travers d'une multitude de campagnes publiques (dont le Plan national de prévention par les activités physiques ou sportives² en 2013) qui constituent les sédentaires en une catégorie d'individus à éduquer et à responsabiliser, à part entière. L'IMC devient la mesure d'identification de ces acteurs trop immobiles, pour qui la prescription d'activités physiques adaptées est une évidence. À la fois mise en discipline des acteurs obèses et contrôle collectif de la population en surpoids, cette entreprise biopolitique³, véritable processus de civilisation⁴, responsabilise les individus dans la maîtrise de leur corpulence autant qu'il stigmatise l'adiposité devenue un risque pour l'ordre public.

Finalement, la construction de l'obésité comme objet d'action publique assigne les personnes qui en souffrent à un statut d'individus dominés par leur nature qui fait écho à la construction sociale de corpulences classantes. Dès lors, il semble facile d'admettre que son traitement est avant tout une entreprise d'éducation morale. C'est d'ailleurs ce qui traverse l'ensemble des approches thérapeutiques exposées en amont. Cependant, cette vision d'une médecine sociale, située historiquement⁵, ne semble pas tenir compte de plusieurs transformations majeures de la société. La massification scolaire a permis de démocratiser les professions de santé. Non seulement les médecins ne sont plus exclusivement issus des classes supérieures, mais à leurs côtés de nombreuses activités paramédicales se sont établies pour prendre en charge des maladies qui ne se soignent plus simplement grâce à l'administration salvatrice d'une molécule ou d'un acte technique. Plus encore, l'élargissement de l'instruction a favorisé la diffusion des normes dominantes au sein de l'ensemble de l'espace social,

¹ **Génolini J.P., Clément J.P. (2010)**, « Lutter contre la sédentarité : l'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. », *Sciences sociales et sport*, n°3, p.140.

² Ce plan est engagé sur les recommandations de l'INSERM (**INSERM (2008)**, *Activités physiques. Contexte et effets sur la santé, Expertise collective*, Paris, INSERM). L'une des mesures a été notamment de mettre en place les Réseaux sport santé bien-être (RSSBE) afin de coordonner, en partenariat avec les ARS, l'offre d'activités physiques à destination des malades chroniques et des personnes âgées.

³ **Foucault M. (1997)**, *La naissance de la biopolitique. Cours au collège de France (1978-1979)*, Paris, Seuil.

⁴ **Elias N. (1973)**, *La civilisation des mœurs*, Paris, Pocket.

⁵ **Pinell P. (2009)**, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, n°50, pp. 315-349.

notamment en termes d'usages des corps¹. De leur côté, les médias prennent le relai de l'institution scolaire pour populariser les bonnes conduites venues d'en haut. Alors, pourquoi la persistance de cette approche disqualifiante de l'obésité et des « obèses » ? Est-ce parce que la multiplication du nombre de cas et leur prévalence croissante, à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale, signent l'échec de la croisade morale entreprise par les dominants ? Ou, est-ce parce que, dans un espace où patients et soignants partagent de plus en plus de savoirs communs, la corpulence suffit à distinguer les méritants des indigents ? Rentrer dans le détail des interactions où se déroulent les rencontres entre individus obèses et professionnels de santé donne l'occasion de mieux cerner ce que fait la disqualification généralisée de certaines catégories d'acteurs à la situation concrète des consultations médicales, à la construction des visions intimes de soi de chacune des entités de la relation thérapeutique.

1.3 La construction d'un sujet médiatique : le produit de luttes définitionnelles.

À côté des savants, des experts et des responsables gouvernementaux, la dramatisation du problème de l'obésité renvoie également à la mobilisation des médias. À la fois risque pour la santé et dilemme pour la beauté, l'adiposité y est associée à des comportements déraisonnables qui suscitent la désapprobation sociale. Entre rationalité et affects, l'espace public, sur cette question, est amplement occupé par des idéaux normatifs. Qualifiée d'épidémie, la charge émotionnelle véhiculée par l'obésité est forte et provoque des mécanismes d'identification de la part de l'opinion publique où les différents acteurs se comparent aux autres afin de juger si leur propre comportement est approprié. Ceci se traduit par l'apparition de discriminations² qui visent à la conformité à la norme afin d'éviter les sanctions sociales informelles. S'inscrivant en relai des campagnes de Santé publique, les médias décrivent les

¹ En même temps que l'école est devenue gratuite, laïque et obligatoire pour tous les enfants âgés de moins de 13 ans, l'enseignement de la gymnastique est obligatoire pour les garçons. Puis l'éducation physique, réputée comme adaptée aux besoins physiologiques de l'enfant selon l'âge et le sexe, s'impose, en 1925, dans le programme scolaire à destination de tous les élèves (**Andrieu G. (1990)**, *L'Éducation physique au XXe siècle : une histoire des pratiques*, Paris, Librairie du sport). Le bien-manger à l'école, s'il fait partie intégrante de l'apprentissage théorique dispensé dès 1881, ne fait pas l'objet d'une intervention de l'Etat dans sa mise en pratique puisque les cantines scolaires sont laissées à la discrétion des communes. La première mesure gouvernementale à l'égard de l'alimentation des écoliers date de 1954, lorsque Pierre Mendès France instaure le verre de lait quotidien afin de lutter contre la dénutrition et l'alcoolisme. S'en suivront plusieurs circulaires émanant du ministère de l'Éducation nationale qui visent à gouverner la composition des repas en restauration scolaire, allant d'un intérêt pour la dénutrition, en 1971 à celui pour la malbouffe en 2011 (**Nourrisson D. (2020)**, « Faire-savoir et savoir-faire à l'École : l'alimentation à l'écran. », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, n°20, pp.117-130).

² **Renaud L. (2007)**, *Médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presse de l'université du Québec.

conséquences désastreuses du surpoids pour la santé tout en publicisant les remèdes à y apporter : consommation d'aliments moins gras et moins sucrés et pratique régulière d'activité physique. Ainsi érigé en norme le « manger-bouger » s'imisce dans les interactions sociales où, là encore, il s'agit de valoriser les comportements sains et, par répercussion, de stigmatiser les pratiques déviantes. Cette influence du discours médiatique se traduit par une association réciproque entre corpulences replètes et mauvaise hygiène de vie. Ceci, associé au fait que la prévalence de l'obésité augmente à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale, la maladie est entérinée comme une caractéristique attribuée aux classes populaires à un moment où, disqualifiées en politique, elles deviennent un problème social¹.

Une enquête menée par Dieter Vandebroek², à partir de planches représentant différentes corpulences, montre que, non seulement le corps idéal et son opposé font consensus, mais que, quelle que soit la position sociale des enquêtés, les corps gros sont associés aux plus démunis et les corps minces aux dominants. Le corps exprime un statut de classe, sa forme fournit une explication de ce statut : « *les oppositions entre la ligne droite et la courbe, la forme carrée et la ronde, le ferme et le renflé sont immédiatement lues comme des indices d'une physionomie " morale, socialement caractérisée, c'est-à-dire d'états d'âme "vulgaires" ou "distingués", naturellement "natures" ou naturellement "cultivés" »*³.

Plus que d'être un phénomène contrôlable qui renforce la responsabilité individuelle, la panique morale⁴ que génère l'obésité est une aubaine pour les journalistes. Préférant les solutions aux causes, les discours médiatiques dramatisent la situation : « *l'obésité est atteinte : il s'agit d'un combat et l'on ne peut s'en sortir qu'avec de la volonté et un lourd suivi médical »*⁵. En outre, la chirurgie bariatrique y est présentée comme « *l'opération de la dernière chance* » pour des acteurs à la fois responsables et victimes, outre-mangeurs souffrant de discriminations et de handicaps multiples. Discours qui, mécaniquement, nourrit la lipophobie tout en donnant l'illusion d'une solution miracle.

L'élaboration des normes sociales en matière de corpulence est également soumise à la division symbolique de genre. La forme des corps masculins et féminins ne fait pas l'objet du

¹ **Mischi Julian (2015)**, « Il y a une dévalorisation générale des milieux populaires », *Ballast* ; **Paugam S. et al. (2017)**, *Ce que les riches pensent des pauvres*, Paris, Seuil ; **Auzuret C. (2017)**, *Analyse des processus de sortie de la pauvreté. Pauvre un jour, pauvre toujours ?*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **Mespoulet M.**, université de Nantes.

² **Vandebroek D. (2015)**, « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 208 pp.14-39.

³ **Vandebroek D. (2015)**, « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique. », p34.

⁴ **Cohen S. (1972)**, *Folk Devils and Moral Panics*, London, Routledge.

⁵ **Gourmelen A et Rodhain A (2017)**, « L'image de l'obésité et du surpoids en France : que disent les médias ? Le cas de la presse écrite. », Congrès de l'Association Française du Marketing, Tours, p.5.

même traitement médiatique. Le discours s'appuie sur une concordance entre faibles revenus et obésité qui serait d'autant plus forte chez les femmes. Le corps « gros » féminin est une infraction aux normes de santé et aux normes esthétiques (Cf. encadré 1).

Encadré 1 : Bridget Jones, un cas de corpulence illusoire.

Dans un chapitre intitulé « Le défi de l'acceptation de soi dans une culture narcissique »¹ issu d'un ouvrage collectif coordonné par le GROS, Danielle Bourque revient sur « *Le journal de Bridget Jones* », comédie à succès de 2001, en nous expliquant qu'avec un IMC de 22 au moment du tournage, l'actrice qui incarne le rôle principal (Renée Zellweger) est perçue, dans l'imaginaire collectif, comme en surpoids. La valeur 22 est pourtant interprétée, dans la classification de l'OMS, comme correspondant à une corpulence normale, traduite dans le langage médico-médiatique comme le « poids-santé ». Il a suffi à la réalisation de mettre en exergue un comportement indiscipliné associant laisser-aller (consommation excessive d'aliments, d'alcool, de cigarettes ; manque de volonté ; paresse) et rapport distancié aux canons de la féminité pour transformer la perception de sa morphologie.

Les messages publicitaires ne sont pas en reste. Longtemps exclus de l'imagerie associée aux régimes minceur, les hommes font progressivement leur entrée dans ce paysage. D'abord en incarnant les concepteurs de ces nouveaux remèdes puis, timidement, en qualité de cobaye. La mise en scène renforce la stigmatisation des classes populaires : femmes, grosses, vêtues de vêtements informels, tout est déclassant. Sur le modèle du témoignage « avant-après », pendant qu'elles se réapproprient robes, jupes et autres tailleurs, apanages vestimentaires d'une certaine féminité, les (rares) hommes, eux, exhibent des corps qui ont retrouvé leurs propriétés masculines (Cf. encadré 2).

Encadré 2 : Deux poids, deux mesures, quand les publicitaires s'en mêlent.



Source : capture d'écran de publicités « Comme j'aime », You tube.

¹ Zermati J.P, et al. (dir) (2010), *Traiter l'obésité et le surpoids*, Paris, Odile Jacob, p. 218.

La norme du paraître associée à celle de la mesure standard du poids contribuent à construire la corpulence comme un signe de distinction sociale et de valeur morale¹. De nombreuses études mettent en exergue les défauts multiples dont sont affublées les personnes obèses : paresse, lenteur, inculture, incapacité à se maîtriser, mésestime de soi, défaillance de suivi médical, etc. ... Autant de caractéristiques négatives qui conduisent à de nombreuses discriminations dans l'ensemble des sphères sociales : famille, école, emploi, loisirs, institutions médicales ... À tel point qu'en 1994, par la voix de la fondatrice de l'association Allegro Fortissimo² le néologisme « grossophobie » fait son apparition dans le débat public. Invitant à un changement de cadrage du problème, puisqu'il ne s'agit plus de manipuler les chiffres pour souligner combien l'obésité coûte à la société, mais combien sa stigmatisation coûte aux personnes obèses, les médias relaient de manière sporadique ce versant du sujet, au gré de témoignages dramatiques. De l'imposition, par certaines compagnies aériennes, de réserver deux sièges³, qui font scandale ; aux furtifs succès médiatiques de certains récits de vie⁴ qui dénoncent la banalisation généralisée de la stigmatisation des gros (espace public inadapté et brimades répétées) ; en passant par les recours devant la Cour européenne de justice⁵, pour lutter contre la discrimination à l'embauche des personnes obèses⁶, qui font débat puisque la seule issue possible est une requalification de l'obésité morbide (IMC >40 Kg/m²) en qualité de handicap, au sens juridique du terme ; le sujet de la grossophobie acquiert une progressive visibilité. Que l'obésité suscite le dégoût ou qu'elle soit anxiogène, qu'elle soit un problème médical, social ou moral, Matthieu Grossetête⁷ constate que ses porteurs sont bien

¹ **Vigarello G. (2010)**, *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, Paris, Points.

² Association fondée en 1989. Elle revendique lutter contre les discriminations faites aux acteurs de forte corpulence en interpellant à la fois le grand public par le biais de campagnes de « size acceptance » qui visent à promouvoir l'image des personnes en surpoids ; et les pouvoirs publics en suggérant des améliorations des infrastructures publiques.

³ Air France continue de formuler cette recommandation aux personnes à forte corpulence. Le second billet est alors facturé à 75%, puis remboursé en cas de vol non complet.

Source : <https://www.airfrance.fr/information/passagers/qui-voyage/forte-corpulence>

⁴ L'engouement des médias pour l'ouvrage de Gabrielle Deydier, « *On ne naît pas grosse* », en juin 2017, sert de point de départ à l'enquête sociologique menée par Solenne Carof sur la grossophobie en France. **Carof Solenne (2021)**, *Grossophobie. Sociologie d'une discrimination invisible*, Paris, Maison des sciences de l'homme.

⁵ L'arrêt de la cour, du 18 décembre 2014, est disponible à l'adresse suivante : <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=160935&doclang=fr>

⁶ Après une enquête par *testing* menée, en 2005, par l'observatoire des discriminations, qui révèle que les personnes obèses ont deux fois moins de chances d'obtenir un entretien d'embauche (ces résultats ne sont plus disponibles en ligne), une étude publiée en 2016, par le Défenseur des droits et de l'OIT, montre que « *les personnes obèses rapportent plus que les autres avoir été discriminées à l'embauche du fait de leur apparence* » corporelle. **Le défenseur des droits (2016)**, « 9e édition du Baromètre du Défenseur des droits et de l'OIT sur la perception des discriminations dans l'emploi. Le physique de l'emploi », Etudes et résultats, p.5.

⁷ **Grossetête M.(2015)**, « Deux poids deux mesures. Les personnes obèses et l'obésité dans l'information télévisée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°208, pp. 62-73.

plus souvent parlés qu'ils ne parlent¹. Alors, que se produit-il, lorsqu'au gré des consultations médicales, ils sont invités à se raconter à des soignants ? Et, lorsqu'ils se prêtent à la situation sociale de l'entretien ethnographique, quels récits font-ils, à la sociologue, du vécu de l'adiposité et de son traitement ? A quel point l'incorporation des jugements sociaux pèse-t-elle lors de ces interactions entre stigmatisés et normaux ?

Saisir dans sa temporalité la construction sociale de la corpulence comme valeur individuelle révèle une disqualification panoptique des acteurs obèses. Stigmate non dissimulable, reconnaissable par tous, repoussant pour chacun, il justifie autant l'engagement collectif pour enrayer sa prolifération, que l'accord interindividuel tacite à laisser l'espace social s'organiser autour de cette distinction corporelle. En cela, l'obésité, son traitement social, est un objet sociologique. Mais comment s'en saisissent les sociologues ? Et surtout, comment se justifie ce travail de thèse ? Qu'entend-il apporter à la discussion scientifique ?

II – Construction de l'objet : ce que révèle l' « obésologie » de la société.

« Obésologie » ? Voilà un néologisme tout à fait discret dans la communauté scientifique. Terme emprunté à Catherine Grangeard, psychanalyste qui s'interroge sur le poids des représentations négatives de l'obésité dans la relation thérapeutique², il a été discrètement relayé dans la thèse de Fabien Merlaud³ qui questionne l'influence de la médecine de l'obésité sur les orientations de la politique nutritionnelle menée par l'État. Finalement, seuls quelques rares analystes de cette prise en charge mobilisent cette terminologie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire la désignation d'une branche de la médecine qui se consacre au traitement d'une maladie bien spécifique. Les soignants enquêtés, eux-mêmes, s'ils se désignent comme les spécialistes de l'obésité, n'emploient jamais ce terme. Deux hypothèses émergent rapidement lorsque la sociologue essaie de comprendre pourquoi l' « obésologie » ne fait pas l'objet d'une définition par ceux qui la pratiquent. Premièrement, cette médecine-là ne peut revendiquer aucune pharmacopée qui guérisse ou atténue la maladie. Le diabète est, par exemple, également une maladie chronique mais ses médecins peuvent recourir à l'insuline pour en régulariser les effets. C'est ainsi que la diabétologie s'est constituée en sur-spécialité à part entière de

¹ Bourdieu P. (1977), « Une classe objet. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°17-18, pp. 2-5.

² Grangeard C. (2007), « Le poids des représentations : transfert et contre-transfert en chirurgie bariatrique », *Obésité*, vol. 2, n°4, 2007, pp. 318-323.

³ Merlaud F. (2014), *La médecine de l'obésité en France. Sociologie des engagements experts dans la normalisation de la corpulence*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de Terral P., université de Toulouse.

l'endocrinologie. Deuxièmement, le traitement de l'obésité n'est pas l'œuvre des seuls médecins, ceux-ci doivent partager le territoire avec d'autres, des chirurgiens comme des paramédicaux. Si les diabétologues sont clairement des médecins-endocrinologues, les « obésologues » désigneraient une pluralité de réalités professionnelles, tant en termes de statuts que de positions. Et c'est précisément au nom de ces deux hypothèses que le parti pris, pour ce travail de thèse, est de désigner l'activité de soin observée, « obésologie », ses mandataires « obésologues ». Ceci offre la possibilité d'aborder le terrain sous la perspective d'un processus de professionnalisation sans perdre de vue la complexité de ce qu'il désigne, c'est-à-dire les enjeux de luttes définitionnelles d'un territoire. Les aller-retours entre les possibles et les impossibles d'une telle juridiction ne sont alors, non pas tant le paradigme, que l'objet même de la recherche. Ne bénéficiant d'aucune juridiction, l'« obésologie » n'est pas une spécialité à proprement parler mais bien un processus qui tend à transformer les façons de faire et de penser des professionnels de santé qui s'inscrivent dans cette prise en charge. Plus qu'un simple constat des faits, cette distinction est un parti pris méthodologique pour s'intéresser aux effets de la consolidation d'une culture curative au sein du monde médical, à contre-emploi de la définition même de la chronicité des maladies, sur l'ethos professionnel de ceux qui s'emploient à traiter l'obésité, pensée comme maladie sociale.

2.1 D'une sociologie des classes populaires à une sociologie de l'action publique : la discrétion de la relation entre stigmatisés et normaux.

Dans les représentations sociales, l'anorexie et l'obésité se sont construites comme les deux extrêmes d'usages sociaux des corps. D'un côté, des individus dont le dégoût pour la nourriture produit des anatomies trop maigres. De l'autre, des outre-mangeurs qui grossissent au point que leur morphologie suscite le dégoût. Si l'anorexie n'a fait que tardivement l'objet d'une approche sociologique¹, l'obésité n'a pas la même carrière dans le champ disciplinaire. Le tardif intérêt des sociologues pour la première s'explique par deux raisons principales. Identifiée comme pathologie dès le XIX^e siècle, l'anorexie est restée longtemps l'apanage de la psychiatrie. Au point que, lorsque Muriel Darmon s'empare du sujet pour en faire un objet sociologique, elle doit autant négocier son entrée sur le terrain², que sont les institutions médicales dédiées au traitement de la pathologie, que justifier l'intérêt de la sociologie pour

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La découverte.

² Darmon M (2005), « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, n°58, pp. 98-112.

étudier l'anorexie¹. À côté du pouvoir que s'arrogent les médecins pour définir les maladies, une autre explication réside du côté des objets de prédilection des sociologues. Plus souvent enclins à comprendre les *habitus* des dominés que ceux des dominants, les chances d'observer certaines pratiques se font rares à mesure qu'elles se circonscrivent aux catégories supérieures, or l'anorexie est ainsi socialement située. Dès les premiers travaux de la sociologie du corps, les cultures somatiques de classes, si elles sont toujours posées en cadre théorique, sont bien plus longuement étudiées du côté des classes populaires. Les normes et le bon goût circulant entre dominants et dominés, il s'agit bien souvent de comprendre ce que fait cette entreprise d'acculturation aux seconds. Pour ne citer qu'un exemple parmi d'autres, si les travaux de Luc Boltanski² s'attachent bien à décrire des usages différentiels du corps, l'analyse s'attarde plus à comprendre comment les classes populaires composent avec la médicalisation et l'esthétisation venue d'en haut. Depuis son article fondateur, la manière dont les dominants sont dominés par leur domination reste rare en sociologie, surtout lorsqu'elle examine les usages du corps.

Les analyses des rapports de domination montrent une disqualification des manières de penser et d'agir des classes populaires qui, à mesure de la démocratisation scolaire, se traduit par une perméabilité aux normes dominantes. Lorsque ce processus s'étoffe d'injonctions qui visent à standardiser les façons de faire genre, la sociologie de la pauvreté montre que les femmes, doublement dominées, expérimentent qu'une corpulence non maîtrisée est d'autant plus disqualifiante. C'est ainsi qu'Olivier Schwartz consacre 20 pages aux usages populaires des régimes amaigrissants du début des années 70 à 1983³. Plus récemment, les sociologues de l'alimentation continuent d'explorer ces tensions induites par une inégale distribution de l'obésité, souci de minceur-santé et *habitus* alimentaires, au sein des différentes fractions des classes populaires. C'est notamment le cas de Solenne Caroff⁴, de Faustine Régnier⁵ ou encore d'Anne Lhuissier⁶.

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, *Ibid.*, pp.7-16.

² Boltanski L. (1971), « Les usages sociaux du corps. », art. cité.

³ Schwartz O. (1990), *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, PUF, pp.474-494.

⁴ Carof S (2015), « Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ? », *Journal des anthropologues*, n°140-141, pp. 213-233 ; Carof S. (2017), « Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre. », *L'année sociologique*, n°67, pp. 107-130.

⁵ Régnier F. (2006), « Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux États-Unis », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, n°41/2, pp. 97-103 ; Régnier F. (2017), « Vers un corps féminin sur mesure : l'alimentation et les techniques de la corpulence en France et aux États-Unis (1934-2010) », *L'année sociologique*, n°67, pp. 131-162.

⁶ Lhuissier A. et Régnier F. (2005), « Obésité et alimentation dans les catégories populaires : une approche du corps féminin », *INRA Sciences sociales*, n°3-4, 5p ; Lhuissier A. (2006), « Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence. », *Journal des anthropologues*, n°106-107, pp. 61-76.

Puisque l'obésité a été requalifiée de maladie par les pouvoirs publics, le surpoids et sa gestion sortent des seuls champs de la sociologie du genre, de l'alimentation et des classes populaires. Le sujet devient alors un objet d'enquête et d'analyse pour les sociologues qui cherchent à objectiver la construction de l'action publique ou ceux qui se spécialisent dans la santé. Jean Pierre Poulain¹ propose une analyse de la mise à l'agenda du « problème obèse », de ses déterminants sociaux et des processus de stigmatisation des acteurs concernés. Henri Bergeron et Patrick Castel² dirigent des travaux qui montrent que si les causes de la maladie sont plurifactorielles, son traitement, lui, mise sur la seule responsabilisation des patients. Les cinq sociologues et philosophes qui ont participé à la rédaction du numéro, portant sur l'obésité, des *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*³ de juin 2015, analysent l'influence des représentations sociales du surpoids sur l'action publique et les rapports des dominations de classe et de genre qui s'y jouent. Le traitement de l'obésité, lui, est analysé par Olivier Lepiller⁴, à la fois, sous l'angle des injonctions normatives qui initient les femmes obèses à la chirurgie bariatrique, et celui des épreuves et des compétences éprouvées par les acteurs opérés dans leur nouveau rapport à l'alimentation. De son côté, Myriam Jacolin-Nackaerts⁵ étudie les conditions sociales de l'engagement dans le rôle de patient obèse et celles de son issue favorable. D'autres analyses se centrent sur l'institution médicale et ses mandataires. Pendant que Jean-Philippe Sajus⁶ considère le traitement dichotomique de la maladie dans le milieu hospitalier, entre invisibilité et recomposition du modèle économique, Fabien Merlaud⁷ analyse ce que font les luttes définitionnelles de la maladie et de son traitement au champ médical sur le territoire national. Outre-Atlantique, Abigail Saguy⁸, montre que les écarts de traitement de l'adiposité entre la France et les Etats-Unis tiennent de l'écartèlement de l'optique américaine. Entre défense du choix individuel et moralisation alimentaire, les « gros » sont désignés, à la fois, responsables, libres de consommer et coupables de leurs comportements alimentaires. Tout

¹ Poulain J.P. (2009), *Sociologie de l'obésité*, Paris, PUF.

² Bergeron H., Castel P. (2010), *Regards croisés sur l'obésité*, art. cité.

³ (2015), « Le poids des corps », *Actes de la Recherche en sciences sociales*, n°108.

⁴ Lepiller O. (2015), « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans. », *Journal des anthropologues*, n° 140-141, p. 235-255 ; (2015), « Un corps changé, une alimentation bouleversée : composer avec les épreuves post-chirurgie bariatrique », *Actes du IV Congreso Internacional del Observatorio de la Alimentacion & Fundacion Alicia*, p. 1346-1353.

⁵ Jacolin-Nackaerts M. (2012), *Dispositifs et dispositions : les conditions de l'engagement et de la réussite de l'amaigrissement de jeunes adultes obèses*, thèse de doctorat en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, sous la direction de Clément J-P et de Tauber M, université de Toulouse.

⁶ Sajus J. P. (2012), *L'hôpital à l'épreuve de l'obésité. Eléments pour une sociologie économique de la prise en charge d'une pathologie chronique*, thèse citée

⁷ Merlaud F. (2014), *La médecine de l'obésité en France. Sociologie des engagements experts dans la normalisation de la corpulence*, thèse citée.

⁸ A. Saguy (2013), *What's Wrong with Fat ?*, Oxford, Oxford University Press.

aussi inégalement distribuée qu'en France, en *sus* d'être une nouvelle critique des classes populaires, la médicalisation étasunienne de l'obésité s'adresse à des populations classiquement victimes de racisme.

Aussi complémentaires soient-elles, l'ensemble de ces approches demeurent discrètes sur la nature des interactions entre les différentes catégories de protagonistes qui participent à l'évènement social de la maladie, du diagnostic au traitement. Dans le cadre d'un renouveau de la sociologie qui croise dispositions et interactions, comme manière d'observer les façons dont se négocie l'ordre établi entre l'ensemble des professionnels de santé (experts de l'obésité ou non), les patients et leur entourage (familial ou professionnel), cette thèse se propose de revenir sur le pouvoir du caractère disqualifiant d'une maladie qui mêle données biologiques et jugements sociaux. Pour ce faire, différents domaines de recherches sociologiques seront croisés : sociologie du corps, sociologie de la santé, sociologie des classes populaires, sociologie du genre et sociologie des groupes professionnels.

2.2 De l'ombre à la mise en lumière : l'approche monographique comme contribution au débat théorique.

Au terme de cette présentation rapide des travaux sociologiques qui traitent de l'obésité en général, sous l'angle de la disqualification des usages populaires du corps, de son traitement en particulier, à partir de la focale des enjeux de recomposition de l'espace médical, plusieurs zones d'ombres subsistent. Ces recherches laissent de côté des thèmes qui sont pourtant centraux, autant pour comprendre la place qu'occupe l'« obésologie » sur le marché de la transformation des corps, que pour analyser « par le bas » comment les acteurs obèses vivent leur état et négocient leurs relations aux autres.

Si les sociologues montrent que souci de minceur et normes diététiques sont d'abord une affaire de femmes, leurs travaux n'explorent la question du genre que sous l'angle des patientes, omettant que les spécialités médicales et paramédicales concernées par le traitement de l'obésité sont majoritairement féminines. Ainsi ces études cherchent peu à comprendre comment le genre pèse sur la relation thérapeutique. Au-delà du comment, elles permettent peu de voir ce qu'un tel entre-soi féminin produit sur chacune des deux catégories d'actrices, ni même de percevoir quelle est la place des rares hommes lorsqu'ils endossent soit le rôle de soignant, soit celui de patient.

De récents travaux s'intéressent aux effets de la bonne volonté sanitaire des classes populaires sur leurs relations avec le corps médical¹, cette réforme n'est pourtant que rarement envisagée lorsque la sociologie s'intéresse au traitement de l'obésité. Pour autant, la surcharge pondérale ne suffit pas à supposer que ces acteurs-là se sont tenus nécessairement éloignés d'un recours régulier aux médecins, surtout lorsque l'on sait que la majorité sont des femmes et que ce type de prise en charge engage au long cours. Or, ne pas observer la relation thérapeutique à partir des « compétences médicales »² de l'ensemble des patients obèses (pas simplement ceux qui réussissent à maigrir) ne permet pas d'analyser les conditions dans lesquelles elles sont acceptables par les « obésologues ». Plus précisément, ceci ne donne pas lieu à vérifier ce qui se joue lorsque les écarts de statuts (professionnel/ profane) se doublent d'une supériorité symbolique marquée par la moralité des corpulences.

Enfin, lorsque les soignants sont observés, ils le sont en tant que membres d'un tout, celui de leur groupe professionnel. Sont alors finement saisis les enjeux de concurrence et de collaboration entre ces différents segments d'une « obésologie » en train de se faire. Si ce parti pris est essentiel pour comprendre les stratégies déployées pour la construction des territoires, qu'ils soient propres à chaque profession ou destinés à construire la légitimité d'une nouvelle spécialité, il invisibilise les positions et les trajectoires sociales de chaque professionnel, ce qui ne laisse pas « *apparaître la personne derrière le personnage* »³. Ne pas s'attarder sur les différentes manières de tenir chaque rôle professionnel réduit le champ des possibles pour saisir l'activité de soin, qu'elle se discute entre experts, ou se négocie avec les profanes.

Tout ceci plaide pour questionner par le concret, le genre et la classe, de l'imposition symbolique de normes corporelles. Vouloir saisir les enjeux induits par un tel projet sanitaire qui, dans les faits, entraîne ses acteurs « *au-delà du monde médical, dans toutes les sphères de la vie sociale, pour une période indéterminée* »⁴, nécessite l'étude approfondie de ces engagements et de ces activités de soin. C'est en ces termes, et parce qu'elle permet « *de recueillir des données écologiques qui conservent la trace de pratiques effectives dont la solidité* » paraît « *constituer le gage d'un certain réalisme* »⁵, que l'approche localisée révèle toute sa pertinence. L'investigation d'un réseau local ne vise pas à le circonscrire au rang de cas unique mais aspire à penser cette « obésologie » de terrain comme une « étude de cas

¹ **Arborio A.M. et Lechien M.H. (2019)**, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, n°10, pp. 91-110.

² **Boltanski L. (1971)**, « Les usages sociaux du corps. », art. cité.

³ **Goffman E. (2002)**, « La "distance au rôle" en salle d'opération. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, p.80.

⁴ **Baszanger I. (1986)**, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié. », art. cité, p.4.

⁵ **Braconnier C. (2012)**, « Ce que le terrain peut faire à l'analyse des votes », *Politix*, n°100, p. 104.

élargie »¹ de la théorie de l'ordre négocié. C'est-à-dire qu'il s'agit de croiser les récits de vie des patients obèses avec les manières de penser l'obésité et de mettre en œuvre son traitement des soignants, pour mieux repérer de petites différences qui permettent d'examiner la relation de l'« obésologie » avec d'autres cas² qui nourrissent la théorie.

La restitution de la construction sociale de cette maladie l'a montré, une première singularité réside dans l'opposition qu'il existe entre une terminologie dramatique qui pointe l'urgence d'agir et la difficile juridiction d'une discipline spécifiquement dédiée pour en contenir les effets. Entre pluridisciplinarité et construction d'une spécialisation, le traitement de l'obésité est tantôt au cœur des préoccupations (médicales, politiques, médiatiques), tantôt relégué de la scène sanitaire au profit d'une autre manipulation du problème, entre prévention et discrimination. De cette particularité en découle une deuxième, où les théories savantes qui pointent que la maladie est plurifactorielle (c'est ce qui justifie la pluralité d'acteurs convoqués pour la prendre en charge) se confrontent à la persistance des conceptions de sens commun qui y voient le symptôme d'une culture somatique discréditable et discréditée. Dès lors, les activités « obésologiques » permettent de montrer, *in situ*, comment coexistent contraintes institutionnelles, projet corporel des patients et idéal curatif des soignants.

Envisager ces activités thérapeutiques dans leurs singularités revient autant à prendre en compte la manière dont se construit l'offre de soin auprès de la patientèle, qu'à analyser comment les manières de faire et de penser des « obésologues » oscillent entre mandat d'« entrepreneur de morale » et positions dans l'espace « obésologique ». En croisant différents domaines de recherches sociologiques, cette thèse prend pour objet l'analyse des processus de négociations qui se jouent lorsque l'imposition symbolique de normes est en action, c'est-à-dire lorsque qu'elle réunit, concrètement, des acteurs traversés par des tensions entre identité attribuée et identité incorporée³ (identité réelle et identité virtuelle chez Goffman⁴). En écho à la pluralité de traitements et d'acteurs, il existe une pluralité de conditions à l'émergence de la maladie et à celle de l'étape « obésologique » dans les carrières des soignants, une pluralité d'effets aux processus de transformation de soi. Dans ces conditions, la médecine de l'obésité se constitue en véritable observatoire de l'ordre négocié. En effet, l'espace spécifique du soin correctif des corpulences hiérarchise des positions que les différents protagonistes investissent en connaissant les règles du jeu. La dynamique des rapports de force

¹ Burawoy M.(2003), « L'étude de cas élargie. Une approche réflexive, historique et comparée de l'enquête de terrain », in Cerfaï D., *L'enquête de terrain*, Paris, La découverte, pp.425-463.

² *Ibid*, p.444.

³ Dubar C. (1995), *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.

⁴ Goffman, E. (1975), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, op. cit.

qui s'y joue, du fait même d'une prise en charge incertaine, participe à l'évolution de sa structure. L'hypothèse centrale est alors la suivante : les engagements pris par les soignants pour transformer les corps témoignent de processus de conversions. En raison d'une croyance partagée de travailler au nom de l'intérêt individuel et collectif de normalisation des corps, confrontée à de nombreuses situations de résistances des corpulences, alors les *habitus* de chacun se substitueraient à d'autres¹. Puisque soigner l'obésité n'engage pas simplement des problèmes de santé, il s'agit de montrer que la mise en œuvre de son traitement génère des conflits, intrinsèques et extrinsèques, entre cette socialisation en train de se faire et les socialisations antérieures. L'obésité devient alors un cas particulier pour observer les effets des représentations sur la perception de soi.

Pour comprendre ces processus, ces perturbations des dynamiques internes et externes, une immersion au sein de l'ensemble des différentes instances qui structurent un réseau local de prise en charge s'est imposé. Cette ethnographie multipartite s'est révélée indispensable tant pour saisir et analyser les pratiques des professionnels, les stratégies qu'ils déploient pour gérer ces discordances, que pour observer l'appropriation de l'offre par les patients.

2.3 Ethnographier un terrain sous contrôle.

Au moment de l'enquête doctorale², le réseau d'« obésologie » local investi se compose de quatre services hospitaliers et de deux associations de patients. Si l'immersion au sein du secteur associatif n'a fait l'objet d'autres formes de négociations que celles usuelles d'une présentation de l'ethnographe et de son objet de recherche (« *une enquête sociologique sur la prise en charge de l'obésité* ») aux membres responsables de chaque bureau, l'accès aux institutions hospitalières, lui, a fait l'objet d'âpres négociations qui se sont étalées sur plusieurs années. Avant de les détailler, une présentation rapide des quatre services permet de clarifier le propos. Ils sont tous localisés dans la même ville et se déclinent ainsi :

- Le service A qui se consacre à l'éducation thérapeutique, en ambulatoire.
- Le service B, dédié à l'accompagnement à la chirurgie, en péri-opératoire.
- Le service C qui est une unité de soins de suite et de réadaptation.

¹ Spire A. (2007), « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°169, pp.4-21.

² L'obésité et son traitement, bariatrique et associatif, ont fait l'objet de mémoires en Master 1 et 2. A l'époque les données avaient été recueillies sous deux formats : des entretiens avec de seuls patients, en qualité d'étudiante en sociologie, et des observations des salles d'attentes comme des activités associatives, essentiellement sous couvert d'anonymat.

- Le service D est celui de chirurgie bariatrique.

Une fois ce décor brièvement planté, un premier constat établi que si certains professionnels de santé revendiquent une volonté de s'ouvrir au regard sociologique, aspirant ainsi à reconnaître à la discipline une certaine légitimité à traiter du fait médical, la multiplication des contacts avec les soignants au cours de l'enquête révèle que de nombreuses résistances demeurent¹. Une posture réflexive conduit à interpréter ces obstacles comme la difficile rencontre entre les besoins ethnographiques de la sociologue et les précautions prises par des soignants, à la fois soumis au secret professionnel (ou tout au moins à la discrétion) et contrôlés par des dispositifs où l'évaluation des pratiques est un processus de labellisation des savoir-faire et des savoir-être. Deux façons de comprendre l'investigation (objectivation *versus* surveillance) que la pédagogie de la chercheuse ne suffit pas toujours à atténuer.

Après de nombreux courriers restés sans réponses, l'entrée au sein du service A est finalement négociée. C'est l'association de la sociologie au traitement de données quantitatives qui est la clé : deux stages de deux mois contre la valorisation statistique de l'activité du service. Cette immersion est l'occasion de recueillir de nombreuses données² aussi bien qualitatives que quantitatives. Mais il se révèle vite naïf³ d'y voir un droit d'accès à l'ensemble des équipes concernées par le traitement de la maladie.

Afin d'approcher le service de chirurgie bariatrique (service D) c'est la présence d'un chirurgien à une réunion associative qui est mise à profit pour obtenir un entretien en vue de négocier une présence plus longue au sein de l'unité. Reçue quelques semaines plus tard, l'entretien est écourté au prétexte d'un emploi du temps surchargé : seuls les éléments organisationnels et techniques sont évoqués, évinçant tous les éléments de trajectoires (laissés à la discrétion d'un CV en ligne sur le site de l'établissement) et de représentations. Les perspectives d'observations se limitent alors à la proposition spontanée d'assister à un acte opératoire⁴ et à l'obtention de l'adresse électronique de l'infirmière coordinatrice. Échanges numériques faisant, c'est finalement le contact de la médecin qui dirige l'unité B, celle ici nommée « d'accompagnement à la chirurgie », qui nous est communiquée. Le rendez-vous avec cette professionnelle aboutit à des entretiens avec chacun des membres de l'équipe, une

¹ Darmon M. (2005), « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », art. cité.

² Détaillées dans la partie suivante, qui traite des matériaux empiriques.

³ Comme évoqué précédemment, les différentes manières de comprendre la maladie et son traitement divisent l'espace de sa prise en charge. Des enjeux concurrentiels affectent la circulation des patients d'un service à l'autre mais également celle de la chercheuse allogène.

⁴ Proposition par la suite annulée, par mail, en raison d' « un refus de la direction à accueillir toute personne étrangère au service au sein du bloc opératoire ».

visite du service et deux demi-journées d'observation de temps de réunions interdisciplinaires. La monnaie d'échange est, cette fois-ci, d'initier les soignants à l'analyse sociologique des représentations et des pratiques des patients obèses. Une occasion supplémentaire de saisir les interactions entre professionnels, cette fois-ci dans une séquence singulière d'observation, puisque les échanges s'articulent autour de l'aptitude de la sociologie (autrement que par la voie statistique) à traiter de l'obésité dont la simple classification dans la catégorie des pathologies, contribue à une expertise exclusive de la médecine. Lors des échanges formels (et informels) avec la responsable de ce service, ce contrôle d'accès est argumenté par un double contexte d'incertitudes liées à des traitements qui restent inefficaces, en termes notamment de maintien de la perte de poids, et d'enjeux de concurrences entre disciplines en quête de reconnaissance en la matière. Les tensions se construisent alors autour de la logique multivariée du soupçon où le maintien discrétionnaire de l'ordre moral¹ fait place à la figure du risque d'espionnage, rendant suspecte toute visite extérieure². Ainsi le réseau d'interconnaissances établi au sein du service ne permet à aucun moment d'accéder à plus de séances d'observations que celles accordées au départ.

Tout aussi fermé, l'accès au service C se fait sous couvert d'une ruse de la sociologue qui, après plusieurs tentatives restées sans réponse, finit par jouer la carte de la concurrence observée. Au prétexte que l'absence d'échanges reviendrait à passer sous silence l'existence de l'offre spécifique de cette unité, sa médecin-coordinatrice finit par consentir à un entretien qui, aussi riche soit-il, n'aboutit à aucune autorisation d'investir plus avant le terrain. Toutefois, cette interview permet d'apprendre que l'une des deux thérapeutes locales de GROS, repérées sur l'annuaire en ligne de l'association, est en réalité une ex-salariée du service. Forte de cette information, la demande de rencontre avec cette professionnelle est renouvelée. L'argument d'avoir rencontré son ex-cheffe de service ne manque pas d'opérer, ce nouveau mail reçoit une réponse immédiate et positive. Cet ultime entretien s'avèrera le plus long puisque pendant 3h30, cette soignante n'aura de cesse de tenter de convaincre la sociologue du bien-fondé de son choix de s'installer en libéral et surtout de celui des prises des positions du GROS à l'égard de l'obésité et de son traitement.

Plus que persévérance, neutralité et négociations, ethnographier un terrain sous contrôle exige également une réflexion sur l'anonymisation des enquêtes. En effet auprès de nombreux soignants, toute condition d'exercice confondue, plus qu'éthique cet engagement s'est révélé

¹ **Frigoli G. (2007)**, *Ordre moral, ordre local : le soupçon comme réponse à la vulnérabilité sociale*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00181004/document>

² Cette dynamique sera approfondie plus tard.

comme la condition *sine qua non* pour obtenir le recueil de leur parole. C'est à ce titre que certains détails, dès lors qu'ils ne gênent pas l'analyse, sont tus ou modifiés, afin de rendre méconnaissables les enquêtés et ainsi d'éviter qu'on puisse leur attribuer des propos ou des pratiques précises. Les données sociodémographiques étant essentielles, c'est sur le statut et l'organigramme des services que ces aménagements se centrent essentiellement.

2.4 La question du rapport à l'objet : une question de rapport à la norme ?

Bien avant que le traitement de l'obésité ne devienne un objet de recherche sociologique, mon initiation au traitement de l'obésité est d'emblée associée à la question des normes. En effet, le recours à la chirurgie bariatrique, à un an d'intervalle, par deux collègues suscite immédiatement de nombreuses interrogations. Alors monitrice-éducatrice dans un foyer de vie qui accueille des adultes handicapés, j'envisage exclusivement le problème sous l'angle des souffrances individuelles engendrées par des corps considérés comme hors-normes. La violence symbolique du choix de recourir à cet acte (que je ressens comme extrême, tant par le caractère invasif de l'acte opératoire en lui-même, que par l'aspect hégémonique¹ du travail préparatoire), dans l'espoir de se défaire d'une corpulence vécue comme une fin de non-recevoir à mener une vie normale, pose le surpoids comme un stigmate². Ces deux témoignages de l'expérience du discrédit pondéral, de la blessure identitaire qu'il génère, amorcent un premier déplacement du regard que je porte, en tant que travailleuse sociale, sur les corps comme expression de l'identité. Progressivement spécialisée dans l'accompagnement de personnes qui présentent des troubles psychiques, leur corps est devenu une grille de lecture : soit comme lieu d'expression des souffrances psychiques au travers des nombreuses automutilations que les résidents s'infligent ; soit comme langage pour des personnes présentant de nombreux troubles graves de la parole. Dans les deux cas la sémiotique corporelle est aux prémices de mon accompagnement : contenir, protéger, encourager ou promouvoir. Cette élaboration sur les corps comme moyens d'expression, voire comme lieux de normalisation se construit autour de mes propres catégories de pensées qui distinguent le normal du pathologique. La soudaine entrée de l'obésité comme manifestation corporelle à corriger bouleverse ces croyances.

Cependant, soigner son surpoids n'est pas qu'une affaire de normes corporelles, cela concerne également les normes inhérentes au traitement lui-même, tant dans ses pratiques et

¹ Se nourrir exclusivement de yaourts pendant la période préopératoire, fractionner les repas en 6 prises quotidiennes, se préparer à divorcer après l'opération, etc. ...

² Goffman, E. (1975), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, op. cit.

protocoles, que dans ses effets. On pourrait s'attendre à ce que la perte de poids efface les stigmates de l'obésité, pourtant mes premières observations spontanées de l'époque révèlent l'émergence de nouvelles déviations au sein des espaces domestiques. L'intervention chirurgicale, à la fois fait biographique et transformation de soi, bouleverse l'ordre établi, que ce soit au sein de la famille ou du couple. Puisque les situations de normal ou de déviance ne sont pas des attributs des individus mais les produits d'interactions, mes deux collègues expérimentent leur perte de poids et les nouvelles pratiques qui lui sont associées (consommation alimentaire, médicale, esthétique et sportive), à la fois comme une transgression de la culture de groupe et comme un désordre identitaire, où leur unicité réside, finalement, dans leur situation d'obésité. Ces tensions sont également observées dans des cercles plus larges de relations qu'ils soient amicaux, professionnels ou de simple voisinage puisque la perte brutale de poids doit être systématiquement justifiée. Les représentations collectives associant amaigrissement massif à dégradation de l'état de santé, ces deux premiers témoins sont souvent contraints de rendre publiques des décisions par essence intimes. Publicisation accueillie selon des modalités disqualifiantes : allant du rappel de la norme impérative¹, qui voudrait considérer que le recours à la chirurgie est une infraction à l'effort à fournir pour maigrir, à l'édiction de la norme indicative qui considère que la perte de poids doit suivre une courbe raisonnable pour être fiable.

À ce stade, la réalité du processus de transformation d'un « soi dévalorisé » vers un « soi idéalisé » dépasse amplement ce que j'aurais pu imaginer. Si l'amaigrissement est spectaculaire, ses conséquences sociales ne le sont pas moins et ce dans l'ensemble des sphères dans lesquelles ces acteurs sont impliqués, induisant, de fait, des tensions fortes et éprouvantes. L'un se sépare de sa conjointe, démissionne de son poste puis expérimente, quelques semaines, la vie dans la rue. L'autre se brouille avec l'ensemble de sa famille, de ses amis et divorce.

La première interprétation de ces deux récits de vie est influencée par mes connaissances initiales en sociologie (obtention d'une licence en 1996). Alors que je ne suis pas encore en posture de chercheuse, leur recueil est complété par plusieurs observations participantes, dans deux instances proposées aux acteurs qui décident de recourir à la chirurgie bariatrique.

J'ai ainsi participé aux journées annuelles de suivi post opératoire. Les personnes concernées y sont convoquées par quinzaine et passent ensemble la journée dans une salle en attendant d'être tour à tour conviées à différents tests. Ma présence s'y justifie car j'accompagne

¹ Grignon C. (2015), « Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ? Le cas de l'obésité. », *La vie des idées*.

ma collègue, patiente. La salle d'attente se révèle être un réel laboratoire d'observation des interactions entre les personnes opérées, mais aussi des modes de prise en charge individuelle et collective du surpoids par le personnel médical. Dans la mesure où l'obésité est socialement interprétée comme le signe d'infraction aux normes de « disciplines des corps » et de « devoir de santé », ma première appréciation du dispositif est qu'il semble prolonger cette stigmatisation : les patients, ainsi réunis, attendent, ensemble, de subir plusieurs tests qui valident ou non les efforts attendus de la personne opérée. Le tout dans une ambiance suspicieuse où chacun paraît attendre une sentence en s'évaluant mutuellement : les conversations comparent l'évolution des courbes de poids, des transformations corporelles (photos à l'appui), des habitudes alimentaires et sportives, plus ou moins fidèles à la norme du « patient vertueux ».

Connue pour ma pratique de la photographie sur mon lieu de travail, cette même collègue me sollicite pour jouer le rôle de reporter alors de diverses réunions organisées par l'association de patients qu'elle préside. Mon premier étonnement est de constater une forte présence des professionnels de santé qui investissent systématiquement la posture d'orateurs. Force est de constater que, malgré le déplacement d'instance, les enjeux et interactions entre les différents protagonistes sont les mêmes que ceux observés dans la salle d'attente, créant ainsi une dynamique de groupe particulière où domine la mise en scène¹ de la norme du « bien maigrir ».

Ces diverses investigations finissent par réveiller complètement mon appétence pour la sociologie, au point de faire de l'obésité l'objet des deux mémoires de Master, lorsque je reprends un cursus universitaire en 2015. Ce n'est, finalement, qu'au cours de l'entretien préparatoire au grand oral de sélection à l'obtention d'un contrat doctoral que je saisis la mesure de mes aller-retours entre ma profession de monitrice-éducatrice et la construction de ma nouvelle identité de chercheuse en sociologie. Cette prise de conscience de l'illusion biographique² dans laquelle je m'entretiens depuis ma reprise d'études est double. Mon objet d'enquête loin d'être distant de mes pratiques professionnelles, en est l'écho dans le sens où il interroge les processus de normalisation : rendre l'autre acceptable aux yeux de la société. En plus, loin d'être neutre, ma démarche vient conforter les enjeux de concurrence de bonnes pratiques dans l'accompagnement des usagers : secteur sanitaire versus secteur médico-social³.

¹ Goffman E. (1973), *La Mise en scène de la vie quotidienne I. La présentation de soi*, Paris, Minuit.

² Bourdieu P. (1986), « L'illusion biographique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62-63, p. 69-72.

³ Par exemple, j'avais d'emblée assigné aux personnels soignants un défaut grave d'empathie envers les patients obèses en raison du rythme de marche imposé dans les couloirs pour se rendre d'une salle d'auscultation à une autre alors que, monitrice-éducatrice, je m'attachais à caler mon rythme sur celui de la personne accompagnée.

Dès lors, la construction de mon cheminement scientifique consiste non plus à tenter, vainement, de réduire au silence ma compétence à l'accompagnement social, mais de la mobiliser pour, à la fois, aiguïser mon regard de sociologue dans l'observation et l'analyse des contextes singuliers que sont les interactions entre soignants et soignés ; et enrichir la réflexivité nécessaire à l'intelligibilité de la situation d'enquête en elle-même¹. Il s'agit alors de tenter de trouver la « juste distance » avec l'objet étudié. Cela passe, me semble-t-il par la restitution de l'apparition de l'obésité comme problème sanitaire.

III – Matériaux empiriques

Pour comprendre ce que le traitement de l'obésité fait à ceux qui le mettent en œuvre, aux interactions entre ses différents protagonistes, l'approche localisée et contextualisée de cette thèse prend appui sur le croisement de données qualitatives et quantitatives accumulées au cours des cinq années d'enquête (années de Master comprises). La complémentarité des matériaux empiriques mobilisés permet, à la fois :

- De reconstituer les trajectoires sociales et professionnelles de ceux qui interagissent dans les relations sociales singulières qu'exige la chronicité de la maladie ;
- De saisir les transformations des savoirs et savoir-faire ;
- D'analyser les diverses manières dont professionnels du soin, associations de patients et malades institutionnalisés s'approprient, s'accommodent ou échappent aux injonctions de normalisation des corps ;
- D'observer les effets de ces interactions sur les variations des recompositions identitaires de l'ensemble des acteurs impliqués.

3.1 Entretiens semi-directifs : variations de points de vue sur la rencontre de l'offre et de la demande.

Analyser les dimensions sociales de la prise en charge de l'obésité nécessite de recueillir le récit des acteurs concernés sur leurs façons de faire, de voir et d'interagir. Pour comprendre ce que fait le traitement à ceux qui l'élaborent puis le prescrivent mais aussi à ceux qui choisissent d'y recourir puis l'expérimentent, la démarche inductive de l'entretien semi-directif et individuel paraît pertinente. En partant du principe que la situation d'enquête est par nature

¹ **Mauger G. (1991)**, « Enquêter en milieu populaire. », *Genèses*, n°6, p. 125-143.

un *artefact*, la position prise est de considérer que la confidentialité d'une relation duelle conditionne le recueil du point de vue des enquêtés et que l'équilibre entre rigueur et souplesse du guide d'entretien permet de replacer représentations et pratiques dans un contexte global et la trajectoire sociale de chaque protagoniste.

3.1.a) Entretiens avec les patients : discours rétrospectifs sur les trajectoires sociales et médicales.

Le traitement de l'obésité comme objet de recherche sociologique nous préoccupe depuis notre inscription en Master 1. Afin de comprendre la place de la chirurgie bariatrique dans les carrières de patients obèses, mener des entretiens s'est imposé d'emblée comme prioritaire. Cette expérimentation a conduit à l'évolution de la structure du guide d'entretien¹. Les observations spontanées menées en parallèle, notamment lors d'interactions entre patients, avaient laissé supposer une certaine facilité à échanger autour de l'histoire de la prise de poids, c'est par conséquent sur cette thématique que les premiers entretiens s'ouvraient. C'était, à la fois, sans compter sur les effets du caractère artificiel de la situation d'enquête menée par une chercheuse qui ne partage pas l'expérience corporelle et sociale du surpoids ; ni sur la similitude de cette entrée en matière avec les entretiens socio-médicaux menés par les soignants. Rectification faite, la première thématique abordée est la prise en charge en elle-même. En leur donnant l'opportunité de faire part de leurs savoirs sur le traitement (son organisation, ses objectifs, ses effets), cette mise à distance scientifique place les interviewés « *en qualité d'expert face à une enquêtrice non avertie et donc profane* »². Transaction de pouvoir symbolique qui participe à la réassurance d'acteurs qui, au gré de leur inscription dans le suivi médical de leur corpulence, ont acquis l'entretien comme une évaluation de leur engagement, leurs réponses comme nécessairement suspectes. C'est ainsi que ces questions techniques occupent une part importante dans les échanges où certains enquêtés s'attachent réellement à initier l'étudiante³ (donc apprenante) par le biais de conseils « *pour mener à bien l'enquête (rencontrer telle personne, lire telle information), ou le prêt spontané de documents afin de compléter nos connaissances cliniques.* »⁴ Ce n'est donc que dans un second temps que les questions qui permettent de reconstruire les trajectoires (histoire de vie et interprétation

¹ L'ensemble des guides d'entretiens sont consultables en annexe M4.

² **Gridaine E. (2018)**, « Carrières de patients obèses et acquisition de compétences. », *Revue Éducation, Santé, Sociétés*, vol.4, n° 2, p.62.

³ Là encore notre présentation et celle de l'enquête ont évolué au gré des entretiens [Dire comment cette présentation a évolué et selon quels critères ?]. Afin d'éviter toute confusion avec le secteur médical, les termes de doctorante et de doctorat ont été remplacés par ceux d'étudiante et de recherche.

⁴ *Ibid*, p.62.

rétrospective) sont abordées. Cette phase de l'entretien est essentielle pour replacer le vécu social et médical de la surcharge pondérale comme préalable à l'engagement dans le processus de transformation de soi. Elle permet de corréler les conditions de la construction de la déviance comme identité aux modalités d'appropriation et donc d'incorporation de l'injonction à la maîtrise de soi. C'est dans ces conditions que le croisement avec l'ensemble des autres données donne tout son sens à l'analyse de l'illusion biographique¹. La thématique des associations fait également l'objet d'interrogations systématiques. La part qui leur est accordée pendant l'échange est très variable d'un enquêté à l'autre, allant de la méconnaissance totale à l'adhésion durable, en passant par une défiance parfois très argumentée, ces discours sont précieux pour comprendre l'appropriation d'une telle offre.

Au regard des difficultés d'accès aux terrains décrites plus haut, le recrutement des enquêtés varie selon leur parcours de soin. Ainsi le contact avec les personnes inscrites dans une démarche chirurgicale est exclusivement établi au travers du réseau d'interconnaissances tissé à l'occasion des immersions dans l'espace associatif ; celui avec les patients qui bénéficient d'un programme d'ETP s'appuie sur les rencontres faites à l'hôpital. Ces variations de trajectoires médicales impactent également les modalités de négociations de l'entretien tout comme les interactions entre enquêtrice et enquêté. Pour les seconds, différer le rendez-vous, sortir de l'hôpital, ne va pas de soi et nécessite d'insister sur l'indépendance de la chercheuse ; interpréter le rapport au soin et aux soignants suscite la méfiance et mérite d'inviter à la co-construction d'une réflexion sur les atouts et les limites de la prise en charge proposée. Constats qui aboutissent à autant d'allées et venues dans les guides d'entretien initiaux et, parfois, d'occultation de certaines questions afin de créer les conditions favorables pour que les interviewés formulent leur expérience individuelle de la maladie et de son traitement. Mais, plus que d'analyser les stratégies employées par la sociologue pour recueillir les discours nécessaires à l'analyse entreprise, une posture réflexive demande également de centrer le regard sur sa propre manière de recevoir les récits de vie. Enquêter sur ce que fait le traitement aux soignés c'est également enquêter sur ce que fait l'obésité (son installation, ses conséquences) à ceux qui l'expérimentent. Les trajectoires, tant dans les successions d'événements que dans leurs significations, deviennent alors souvent violentes sollicitant l'immédiate subjectivité de l'enquêtrice. En donnant à « *voir à la fois un univers de sens et un univers de vie, un point de*

¹ Bourdieu P. (1986), « L'illusion biographique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°62-63, pp. 69-72.

vue sur le monde et des formes concrètes d'appartenance au monde »¹ l'entretien est une situation interactive. La sociologue y arrive outillée sur les techniques de relance, rarement sur la gestion de la bonne distance² pourtant inhérente à la démarche ethnographique. Ce qui pourrait être nommé le revers de l'empathie se traduit, *in situ*, par l'improvisation d'un bricolage entre l'émoi suscité par le récit et le maintien d'une posture scientifique. La retranscription, l'analyse croisée des données recueillies et le cadrage théorique permettent, *a posteriori*, d'objectiver l'interprétation des discours narratifs. Cependant ces outils ne s'inscrivent nullement en technique pour neutraliser les souffrances (et leur réception) qui ponctuent les récits au moment même de la situation d'entretien.

Au total, 32 entretiens sont menés avec des patients : 14 inscrits dans un parcours de chirurgie, 18 inscrits dans un parcours d'éducation thérapeutique. Puisque la patientèle obèse est majoritairement féminine, l'échantillon peut également se répartir selon le genre : 24 femmes et 8 hommes. Afin de reconstituer les expériences des enquêtés, que ce soit en termes de trajectoires sociales, de rapports au corps, aux autres et à soi, de rapports à l'univers médical, ou d'attentes vis-à-vis du traitement, ces entretiens durent entre 1h et 1h30.

3.1.b) Entretiens avec les professionnels : discours rétrospectifs sur les carrières professionnelles.

Afin de repérer les perturbations professionnelles provoquées par le traitement incertain de l'obésité, tout en saisissant les représentations que se font ces experts de leur profession, de l'obésité, de l'injonction à la transformation de soi, et de leur patientèle, 14 entretiens longs (entre 1h30 et 3h30) et un entretien écourté³ ont été menés auprès des personnels soignants.

L'échantillon représente l'ensemble des professions qui interviennent dans la prise en charge de l'obésité sur le territoire : médecins, chirurgien, psychologues, diététiciennes, enseignants d'APA et infirmières.

La première thématique des entretiens aborde la trajectoire professionnelle du soignant afin de repérer la part qu'y prend la prise en charge de l'obésité dans des dimensions tant diachroniques que synchroniques puisque l'ensemble des salariés du secteur public sont soumis à des découpages de leur temps de travail entre plusieurs services. Ce discours rétrospectif, depuis le choix de la formation jusqu'au moment de l'*interview*, permet de repérer les

¹ Schwartz O. et al. (1999), « Symposium sur "analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion" », *Sociologie du travail*, n°41, p.457.

² Beaud S. (1996), « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique". », *Politix*, vol. 9, n°35, pp. 226-257.

³ Il est, ici, fait référence à l'entretien avec le chirurgien.

déterminants qui les conduisent à exercer leur spécialité respective auprès de patients obèses. La description des pratiques permet, par la suite, de saisir le rapport entretenu avec la maladie et son traitement, mais aussi avec l'équipe, les autres services et les patients. Le sujet des associations d'entraide permet d'identifier la place et le rôle que chacun leur assigne dans cette division du travail singulière. En traitant des perspectives individuelles et collectives, une dernière partie permet de mesurer les effets des incertitudes (liées à l'inefficacité des traitements et aux (ré)organisations institutionnelles) sur les identités professionnelles.

Le discours sur les conflits inter-services prévalent dans certains entretiens soit en étant remobilisés par les enquêtés, de manière récurrente, soit par une prise de parole longue et détaillée à ce sujet. L'analyse de ces variations discursives est l'occasion de mesurer le poids des enjeux d'un climat en tension entre incertitudes et concurrences sur les trajectoires individuelles. L'analyse des invariants dialectiques, plus que de démontrer que, légitimer ses pratiques nécessite de disqualifier celles des autres, révèle les effets de la transformation de la norme d'autorité médicale. Dans un double contexte où la compétence, constituée en « capital humain »¹, associe savoirs et savoir-faire à des savoir-être ; et où l'émergence des maladies chroniques, comme fin de non-recevoir à la technicité médicale, a bouleversé l'essence même de la prise en charge, les stratégies déployées pour souligner les incapacités tierces se font systématiquement sous forme d'une dépréciation des qualités empathiques.

Sur ces questions, dans certains cas, l'enquêté tente de prendre à partie l'enquêtrice. L'enjeu pour la sociologue est alors de négocier l'interaction pour que sa neutralité ne réactive pas le climat suspicieux qu'elle a parfois mis du temps à déconstruire. À mi-chemin entre la tactique et la méthode, il s'agit alors, pour préserver une relation de coopération et de collaboration, de naviguer entre neutralité scientifique, comme principe éthique de notre propre identité professionnelle, et extériorité, comme preuve de notre illégitimité à juger des aptitudes attachées à l'exercice du soin.

3.2 Observations directes : les pratiques en action.

Afin de saisir les pratiques de l'ensemble des acteurs impliqués dans le traitement de l'obésité plusieurs séances d'observation directe sont menées dès nos travaux de Master 1 et se prolongent jusqu'à l'été 2019. Pour paraphraser Anne-Marie Arborio², l'investigation de lieux

¹ Stroobants M. (2007), « La fabrication des compétences, un processus piloté par l'aval ? », *Formation emploi*, n°99, p.94.

² Arborio A.M. (2007), « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherche sur le terrain hospitalier. », *Recherche en soins infirmiers*, n°90, p.27.

concrets a pour prérequis de les considérer comme des espaces où se jouent des dynamiques propres aux interactions entre les différents protagonistes et non simplement contraintes aux seuls statuts des uns et des autres. Cette posture réflexive amène nécessairement à se poser systématiquement la question, sans toujours l'élucider, des perturbations occasionnées par la seule présence de l'ethnographe, qu'elle soit déclarée ou non.

3.2.a) Objectiver la place des associations de patients dans le dispositif.

Dans un souci d'objectiver l'accompagnement associatif proposé, à partir, non seulement, des pratiques des différents membres du bureau et intervenants professionnels, mais aussi, de l'appropriation de l'offre par les adhérents, l'une des associations locales de patients est fréquentée de manière mensuelle entre 2015 et 2017.

Au total trois réunions de bureau ont été observées. Ces investigations permettent de saisir les interactions formelles entre les membres de l'instance exécutive (circulation de la parole, modalités de prise de décisions, enjeux de pouvoir, conditions de délégation au pilotage de projets, etc. ...). Mais ces immersions sont aussi l'occasion de recenser les multiples interactions informelles (bavardages, inattentions, digressions, etc. ...) entre des actrices qui partagent une triple expérience commune : la maladie, son traitement et l'engagement associatif.

Dans ces contextes très protocolaires puisque, classiquement, seul le mandat autorise à y participer, notre seul statut de tiers artificialise la situation. Le choix est alors de forcer le trait en assumant le rôle de la sociologue qui, pour bien observer puis formaliser un compte-rendu précis de ce qu'elle a vu, enregistre les minutes de la réunion à l'aide de son téléphone portable. Ce parti pris permet d'interagir soit en sollicitant des demandes d'éclaircissement lorsque les références collectives du groupe sont étrangères à l'observatrice et pourraient induire un contre-sens ; soit en étant interpellée en qualité de « *spécialiste de l'étude des relations de groupe* »¹ pour donner une interprétation sur ces sujets ; soit par le prêt (souvent spontané) de documents (statuts associatifs, programmes, articles de presse, etc. ...) pour faire progresser l'enquête. Toutefois cette posture de recueil de données présente également quelques limites. La première étant de ne pas pouvoir inscrire les observations dans la durée puisque, les bénévoles considèrent que les informations transmises lors de ces trois premières séances suffisent à les inscrire dans le travail d'analyse. Ainsi la présence de la sociologue, qui manque d'arguments pour pérenniser sa présence, s'avère rapidement inopportune.

¹ Ce titre est attribué par la présidente de l'association lorsque qu'elle introduit la sociologue auprès de son équipe. Il est à plusieurs reprises remobilisé par les autres actrices en présence lors des différentes rencontres.

Cette même représentation de la démarche sociologique a ouvert un accès illimité aux réunions d'informations. Organisées, en moyenne, à un rythme d'une fois par mois, il s'agit de diffuser l'actualité médicale et paramédicale auprès d'acteurs concernés par les problématiques liées au surpoids. À ce titre l'adhésion n'est obligatoire qu'à partir de la seconde fréquentation. Adoptant un format de conférences ou de tables rondes, en fonction des thématiques abordées, les réunions sont animées par les professionnels de santé. La fréquentation observée varie de 10 à près de 50 auditeurs. Les immersions répétées permettent, ici, de mesurer l'appropriation de l'offre d'information, d'analyser les effets de la dynamique de groupe sur les comportements individuels, de repérer les enjeux d'une interaction tripartite (soignants, association, patients) singulière qui s'inscrit dans le champ de la médecine de l'obésité.

Le statut d'observatrice y revêt la particularité d'être à la fois déclaré auprès des membres organisateurs des manifestations, repéré par une partie des intervenants-soignants et anonyme pour les autres (public et soignants hors institutions). Ni patiente, ni soignante, l'acceptation de la présence de la sociologue parmi les indigènes doit alors beaucoup à son inscription dans la durée qui contribue à la rendre progressivement « invisible », mais aussi au réseau d'interconnaissances, tissé avec bénévoles et professionnels, qui participe à une certaine légitimation même si ses raisons restent floues.

Le milieu associatif est également investi lors des différents ateliers. Proposés de manière régulière ou ponctuelle, ils s'articulent autour de quatre thèmes centraux : cuisine, activité physique, esthétique et sorties collectives (marches, visite de lieux touristiques, restaurant, ...); autant de propositions qui s'inscrivent en miroir avec les axes fondateurs de l'éducation thérapeutique : diététique, APA, estime de soi et lien social. Le format même de ces situations exige une observation participante mais limite aussi les accès au terrain. La démarche ethnographique est donc complétée par les constats faits sous couvert d'anonymat lorsque notre rôle était plus celui de témoin. Participer à ces ateliers est un moyen d'appréhender les transactions qui se jouent autour des injonctions médicales et sociales qui dominent le processus de normalisation d'acteurs qui partagent l'expérience d'un stigmat corporel qui les étiquette comme déviants.

3.2.b) Vérifier la nature des relations entre « obésologues » et patients obèses.

Afin d'étudier le fonctionnement des institutions hospitalières mais aussi d'objectiver la prise en charge proposée, et les tensions qu'elle génère, à partir des pratiques des professionnels et des patients, une immersion d'un total de quatre mois est réalisée au sein du

service A. Ces stages sont l'occasion d'observer différentes situations d'interactions : soignants-patients, soignants-soignants et patients-patients.

Le programme d'éducation thérapeutique proposé s'articule autour d'entretiens individuels, d'évaluations fonctionnelles et d'ateliers collectifs pendant lesquels « experts d'expertise » et « experts d'expérience »¹ tentent de collaborer pour gérer la maladie et ses effets.

Il existe un total de neuf ateliers. Deux ateliers de suivi organisés à mi-parcours du programme et qui visent à faire le point sur le parcours de soin de chaque patient. Ils sont animés par deux binômes de soignants : psychologue et enseignant APA / diététicienne et infirmière. Les sept autres ateliers, d'activité physique ou de diététique sont optionnels et proposés lors du diagnostic éducatif qui initie l'entrée dans le programme. Le choix de participation se fait à partir de la corrélation entre indications thérapeutiques et disponibilités et adhésions des patients. Les quatre ateliers diététiques sont des séances uniques proposées au sein du service. L'ensemble des diététiciennes du service se relayent pour les animer. Les séances des trois ateliers d'AP sont hebdomadaires et se déroulent dans des lieux adaptés dans le cadre de la convention tripartite passée avec une association affiliée à la « Fédération nationale sports pour tous » et la municipalité. Ils sont conduits par l'enseignant d'APA ou un animateur associatif.

L'accès, qui se limite aux animations intra-muros, permet de saisir, à la fois, les dynamiques impulsées par la constitution de ces groupes et les effets de l'immersion des patients dans l'institution hospitalière qui s'identifient comme appartenant au groupe spécifique des malades obèses. Mais aussi de mesurer les écarts d'interactions entre patients et professionnels d'une discipline à l'autre.

La participation en qualité de sociologue est systématiquement négociée. Dans un premier temps avec les professionnels puis avec les participants. Avec certains des premiers notre présence fait parfois l'objet de réticences. Sur un total de quatre diététiciennes, deux acceptent. L'unanimité des patients pour valider la présence d'une observatrice tierce incite à une réflexion sur leurs possibilités à s'opposer. Au regard de l'ensemble des autres données recueillies, la violence symbolique du déséquilibre de la relation (patient parmi les soignants, profane parmi les experts, déviant parmi les entrepreneurs de morale) renforce les rapports de domination. Dans un contexte où la co-construction de la prise en charge peine à s'imposer comme légitime en dépit des multiples dispositifs mis en place ; mais aussi où l'organisation

¹ Rabeharisoa V. et Callon M. (2002), « L'engagement des associations de malades dans la recherche. », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 171, 2002, pp 65-73.

même de l'hôpital impose « *des rôles périphériques d'observateur* »¹ (stagiaires, superviseurs, etc...), comment refuser la présence de l'enquêtrice ? C'est donc en profitant de cette configuration singulière que nous avons pu observer, prendre des notes, à la fois à la périphérie des interactions et même temps au cœur du système.

Des observations des différents temps de réunions d'équipe permettent d'établir une vision plus exhaustive, à la fois, des représentations que se font les soignants de la pathologie et des patients mais aussi des interactions engagées entre chaque professionnel, en identifiant les places et rôles de chaque discipline.

Les stages au service A nous ouvrent les portes de deux de ces instances. Les temps d'évaluation des ateliers de suivi : à l'issue des deux ateliers qui ponctuent la mi-parcours, les deux professionnels s'accordent sur la rédaction d'une évaluation individuelle de chaque patient qui intègre son dossier médical. Et les réunions de synthèses qui ont lieu à deux reprises au cours du programme : à l'issue de la journée dite de diagnostic et en conclusion de la journée de suivi à mi-parcours. L'ensemble des professionnels qui participent à ces journées sont présents. Orchestrée par la médecin, chaque soignant est invité à reformuler oralement le bilan qu'il a rédigé pour chaque patient. L'équipe formule collégialement conseils, encouragements et parfois avis d'arrêt de prise en charge². Ces observations sont complétées par la participation à deux réunions aux services B et D : une RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire) qui réunit un représentant de chaque discipline qui intervient au service D, de chirurgie (chirurgien, diététicienne, psychiatre et infirmière coordinatrice) et la responsable du service B, d'accompagnement à la chirurgie ; et une réunion hebdomadaire du service B. À partir des comptes-rendus de suivis médicaux établis par l'ensemble des soignants (ceux du service B mais aussi ceux des libéraux consultés pour valider l'opérabilité) qui assurent le suivi pré-opératoire, les RCP valident ou non l'accès à l'acte chirurgical. Les réunions d'équipes du service B, elles, sont pensées pour faire un point sur l'ensemble des patients reçus dans la semaine. Dans la réalité, les professionnels expliquent qu'il s'agit plutôt d'un temps de régulation où ils partagent quasiment exclusivement sur les cas les plus difficiles. Contraints à un rythme soutenu de consultations, ces réunions sont considérées comme essentielles en termes de cohésion d'équipe et d'amélioration³ de la qualité de l'accompagnement³. Enfin

¹ **Arborio A.M (2007)**, « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherche sur le terrain hospitalier. », art. cité, p.29.

² Ces aspects seront développés au fil de l'analyse.

³ Entendu comme le moyen d'éviter l'usure de la relation thérapeutique lorsque l'histoire de vie des patients est compliquée à recevoir, et donc à gérer, ou lorsqu'ils se montrent rétifs aux recommandations. Il s'agit donc de s'apporter conseils et soutien mutuel.

l'observation des fonctionnements inter-individuels et de la construction collective du traitement de l'obésité est également réalisable lorsque la sociologue est invitée à restituer ses résultats aux différentes équipes.

Dans tous les cas le statut de chercheuse allochtone ne peut qu'artificialiser la situation. Le parti pris, pour tenter de contenir ces effets, est alors d'imiter les soignants : prendre des notes, interroger, parfois émettre un avis, sont autant de stratégies pour tenter de faire oublier la situation d'observation. Tout l'enjeu est alors de ne pas se laisser happer par le contenu des échanges pour rester concentrée sur leur nature. Le risque de rédiger un simple compte-rendu de réunion est grand¹. Les outils méthodologiques d'une prise de note structurée hors grille d'observation (pour ne pas se faire repérer) et de la réécriture « à chaud » servent de garde-fou.

Chaque accès aux institutions médicales est également propice à de nombreuses observations spontanées des multiples interactions entre les différents protagonistes qui circulent au sein du service ; et au recueil de discours impromptus au gré du hasard des rencontres à l'accueil, dans les salles d'attente, les bureaux ou les couloirs. Dans la mesure où la mise en scène de soi y est, par définition, moins soumise à la vision que se font les enquêtés de l'enquêteur et de la situation d'enquête², ce type de données contribue à objectiver les discours que professionnels et patients tiennent sur la maladie, son traitement et le regard que portent les uns sur les autres.

Enfin, plusieurs contributions à des congrès de professionnels de la santé³, en qualité de doctorante en sociologie, sont également l'occasion de recueillir des extraits de discours de professionnels qui s'adressent à des professionnels ou des bénévoles. Non seulement l'analyse de ces interactions permet de saisir concrètement les perceptions qu'ont ces experts de l'obésité et de ces porteurs, mais elle révèle également les enjeux de concurrence qui existent entre disciplines et/ou équipes médicales pour revendiquer une certaine légitimité dans la prise en charge des maladies chroniques en général. Ces situations n'exigent aucune stratégie : ouvertement sociologue, dans un contexte de réflexions scientifiques, la prise de note n'éveille aucun soupçon, son contenu reste la propriété de son auteur, sa communication soumise aux règles éthiques de protections de données (propriété intellectuelle et anonymat).

¹ Probablement d'autant plus que notre précédente expérience professionnelle de monitrice-éducatrice a été l'occasion de participer à ce genre de réunion de manière récurrente.

² **Mauger G. (1991)**, « Enquêter en milieu populaire. », art. cité.

³ Colloque EXPAIR's, Rennes (2019) ; 2ème congrès ADELFF-SFSP, Amiens (2017) ; 4ème congrès du Centre spécialisé de l'obésité, Poitiers (2017) ; 14ème Rencontre du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids, Paris (2016).

3.3 Le traitement de documents : sortir de la dualité « obésologues » / patients obèses.

Les données ethnographiques détaillées ci-dessus sont croisées avec deux autres types de matériaux : analyse d'archives médiatiques et administratives ; et traitement statistique de 1 570 dossiers médicaux. À l'instar d'Alain Desrosières¹, le parti pris est de considérer que microsociologie et macrosociologie se répondent pour coconstruire la totalité puisque la connaissance ainsi élaborée est à la fois intensive et extensive.

3.3.a) Dresser le portrait des patients par le traitement statistique.

Une analyse descriptive de 1570 dossiers médicaux permet de reconstituer le profil socio-démographique de la patientèle en termes d'âge, de genre, d'origines géographiques, de catégories socio-professionnelles, mais également de trajectoires médicales. Une analyse factorielle permet d'identifier les déterminants à la participation à un type de suivi, aux modalités et au maintien de l'engagement. La consultation de dossiers soumis au secret médical s'inscrit dans le cadre légal de protection des données mis en place par l'hôpital. Par le biais d'une campagne d'information par voie d'affichage et lors de la signature du formulaire de consentement de prise en charge, les patients sont avisés que, sauf désaccord de leur part, les données informatisées pourront être exploitées à des fins statistiques. En complément, l'accès aux données exploitables pour la recherche sociologique est soumis à la signature d'une charte de confidentialité qui garantit une utilisation respectueuse de la vie privée des personnes concernées. C'est dans ce cadre du respect de l'anonymat et des données personnelles que les matériaux quantitatifs sont exploités dans ce travail de thèse.

3.3.b) Confronter les définitions expertes de la prise en charge par les archives administratives.

Les quatre mois de stage au service A sont l'occasion de consulter quelques documents rendus accessibles par une partie des professionnels. Il s'agit aussi bien du projet médical du service, que d'outils mobilisés lors des ateliers éducatifs, de questionnaires médicaux adressés aux patients, à différentes étapes de leur parcours ou de dossiers médicaux. Leur analyse complémentaire, en permettant de distinguer la rhétorique qui définit l'obésité de celle qui argumente sa prise en charge, permet d'identifier les registres sur lesquels s'appuient les soignants pour élaborer description des symptômes, diagnostics et mise en œuvre des

¹ Desrosières A. (2008), *Pour une sociologie historique de la quantification : l'argument statistique 1*, Paris, Presses des mines.

traitements. Les données ainsi recueillies complètent les éléments qualitatifs obtenus par observation et entretiens semi-directifs pour établir une vision exhaustive des représentations que se font les experts de la pathologie et des patients.

Notons toutefois, que dans un souci éthique de respect de la protection des données, les documents personnels des patients sont évidemment restés dans l'enceinte hospitalière et ne font donc pas l'objet d'une analyse textuelle automatique. La comparaison des classes lexicales s'appuie sur un premier tri opéré lors de la lecture. Certaines occurrences, nous interpellant, soit par leur fréquence, soit par le choix même de vocabulaire ou de formulation, sont relevées systématiquement et contribuent à l'analyse développée dans cette thèse. Afin de limiter les effets de biais de cette méthode d'échantillonnage, les données sont classées par type de document puisque l'ensemble des dossiers médicaux sont composés des mêmes archives : lettre d'adressage, compte-rendu de premier rendez-vous mené au sein du service, consentement de prise en charge, synthèses des interventions spécialisées, comptes-rendus des hospitalisations de jour annuelles. Les données sont ensuite soumises à une analyse de fréquence. En complément, le dépouillement thématique permet d'explorer les spécificités du discours des soignants selon leur spécialité et le moment de leur participation au traitement.

3.3.c) Vérifier la définition publique et locale du problème et de son traitement par les archives médiatiques.

Dès les premiers entretiens, menés avec des acteurs inscrits dans le parcours chirurgical, l'existence d'un documentaire qui traite de l'expérience du réseau local dans ce traitement de la maladie est portée à notre connaissance. Recherches faites, il s'agit en réalité de trois documents dont les références seront tues afin de préserver l'anonymat des protagonistes.

L'observation faite est nécessairement médiée par les choix (de cadrage, de montage) opérés par les réalisateurs. En adéquation avec le discours scientifique, il ne s'agit pas de présenter la chirurgie comme une solution miracle mais comme une étape d'un chemin semé d'obstacles qui exige une alliance indéfectible entre soignants et patients. La stratégie est de mettre en scène, au fil des épisodes, les mêmes acteurs clés qui incarnent ainsi les variations diachroniques et synchroniques du processus. L'analyse de ces documents, associée aux extraits d'entretiens qui y font référence, saisit la rencontre entre dramatisation du phénomène

épidémiologique¹, déplacement du regard médiatique² et appropriation de ces messages par ceux qui découvrent la chirurgie bariatrique, l'existence du dispositif local, puis décident (souvent après de multiples négociations avec eux-mêmes, avec l'entourage) de pousser les portes de l'hôpital, dans un ultime recours. En effet le visionnage de ces documentaires inaugure l'entrée dans les parcours chirurgicaux pour l'ensemble des enquêtés opérés. Que ce soit par initiative personnelle ou sur les conseils d'un proche, regarder ces images apparaît comme un passage obligé. Reste à la sociologue d'identifier les variations du poids de ces logiques d'identifications³ dans l'engagement et le maintien des inscriptions dans le rôle de patients.

Les archives médiatiques analysées sont également constituées des articles de la presse quotidienne locale parus pour publiciser l'activité des deux associations de patients présentes sur le territoire. Leur analyse sémantique permet d'appréhender l'expertise associative comme une construction sociale du fait de la visibilité médiatique que ces acteurs mobilisent mais aussi de par l'argumentaire utilisé. D'un côté, la présentation de l'obésité comme une maladie plus qu'une déviance s'apparente à une tentative de retournement du stigmat. D'un autre, la présentation de la stigmatisation à partir du seul déficit d'estime de soi des personnes obèses contribue à étiqueter leur déviance. Comparer ces discours médiatiques à ceux qui se jouent dans la sphère, plus intime, des interactions associatives permet de discerner s'il s'agit d'une stratégie de communication ou d'une réelle affiliation au discours dominant. Dans le premier cas, pour être dicible au grand public, l'obésité ne pourrait être présentée que comme un risque pour la santé (quitte à prendre le risque de contribuer à la violence symbolique adressée aux acteurs qui ne traitent pas leur surpoids). Dans le second cas il s'agirait de contribuer à la responsabilisation individuelle quant à la maîtrise des destins corporels créant ainsi une distinction entre obèses raisonnables, trahis par la biologie, et obèses intempérants.

IV – Organisation de la démonstration.

La thèse que nous défendrons dans ce travail peut être précisée en ces termes : les négociations de l'ordre des institutions, qui ont vocation à normaliser des pratiques

¹ Le premier volet du documentaire s'ouvre sur une vue panoramique de la ville, qui se resserre sur l'hôpital, pendant qu'une voix *off* annonce « *Aujourd'hui, l'obésité est devenue un problème de santé publique majeur.* ». Le deuxième plan met en scène une personne qui monte sur une balance, le compteur numérique annonce 140 kilos pendant que l'un des chirurgiens déclare : « *D'ici quelques années, il y aura plus de gens en surcharge pondérale et en obésité que de gens en situation normale. Ce qui est effrayant !* ». Problème individuel (peser 140 kilos), problème collectif (nous serons tous concernés), une solution est envisageable puisque la table d'opération fait son entrée dans le champ de la caméra.

² De la culpabilité vers la souffrance, de la déviance vers le handicap, de la fatalité vers la résolution.

³ **Becker H.S. (1985),** *Outsiders. Études de sociologie de la déviance, op. cit.*

pathologiques, dépendent des ressources de chacun des acteurs en présence et des conditions dans lesquelles elles peuvent être valorisées. Il s'agit, ici, d'élargir la théorie de l'ordre négocié aux individualités qui jouent le rôle de normaux, d'entrepreneurs de morale. Les travaux qui traitent de la mise en œuvre de l'imposition normative ont montré que pour les profanes, ceux qu'il faut normaliser, l'univers institutionnel n'est qu'un sous-ensemble¹, la gestion du pathologique et de son traitement se jouant dans d'autres sphères sociales, au prisme de dispositions qui font parfois institution². Nous voudrions compléter cette approche en regardant simultanément du côté de ceux qui sont mandatés pour normaliser. La thèse défendue est alors que ce costume endossé ne fait pas totalement l'expert. Au-delà des segments professionnels³ qui expliquent qu'une même mission peut être pensée et agie de différentes manières, ce sont l'ensemble des arènes de la vie sociale des mandataires (pas seulement celle professionnelle) et donc les ressources qu'elles permettent d'acquérir (passées ou présentes) qui s'invitent dans les négociations, au même titre que celles portées par les bénéficiaires. Le cas du traitement de l'obésité est particulièrement approprié pour montrer les processus à l'œuvre lorsque les raisons et les manières de négocier sont observées simultanément. D'abord parce que le dispositif même d'éducation thérapeutique, ou d'accompagnement à la chirurgie, revendique avec force l'alliance thérapeutique comme condition *sine qua non* à une transformation durable des corps et de leurs usages. Dès lors le contenu objectif de l'activité invite ses protagonistes à dialoguer avec leurs idéaux initiaux (ceux qu'ils ont pour eux-mêmes et ceux qu'ils projettent sur ceux qui constituent l'autre entité de la relation), ceux-ci étant conditionnés autant par les dispositions incorporées individuellement, selon la trajectoire de chacun dans l'espace social, que par les régimes cognitifs façonnés par des appartenances institutionnelles partagées⁴. C'est alors que deux caractéristiques essentielles de l'obésité et de sa prise en charge interviennent. La requalification de l'adiposité en maladie a bien du mal à faire oublier sa définition disqualifiante, dans le sens commun, que les acteurs du traitement ne peuvent ignorer, ne serait-ce que parce qu'il est d'emblée annoncé comme correctif de mauvaises habitudes. Ses thérapeutiques ne soignant pas, elles renforcent l'idée que les « gros » sont responsables de leur état, qu'ils n'en font pas assez, se relâchent trop. Enfin, c'est la structure même de l'« obésologie » qui l'impose comme observatoire pertinent de l'ordre négocié. Destinée à traiter une pathologie où seuls les symptômes mettent tout le monde d'accord, les causes faisant

¹ **Baszanger I. (1986)**, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié. », art. cité.

² **Darmon M. (2010)**, « Des jeunesses singulières. Sociologie de l'ascétisme juvénile », art. cité.

³ **Freidson E. (1984)**, *La profession médicale, op. cit.*

⁴ **Douglas M. (1986)**, *Comment pensent les institutions*, Paris, La découverte.

l'objet de discussions sporadiques, elle n'a finalement pour territoire que des patients à guérir. A sa disposition, ni labellisation d'un traitement efficace, ni juridiction de la discipline, ni titre distinctif. Autant de facteurs qui favorisent l'expression des personnes pour jouer le personnage d'« expert ».

La démonstration est organisée en trois parties, qui renvoient à la fois à un découpage chronologique et problématique. La première partie se consacre à l'analyse des conditions qui structurent les possibles et les impossibles du groupe des « obésologues ». La construction rétrospective des trajectoires des différents spécialistes permet d'interroger les modalités multivariées (individuelles et conjoncturelles) qui rendent possible leur professionnalisation dans la prise en charge de l'obésité. Puisque les recompositions de l'espace médical, articulées aux transformations du regard clinique¹, imposent la pluridisciplinarité comme le moyen de l'action, sont ensuite observées les stratégies mises en place, par les soignants, pour gérer la division du mandat de transformation des corps en plusieurs licences. Partager le travail et le territoire sont autant d'enjeux de pouvoir entre les professionnels qui se distribuent l'encadrement concret des corps. La seconde partie s'intéresse à l'autre versant de la relation thérapeutique : les patients. Puisque leur corpulence se constitue, d'après la grille de lecture communément partagée des symboles corporels, en stigmatisme de la non-maîtrise et du « laisser-aller », il s'agira, dans un premier, de montrer que cette idée reçue ne tient pas lorsque l'on observe l'histoire pondérale de la plupart des femmes qui s'engagent dans ce type de suivi. En réalité c'est plutôt la trahison d'un *ethos* du contrôle par une *hexis* corporelle qui les met sur la voie ultime de l'« obésologie ». Nous montrerons, ensuite, qu'avoir recours à cette médecine engage les patients dans des « carrières obèses » qui dès leurs prémices impliquent de multiples enjeux de négociations (avec leurs pairs, avec le corps médical mais aussi avec eux-mêmes). Enfin, ce sont les recompositions identitaires que les soignants engagent pour faire face à l'inefficacité des traitements qui constituent l'objet de la troisième partie. Dans la mesure où la chirurgie, si elle garantit une perte de poids rapide et massive, voit nombre de résultats devenir rapidement réversibles, pendant que les programmes médicaux sont confrontés à des corps qualifiés comme « résistants à l'amaigrissement », comment font-ils pour négocier (avec eux-mêmes, avec les autres soignants et avec les patients) cette réalité ? Plus précisément, il s'agit d'étudier ce que fait le traitement de l'obésité à ceux qui ne guérissent pas alors que l'objet même de leur travail est de guérir².

¹ Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, op. cit.

² Hardy A.C. (2013), *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet de travail médical*, Rennes, Presses de l'EHESP.

PREMIERE PARTIE :

Entre espoirs et déceptions.

Comment devient-on « obésologue » ?

Comprendre ce que fait le traitement de l'obésité à ceux qui le prescrivent implique de d'abord cerner ce qui initie cette activité professionnelle. En effet, si la prise en charge des corpulences s'est imposée, dans le secteur médical et paramédical, comme une nécessité pour contenir les risques pluriels qui leur sont associés (au point de participer à la visibilité de certaines disciplines¹, à la labellisation de certains programmes² ou encore à la notoriété de certaines figures³), l'« obésologie » ne bénéficie d'aucune assise académique : le titre n'existe pas, il n'est ni un choix de spécialisation pour les apprentis médecins, ni une option dans les programmes des formations des professionnels qui pourtant peuvent être amenés à exercer auprès des publics en surpoids. Alors, quelle place a cette activité dans les carrières des professionnels ?

Deux éléments se dégagent d'emblée lorsque l'on observe la structure socio-démographique des équipes soignantes qui traduisent les normes de la médecine en actes auprès de la patientèle obèse. Les équipes sont majoritairement féminines et constituées de professions paramédicales. En effet, les quatre services observés comptent un nombre total de 32 intervenants dont 28 femmes⁴. En termes de professions, le travail se divise entre quatre médecins (trois nutritionnistes et une psychiatre), trois chirurgiens et 25 paramédicaux. Une analyse plus fine des trajectoires révèle que, sur les 14 soignants qui ont accepté le jeu des entretiens, quatre sont héritières de ressources associées aux franges supérieures des classes moyennes, voire des classes dominantes. Aujourd'hui médecins, psychologue ou diététicienne, elles s'inscrivent dans des trajectoires intergénérationnelles stables ou descendantes. Les ascendants des autres « obésologues » sont moins dotés, leur profession est soit synonyme d'ascension sociale, soit la marque d'une stabilité des classes moyennes.

La forte féminisation des équipes associée au constat, bien établi, de la division sexuée du travail désigne l'« obésologie » comme un métier typiquement féminin. Mais est-ce simplement parce que les socialisations différenciées prédisposent les femmes, autant à être plus sensibles aux problématiques liées à la surcharge pondérale, qu'à importer dans les espaces de travail des qualités « naturellement » acquises dans la sphère privée ? Le principe même de

¹ Référence notamment à ce qui a été dit ci-dessus à propos de la chirurgie bariatrique, de la nutrition et de l'enseignement d'APA.

² Au niveau national, voir le programme Epode : à l'initiative d'une agence *marketing* social, le programme est devenu un label de l'action publique pour valoriser les démarches municipales engagées dans la lutte contre l'obésité. **Bergeron H. et al. (2011)** « Un entrepreneur privé de politique publique. La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé. », art. cité. Au niveau local, les programmes d'éducation thérapeutique adressés aux patients obèses sont autorisés par les ARS.

³ Notamment les nutritionnistes Serge Herzberg et Arnaud Basdevant mais aussi Jean-Philippe Zermati qui est l'un des cofondateurs du GROS.

⁴ Les hommes sont soit chirurgiens, soit enseignants d'APA.

l' « Éducation thérapeutique des patients obèses » où il s'agit d'aider, de soigner, d'éduquer des individus, pensés comme à la fois défaillants et en souffrance, pourrait faire des « obésologues » des figures emblématique du travail féminin et du travail du *care*. Pour autant, la pluridisciplinarité qui est au fondement de l' « obésologie », rapportée à l'échelle de prestige qui structure le champ médical, fait également apparaître que les disciplines initiales des « obésologues » (hommes et femmes), celles qui les identifient sur le marché du travail, sont reléguées à la périphérie de l'excellence médicale. L'hypothèse est alors la suivante : travailler à enrayer une épidémie mondiale (« *un phénomène qui s'inscrit dans la société très fortement* », comme le résume Laure, psychologue) s'impose comme une stratégie de « rétablissement professionnel »¹. En se spécialisant dans le traitement d'une maladie qui n'a pas encore de panacée, ces praticiennes, et leurs rares collègues masculins, tenteraient de se démarquer de leurs positions de dominés. Ajuster leur offre de soin à une demande collective aux consonances d'urgence, serait un espoir pour une position meilleure. Toutefois, cette supposition convoque d'emblée la question du résultat à laquelle est soumise toute médecine. Si les données épidémiologiques assurent d'une patientèle conséquente, comment se construisent les carrières lorsque l'absence de remède perdure ?

L'approche localisée s'avère utile pour saisir, dans le même temps, les carrières individuelles et les configurations sociales dans lesquelles elles s'insèrent. Dans cette perspective, il s'agit d'explorer finement la diversité des trajectoires sociales et professionnelles, et des atouts sociaux détenus, afin de comprendre ce qui dispose à croire au mandat d' « obésologue » comme voie du réenchantement professionnel. Croiser ces données biographiques avec la rhétorique professionnelle (à propos de soi, du travail, des collègues, des patients) et la mise en œuvre de l'activité « obésologique » permet d'analyser les manières dont chacun s'approprie les divisions, verticale et horizontale, du travail. Dans un monde médical où seul le *cure* fait noblesse, le second chapitre s'attache à mesurer l'influence du manque de résultats cliniques sur ce processus de fabrication².

¹ Terminologie empruntée à Françoise Bouchayer lorsqu'elle analyse la pratique de médecines hétérodoxes comme une stratégie des médecins généralistes libéraux pour échapper à un statut professionnel dominé. **Bouchayer F. (1994)**, « Les voies du réenchantement professionnel », in **Aïach P. et Fassin D. (dir.)**, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, pp.201-225.

² Terme emprunté aux sociologues de l'école de Chicago lorsqu'ils analysent le processus qui transforme l'étudiant en médecin en médecin. **Becker H. et al. (1961)**, *Boys in white. Student Culture in medical school*, New Brunswick, Transaction publishers.

CHAPITRE 1 :

Fonctions sociales des assignations de genre et de classe dans la fabrique de l'espoir.

Le double principe de séparation et de hiérarchisation des tâches assignées aux hommes et aux femmes se traduit, sur le marché du travail, par la persistance d'une ségrégation professionnelle qui sépare les métiers selon le genre et où il est attendu de chacun qu'il importe des qualités acquises au cours des socialisations antérieures. Dans le monde médical, ce processus se prolonge d'une activité de soin pluridisciplinaire qui se partage entre le personnel médical et le personnel paramédical. Les seconds étant d'emblée relégués à la périphérie de l'art et de sa noblesse.

Concernant les professions classées par l'INSEE dans le groupe des CPIS (Cadres et professions intellectuelles supérieures), et dont font partie les médecins et psychologues rencontrés, Nathalie Lapeyre et Magalie Robelet¹ mobilisent le concept de « *configuration de genre* ». Elles montrent ainsi que, loin d'annuler les différenciations hommes/femmes, la féminisation de ces professions supérieures s'explique notamment par leurs modes d'exercices diversifiés qui, après des arbitrages complexes, autorisent les femmes à « faire carrière » en articulant vie professionnelle et vie privée. Sophie Pochic², elle, souligne que l'institutionnalisation, aussi bien professionnelle que sociale, du modèle du cadre dévoué à ses responsabilités professionnelles (auquel peuvent être affiliées les médecins qui ont la charge de diriger les services) discrimine, de fait, les femmes qui sont désignées comme prioritairement disponibles aux tâches maternelles et domestiques. Anne Chantal Hardy³ montre, quant à elle, que la pratique de la médecine se féminise puisque la figure du médecin dédié à ses fonctions, sans compter ses heures, est en perte de vitesse indépendamment du genre. Dès lors, pour la part des « obésologues » qui s'inscrivent dans ces fractions supérieures de la hiérarchie sociale,

¹ **Lapeyre N. et Robelet M. (2010)**, « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », in **Bloy Géraldine (dir.)**, *Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 365-378.

² **Pochic S. (2005)**, « Faire carrière : l'apport d'une approche en termes de genre. », *Formation Emploi*, n°91, pp. 75-93.

³ **Hardy A.C. (2005)**, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp. 35-58.

nous étudierons les rapports qu'elles entretiennent à leur appartenance de genre et de classe, l'usage différencié qu'elles font de leur statut aussi bien dans les sphères domestiques que professionnelles. De leurs origines sociales, en passant par les apprentissages que nécessitent leurs licences jusqu'aux usages de leurs mandats, en outre en observant les différentes compositions de leurs structures familiales respectives, comment construisent-elles leurs identités sociales de femmes cliniciennes ?

Aussi spécialisés que soient les différents champs médicaux, constitués autour de la définition et du traitement d'une maladie qui leur est propre, le travail hospitalier s'établit toujours sur une hiérarchisation des attributs professionnels. A ce titre les médecins sont investis de fonctions de management auprès des autres professionnels qu'ils soient subalternes ou paramédicaux. L'« obésologie » n'échappe pas à cette règle, l'ensemble des soignants, dont le prestige est moindre, entretiennent des relations de subordination avec les médecins des services. Dès lors il s'agit de comprendre les manières dont ces acteurs (principalement des femmes) investissent ces différentes fonctions, les coûts et les gains qu'ils retirent de cette assignation, les marges de manœuvre dont ils disposent pour définir le sens de leur travail. Dans la lignée des travaux de Everett Hughes¹, les recherches sociologiques sur les professions subalternes en milieu hospitalier s'intéressent essentiellement aux mécanismes de délégation du sale boulot et à leurs effets sur la construction des identités professionnelles, tant de ceux qui délèguent que de ceux qui sont délégués². En parallèle, les travaux sur les professions paramédicales³ traitent principalement des enjeux de définition de territoire et des stratégies déployées par les différents groupes professionnels pour acquérir la reconnaissance souhaitée. Plus largement, lorsque la sociologie du travail prend pour objet les métiers qui présentent la double caractéristique « d'être au service » et « au féminin », elle montre que si, loin d'être unifiés, les rapports au travail varient selon les ressources sociales et culturelles disponibles⁴,

¹ Hughes E. (1996), « Pour étudier le travail d'infirmière », in Hughes E., *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS, pp. 69-73.

² Arborio A.M. (1995), « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. », *Sciences sociales et santé*, n°13/3, pp. 93-126.

³ A propos des enseignants d'APA, voir Perrin C. (2016), « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en activité physique adaptée dans le monde médical. », art. cité.

⁴ Référence notamment à : Serre D. (2012), « Travail social et rapport aux familles. Les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Féministes*, n°31, pp. 49-64 ; Avril C. (2012), « Ressources et lignes de clivage parmi les aides à domicile. Spécifier une position sociale : quelles opérations de recherche ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°191-192, pp. 86-105 ; Waelli M. et Fache P.(2013), « La régulation de l'emploi dans les hypermarchés français. Stratégies de mobilisation de la main d'œuvre et rapports à l'activité aux caisses », *Revue Travail et emploi*, n°136, pp. 35-47.

les « stratégies de légitimations », elles, sont inhérentes aux conditions d'exécution, particulières à chaque type de travail.¹

Ces éléments invitent à revenir sur les apports de la sociologie qui analyse ces dimensions politiques de la division du travail à la compréhension du processus de la construction de l'identité professionnelle, ses ressorts, ses registres. En quoi, les positions sociales et sexuées de dominés sont un terreau favorable pour faire de la normalisation des corpulences son cœur de métier ? Les constructions rétrospectives des trajectoires professionnelles, rapportées aux différents engagements dans d'autres sphères sociales, permettent à ce chapitre de comprendre comment les assignations de classe et de genre opèrent sur la réceptivité à l'injonction de transformer les corps obèses, au prisme d'une articulation entre vie professionnelle et vie familiale.

I - La blouse blanche au féminin : une expression « naturelle » du care ?

La répartition des hommes et des femmes au sein des équipes locales d' « obésologie » s'organise de la manière suivante. Le service de chirurgie compte trois hommes (tous chirurgiens) sur six professionnels (l'équipe se complète d'une infirmière et d'une diététicienne qui n'ont pas vocation à consulter les patients, mais à coordonner leurs parcours préopératoires, et d'une psychiatre chargée de valider les aptitudes psychiques des candidats à l'opération à en supporter ses effets). Dans les services qui se chargent d'éduquer les malades aux différentes thérapies, sur 26 soignants, un seul homme, il occupe la fonction d'enseignant d'APA. Cette organisation paraît d'emblée conforme à la division sexuée du travail. Aux hommes, le traitement technique des corps, aux femmes une prise en charge hygiénico-éducative qui n'est pas sans faire écho au *care* classiquement pensé comme une qualité « naturellement » féminine. Pendant que les chirurgiens transforment les corps en intervenant sur la mécanique digestive, les autres soignant(e)s écoutent, informent, accompagnent au changement, au travers d'entretiens et d'ateliers qui eux-mêmes sont typiquement féminins puisqu'il s'agit d'observer, d'interpréter et d'éduquer des comportements alimentaires, de mettre les corps en mouvement par une pratique sportive douce et d'amener les patients à se raconter. Cela suffit-il, pour autant,

¹ Dans le cas des assistantes maternelles qui exercent à domicile, Marie Cartier et Marie-Hélène Lechien montrent que ces stratégies de légitimation s'uniformisent, visant ainsi à professionnaliser l'espace domestique afin de réduire le coût de ce triple stigmaté : « être une femme au service qui travaille à domicile ». **Cartier M. et Lechien M.H. (2017)**, « Asseoir sa légitimité professionnelle auprès des parents. Les stratégies de légitimation éducative des assistantes maternelles. », *Revue française des affaires sociales*, n°2, pp. 265-281.

à en déduire que cette activité de soin est l'expression d'un style unique de féminité¹ ? Pour répondre à cette question, d'emblée problématique puisqu'elle suppose que le rôle d'« obésologue » suffit à enserrer toutes les féminités pour n'en façonner qu'une seule, reconstruire les carrières, du choix des disciplines initiales jusqu'au « travail vécu » dans le champ de l'« obésologie » est un outil précieux. Il permet de comprendre le rapport qu'ont ces professionnelles à la blouse blanche. Chemin faisant, il s'agit d'interroger les usages, conformes ou subversifs, que chacune fait de ces assignations de genre.

1.1 Blouse blanche et conformité aux normes de genre.

« Je voulais faire préparateur sportif [...] Tous les entraîneurs, coachs, ils étaient tous très, très masculins donc ils m'ont dit : voilà ça va être très compliqué de trouver un poste. Donc je me suis plus orientée vers le sport santé en me disant ça peut être pas mal d'utiliser le sport pour apprendre aux gens à prendre soin de leur santé. Au départ, je voulais faire kiné mais en stage j'ai compris que c'était les APA qui faisaient ça, plus que les kinés. Ma maître de stage, d'ailleurs elle, elle voulait être prof de sport. Du, coup un parcours un peu similaire. Jamais j'aurais cru que je ferais APA mais c'est l'idéal : l'activité physique, l'enseignement et le médical ! »

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

En partant de l'expérience des professionnels de santé, qui occupent des postes principalement situés dans les classes moyennes du salariat, cette section permet d'appréhender les façons dont la reproduction d'une socialisation genrée participe aux manières d'être et de se penser de ces acteurs qui travaillent dans le soin dédié aux individus obèses. Comme déjà indiqué dans la présentation des matériaux d'enquête, le service de chirurgie est resté clos à toute investigation, excluant de fait trois des quatre figures masculines de l'« obésologie » locale. Toutefois, la présence de l'enseignant d'APA sur le terrain d'enquête demeure une occasion d'interroger les logiques de distinction de genre entre professionnels exerçant un même métier puisque son homologue est une femme. Dans une perspective plus large, comparer les trajectoires, les représentations et les pratiques de cet homme et celles de l'ensemble de ses

¹ Avril C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La dispute.

collègues féminines permet également de rendre compte de la manière dont les individus font usage de leur identité professionnelle d' « obésologue ».

1.1.a) Le genre des disciplines.

La pluridisciplinarité qui s'organise autour de la prise en charge de l'obésité regroupe un total de huit disciplines : chirurgie, endocrinologie, médecine nutritionniste, psychiatrie, diététique, psychologie, activité physique adaptée et science infirmière. Quatre spécialités médicales et quatre spécialités paramédicales, dont la sociologie a déjà montré qu'elles s'inscrivent en figures genrées des pratiques de soins. Ainsi les travaux de Marie Jaisson, Anne-Chantal Hardy et Yann Faure¹, analysant « *les déterminants de la construction sociale des identités médicales* »², montrent que les spécialités où geste technique et mise à distance avec le corps des patients dominant sont plus masculines, tandis que les spécialités caractérisées par le *care* et le contact corporel rencontrent plus d'adhésions féminines. C'est dans cette continuité que cette section observe les manières genrées de choisir une discipline à vocation sanitaire. En saisissant le point de vue des « obésologues » et en restituant l'ensemble des relations sociales dans lesquelles s'opèrent les orientations professionnelles, il s'agit d'observer chacune des disciplines³ comme la mise en scène de rapports genrés à la maladie, à ses porteurs et à son traitement. Dans la lignée d'une sociologie qui regarde comment la formation est un moment crucial de construction des identités professionnelles, il s'agit également d'interroger le rôle de l'institution scolaire dans la fabrication du genre au travail.

Les médecins qui prennent en charge l'obésité, sont spécialisées en nutrition. Choix de professionnalisation qui apparaît d'emblée articulé aux rôles sociaux féminins puisque la division du travail domestique attribue la fonction nourricière aux femmes quelle que soit leur place dans la hiérarchie sociale⁴. Pour les trois médecins rencontrées c'est d'ailleurs l'attrait pour la dénutrition qui préside ce choix. L'essor de ce traitement date de la seconde guerre mondiale suite à l'observation des corps dénutris des populations déportées. A condition que l'appétit soit conservé les médecins proposent une ré-alimentation orale progressive qui respecte des protocoles très strictes afin que la normalisation alimentaire soit assimilable et

¹ Hardy A.C., Faure Y. (2005), « Le choix d'une vie ... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales. », *Etudes DRESS*, n°66, pp. 1-95.

² Jaisson M. (2002), « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, p. 44.

³ Du fait de l'accès restreint au service de chirurgie, cette discipline et la psychiatrie ne seront pas, ici, abordées. Puisqu'une seule des trois médecins interviewées est endocrinologue, cette spécialité ne le sera pas non plus, dans un souci de préservation de l'anonymat de la professionnelle en question.

⁴ Dans les classes dominantes, lorsque la phase pratique de la fonction est déléguée c'est bien souvent à une femme et organisé par la maîtresse de maison.

produise l'effet escompté : une normalisation corporelle et métabolique qui garantisse une amélioration de l'état de santé général. Forte de cette expérience dans le traitement de la cachexie¹, la renutrition s'adresse progressivement à des patients qui, soit refusent de s'alimenter, soit sont dans l'incapacité physique de le faire. Aujourd'hui, cette prise en charge s'adresse à une patientèle variée et s'exerce au sein d'une multitude de services. Ainsi, au cours de leurs trajectoires professionnelles, les trois médecins exercent cette spécialité auprès de patientèles anorexiques, en grand âge, psychiatisées ou atteintes de cancers en phase terminale. Dans tous les cas, la force symbolique de l'acte de nourrir un individu en incapacité de le faire de manière autonome est en totale adéquation avec l'image de la mère, à qui il incombe la responsabilité biologique et sociale d'assurer une alimentation propice au bon développement des enfants. D'ailleurs, dans le cas des individus où l'alimentation naturelle n'est plus possible, la pose d'une perfusion est appelée « *alimentation parentale* ». Même si cette fonction maternelle n'est pas identifiée, par ces trois interviewées, comme variable explicative de leurs choix professionnels, l'importance de la renutrition est au cœur des discours et des carrières : deux d'entre-elles maintiennent cette activité en parallèle de la prise en charge de l'obésité, la troisième propose une analyse synthétique de son parcours en des termes qui montrent que son identité professionnelle de spécialiste en nutrition est en tension entre favoriser ou contenir l'alimentation² :

Donc en fait moi j'ai commencé et j'ai créé le service de nutrition du centre anti-cancéreux de [...]. Donc j'ai commencé à réalimenter les patients et je vais finir ma vie en dénutrissant les patients ! C'est horrible ! [rires]

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Autre point commun dans les étapes clés des trajectoires de ces trois médecins : toutes ont intégré des services EDN³ par la voie de la diabétologie. Cette discipline s'inscrit, dans le champ médical, à la corrélation entre l'explosion démographique des femmes médecins et l'avènement de l'éducation thérapeutique⁴ comme outil de régulation des maladies chroniques puisque la responsabilisation des patients, dans la gestion de leur taux de glycémie, s'impose dès les années 80. Le traitement de l'obésité, lui, ne fait son entrée qu'une vingtaine d'années plus tard, lorsque les carrières des trois médecins se formalisent.

¹ Affaiblissement extrême de l'organisme lié à une dénutrition importante.

² Nous reviendrons à plusieurs reprises sur cet aspect.

³ Endocrinologie, nutrition, diabétologie.

⁴ La prochaine sous-partie appréhende l'éducation thérapeutique comme pratique professionnelle principalement féminine.

Mais l'analyse du discours de deux de ces trois médecins permet également d'atténuer les représentations sociales associées aux pratiques sexuées de la médecine. Finalement, seule la trajectoire d'Angélique (35 ans, obésologue depuis 6 ans) montre à quel point la professionnalisation par la voie d'un DESC¹ de nutrition est à la fois le produit et productrice d'une socialisation genrée traditionnelle. Fille d'une infirmière et d'un chercheur en biologie, son goût pour la médecine se développe autour d'un idéal qui sublime le *care* et qu'elle résume ainsi : « *c'est la relation médecin-patient quasiment qui est traitante* ». Pour son internat, elle choisit de se spécialiser en médecine générale qui, depuis la réforme de l'enseignement médical de 1982, n'a de cesse de se féminiser. En 2017, les femmes représentent 62,1%² des étudiants qui font le choix de cette spécialité à l'issue des dernières épreuves classantes nationales informatisées (ECNi). Anne Chantal Hardy montre que ce processus s'est produit en deux temps : tout d'abord la suppression, de l'enseignement médical, de filières typiquement féminines qui a eu pour effet « *une arrivée massive des femmes en médecine générale* »³ ; puis une féminisation de l'intérieur de la pratique du métier puisque ces omnipraticiennes ont trouvé le moyen d'harmoniser l'exercice de cette médecine et vie familiale : elles « *travaillent en groupe, font peu de visites, prennent un jour de congé par semaine.* »⁴ A l'issue de sa formation, Angélique opte pour une carrière hospitalière qu'elle initie en médecine interne. Ce choix répond à ses critères d'alors : travailler en équipe et s'essayer à une pluralité de pratiques (« *y'avait de la diabétologie, médecine interne, pneumologie* »). Ce premier poste lui donne l'occasion d'assurer des suivis de diabète gestationnel sous le mentorat d'une endocrinologue⁵ qui décèle chez elle un attrait pour l'éducation thérapeutique et la nutrition. Forte de cet aval de la part d'une femme médecin expérimentée à laquelle elle s'identifie, elle se spécialise en nutrition. Le poste qui lui est proposé, pour effectuer cette formation complémentaire, est d'emblée associé à la mise en œuvre du programme d'éducation thérapeutique des patients obèses du service C. Aujourd'hui, son mi-temps se partage entre les services C et A. Dans le

¹ Diplôme d'études spécialisées complémentaires.

² <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/internat-les-specialites-que-les-femmes-preferent-celles-que-les-hommes-fuient>

³ Hardy A.C. (2005), « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », art. cité, p.42.

⁴ *Ibid*, p.54

⁵ Majoritairement exercée par des femmes, la spécialité arrive au quatrième rang des choix de spécialisation des étudiantes pour l'entrée en 3ème cycle (source : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/internat-les-specialites-que-les-femmes-preferent-celles-que-les-hommes-fuient>). Pensée comme multi-disciplinaire, la féminisation de la spécialité (à l'instar de ce que montrent les auteurs du document de travail qui analyse les choix des étudiants en médecine à propos de la dermatologie) s'explique principalement par le mode d'exercice : « alliance d'une médecine et de petits actes chirurgicaux, d'une clientèle variée, de pathologies très diverses ». Hardy A.C., Faure Y. (2005), « Le choix d'une vie ... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales. », art. cité.

premier service, elle coordonne les programmes adressés à la fois aux patients obèses mais aussi aux personnes âgées. Auprès des patients obèses, elle y assure aussi entretiens de suivi et ateliers. Au sein du service A, elle se consacre aux consultations. Cette situation, depuis qu'elle est mère, lui permet d'articuler vie familiale et vie professionnelle. En plus de pouvoir consacrer du temps à ses autres rôles sociaux de femme, elle considère qu'être nutritionniste au sein des services « obésologiques » est une manière idéale de manipuler ses savoirs « psys ». Ceux-ci sont utiles pour faire alliance avec des patients à qui elle n'a pas d'autre traitement à proposer que son empathie :

Pour moi, le médecin nutritionniste il est pas pour prescrire des choses mais pour susciter le changement. C'est une manière d'être et un savoir-être qui sera le traitement. C'est une attitude du médecin, l'échange en lui-même, donc on se rapproche peut-être, hein, d'une prise en charge psychologique où c'est la parole, le lien qui va traiter.

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Son goût pour l'écoute et l'attention au mal-être des autres sont tout aussi féconds pour la mise en œuvre de ses fonctions d'organisation de la prise en charge et de régulation d'équipe, notamment lorsqu'il s'agit de résoudre des situations de tension :

On des, ce qu'on appelle staff, des réunions d'équipe où on va parler de notre fonctionnement et c'est l'occasion que les professionnels puissent exprimer leurs difficultés, des difficultés de planning. Ça demande beaucoup d'écoute, de concentration, c'est un savoir-être donc il faut être ... voilà ça nécessite beaucoup d'énergie, notamment quand on a eu des difficultés par rapport aux différences de discours entre les professionnels sur la prise en charge, des façons de voir la prise en charge un peu différentes.

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

A côté de la nutrition, la diététique est une discipline socialement construite comme le lieu d'expression d'une féminité conforme aux représentations doxiques du genre. Indépendamment du terrain de recherche, la profession est d'ailleurs majoritairement féminine¹. Le premier constat est que la diététique comme projet de carrière professionnelle ne s'inscrit pas nécessairement dans une projection exclusive ni même privilégiée. En fait deux profils se distinguent : d'un côté des professionnelles qui affirment que ce choix d'orientation s'ancre de longue date dans leur trajectoire, celles qui ont « *toujours voulu être diététiciennes* » ; de l'autre, celles qui ont découvert la discipline plus tardivement, suite à une

¹ Le rapport de la DRESS sur les professions de santé établit qu'en 2013, les femmes représentent 94,6% de la profession. **Sicart D. (2013)**, « Les professions de santé », *Document de travail*, DRESS, n°183.

première déception professionnelle ou encore au gré de portes-ouvertes des centres de formation. Ce rapport initial différencié à la profession est d'ailleurs un déterminant majeur des manières d'appréhender le métier, tant dans les représentations que dans les pratiques.

Les parcours professionnels des premières se ponctuent de stratégies pour renforcer leur expertise en diététique (soit par le biais de formations complémentaires qui articulent alimentation et santé, soit par la diversification des patientèles dans l'objectif d'améliorer leurs connaissances scientifiques en les confrontant à une pluralité de pathologies). La question de l'équilibre alimentaire est alors centrale aussi bien dans les discours que dans les motivations à exercer en qualité de diététicienne. La trajectoire de Florence (38 ans, obésologue depuis 8 ans) est assez emblématique de cette vision « enchantée » de l'alimentation comme condition nécessaire pour avoir un corps sain, c'est-à-dire mince et en bonne santé :

Encadré 3 : Carrière de diététicienne : s'engager pour assainir.

Florence explique que sa préoccupation pour son alimentation date de la petite enfance. Dans un premier temps celle-ci se construit autour d'un dégoût progressif pour la viande puisqu'il s'agit à la fois de manger des animaux mais aussi de participer à leur mise à mort. Face au conflit quotidien qui s'installe lors des repas, sa mère accepte qu'elle supprime l'alimentation carnée à condition que son apport en protéines soit assuré.

Donc à 11 ans j'ai dit : c'est fini les conflits, c'est plus la peine d'essayer de m'en donner. Et ma maman a eu, je pense, une très bonne attitude, m'a dit : tiens, hop ! Elle m'a filé un bouquin de diététique, elle m'a dit : on élimine pas une catégorie comme ça, t'équilibre et puis tu fais tes repas, tu viendras faire les courses, moi je veux pas faire deux trucs. Et je me suis dépatouillée avec ça, j'ai pris mon autonomie pour m'organiser. Et puis ça m'a beaucoup intéressée d'apprendre ce qu'il y avait dans les aliments, comment ça marche, ce qu'il fallait manger pour être en bonne santé, les recettes, parce que j'adore faire la cuisine.

[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]

Cette initiation autodidacte aux fondements de la diététique, comme science de la régulation de l'alimentation-santé, se transforme en projet professionnel. Renseignements pris, malgré son goût pour les matières littéraires, elle opte pour un Bac S. BTS de diététique en poche, elle débute sa carrière par plusieurs remplacements dans différents hôpitaux locaux et services (psychiatrie et soins de suite) qu'elle double de missions de prévention en milieu scolaire. Dans un contexte de marché du travail en tension, elle participe, en qualité de prospectrice, à l'enquête nationale d'épidémiologie nutritionnelle. Autant d'expériences qui renforcent sa vision quasi géométrique de l'alimentation où les denrées sont pensées comme des nutriments garants du fonctionnement métabolique et physiologique des corps ; pendant que sa mission est lue comme la nécessaire éducation au bon usage de ceux-ci par des patients (toutes pathologies confondues) dont les symptômes peuvent être contenus par ce biais. Titularisée au sein du service A depuis 2008, sa mission principale est de préparer les patients à la chirurgie bariatrique. Titulaire d'un DU d'éducation thérapeutique, elle complète son temps en intervenant auprès des patientèles envers lesquelles elle considère pouvoir (et devoir) mettre en œuvre sa mission d'assainissement des pratiques alimentaires (pédiatrie, pneumologie et médecine du sport).

La trajectoire de Florence, tout comme celle de sa collègue, Mélanie (45 ans, obésologue depuis 13 ans) qui voit également dans la profession de diététicienne l'accomplissement d'une

vocation, montrent bien que la fabrication¹ de ces diététiciennes articule dispositions acquises et socialisation professionnelle. Processus au cours duquel elles acquièrent un « regard diététique » qui, non seulement, transforme la perception qu'elles ont d'elles-mêmes, des patients et de leurs maladies, mais qui s'ajuste aux manières féminines d'être, d'agir, de penser l'alimentation, aussi bien pour elles-mêmes que pour les autres. Si la sociologie a déjà montré que l'éducation alimentaire est traditionnellement une tâche domestique qui incombe aux femmes pendant que sa mise en pratique varie selon les milieux sociaux (les variations allant de nourrir pour combler, à nourrir pour mettre en forme, aux deux extrêmes de l'échelle sociale), la carrière en diététique en fait une tâche professionnelle où il s'agit d'éduquer pour équilibrer. Équilibre naturel bien-sûr (au sens de biologique) où les apports doivent être en adéquation avec les besoins ; mais aussi équilibre culturel puisqu'il s'agit d'apprendre à trouver la juste mesure entre « *substance nourissante* » et « *ascèse électorale* »². Ces pratiques de transmission des « *normes du bien manger* », socialement construites comme genrées, s'élèvent en véritable « *ethos du travail* »³ pour celles qui choisissent d'en faire leur métier. Diffuser ces normes en dehors de leurs propres sphères familiales c'est pénétrer les espaces domestiques de patients éduqués par leurs soins puisqu'ils ont la charge d'appliquer ces nouvelles compétences lorsqu'ils réintègrent leurs propres espaces privés. Pour ces deux professionnelles, ce choix est ainsi conditionné par des dispositions à incorporer les normes en vigueur qui définissent la diététique comme une condition du maintien ou de l'amélioration de l'état de santé. Puis ce choix se concrétise, par le jeu de la socialisation professionnelle, en une croyance qui façonne leurs manières de concevoir leurs missions : éduquer ceux qui ne savent pas. Elles considèrent d'ailleurs que ces missions de transmission ne doivent pas s'arrêter aux seuls patients. Il leur incombe aussi de participer à la formation des futurs professionnels qu'ils soient généralistes (aides médico-psychologiques, aides-soignants) ou spécialistes (diététiciennes) et d'initier les plus jeunes en intervenant dans les structures scolaires ou associatives. Dans les deux cas il

¹ La licence, qu'elle soit un BTS ou DUT, sépare la future experte en diététique des profanes par le biais d'un apprentissage pour voir la nutrition comme une science et penser la maladie comme le symptôme de mauvaises habitudes alimentaires qu'il lui incombe de corriger. C'est par le maintien dans cette carrière, au travers des interactions qui s'y jouent, qu'elle s'identifie à son rôle professionnel. **Becker H. et al. (1961)**, *Boys in white. Student Culture in medical school*, op. cit.

² Termes empruntés à Pierre Bourdieu lorsqu'il définit les variations sociales des pratiques alimentaires, elles-mêmes en adéquation avec des perceptions différentes du corps. **Bourdieu P. (1979)**, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, op. cit.

³ « Ensemble des valeurs, attitudes et croyances relatives au travail qui induisent une manière de vivre son travail au quotidien ». **Mercure D., Vultur M. (2010)**, *La signification du travail : nouveau modèle productif et ethos du travail au Québec*, Québec, Presses de l'université Laval, p.6.

s'agit de diffuser à grande échelle le message de la diététique garante de la prévention sanitaire collective et du bien-être individuel.

Toutefois, cette mission de sanitarisation ne fait pas l'unanimité. Le rapport à la profession est tout à fait différent pour deux autres des diététiciennes rencontrées. Nous l'avons dit, la pratique même du métier n'est pas d'emblée une évidence. La remobilisation de dispositions acquises à considérer les aliments comme des nutriments (autrement dit comme outils prescriptifs et préventifs de la santé) ne l'est pas non plus. Pour elles, la diététique est un second choix. Le projet professionnel initial de Julie (35 ans, obésologue depuis 11 ans) était de devenir clerc de notaire, Vinciane (32 ans, obésologue depuis 5 ans), elle, s'envisageait esthéticienne. Ces modes différenciés d'entrée dans la carrière se traduisent par des variations d'identifications à la profession.

Contrairement à leurs deux collègues, leur goût professionnel pour la diététique ne se double pas d'un goût domestique pour la cuisine. L'alimentation est ainsi cloisonnée en deux sphères distinctes : d'un côté la sphère privée, profane, où l'acte de manger, pour soi, répond à une « *norme implicite qui va de soi et à laquelle on se conforme sans y penser* »¹ ; de l'autre la sphère publique, experte où, l'acte de conseiller, aux autres, s'envisage comme un guidage de ceux dont la normalité est trahie par la pathologie.

Cette représentation de leur activité ne les contraint pas à multiplier les expériences, à confronter leurs savoirs et leurs pratiques auprès de patientèles diverses, ni même à accumuler des connaissances en nutrition. Le plan de carrière en est différent. L'objectif n'est pas d'acquérir une expertise diététique, plutôt de se spécialiser dans la connaissance d'une patientèle particulière afin de parfaire un accompagnement pensé comme nécessairement « systémique »², ce qui finalement les rapproche des manières d'agir et de penser des assistantes sociales. Plus que prescriptive, leur mission auprès des patients cherche à être compréhensive : plus que normaliser les pratiques alimentaires au nom de préceptes scientifiques qui répondent à une nécessité biologique, il s'agit de comprendre « *comment on peut en arriver là* ». La centralité absolue des apports nutritionnels devient relative et fait place à la centralité des comportements eux-mêmes produits d'invariants sociaux :

¹ Grignon C. (2015), « *Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ? Le cas de l'obésité.* », p.4. https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20150127_grignon.pdf

² Impulsée par les apports de la linguistique française du XIX^{ème} siècle, la systémie prend son essor comme outil thérapeutique aux États-Unis dans les années 50, au sein de l'école de Palo Alto. Même si elle n'est pas toujours clairement identifiée par les travailleurs sociaux, cette approche conceptuelle et pragmatique oriente les pratiques du secteur social en France. Concrètement, sa mise en œuvre la plus courante s'appuie sur l'anamnèse des usagers, il s'agit de les considérer comme faisant partie d'un tout, le travail d'accompagnement (de normalisation) s'élargit alors au groupe familial.

Plutôt des gens socialement défavorisés, parfois extrêmement défavorisés et du coup, moi j'ai plein de patients en chirurgie, enfin quand ils sont dans une démarche de chirurgie bariatrique, mais qui dépendent des aides alimentaires. Et du coup assez régulièrement, avec certains patients, je fais du social, je fais de la gestion de budget.

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Pour ces professionnelles, la diététique n'est finalement qu'un prétexte pour accompagner, dans leur quotidien, les patients qui leur sont adressés. Dans l'extrait ci-dessus, il s'agit de normaliser la gestion du budget de ceux dont la précarité économique est le résultat et la cause d'un déséquilibre de la part des dépenses accordées à l'alimentation. En fonction du travail biographique effectué lors des entretiens de consultations, leurs recommandations peuvent s'étendre à l'ensemble des pratiques, domestiques et professionnelles : comment organiser le repas familial pour qu'il soit conforme aux normes en vigueur, comment se positionner face à des enfants qui résistent à la diversification alimentaire, comment réguler une relation conjugale asymétrique, comment faire des choix sur une carte au restaurant, comment rythmer temps sociaux et temps pour soi, comment allier horaires de travail contraignants et équilibre biologique, comment négocier avec son employeur les exigences d'une prise en charge en éducation thérapeutique, ... Aussi variée soit la liste des préconisations, elles sont à la fois autant d'incursions dans la vie globale des patients, que de préoccupations en adéquation avec les stéréotypes de genre.

Plus encore que d'être des dispositions sexuées à la pratique du métier, certaines des convictions de ces deux professionnelles, même si elles ne sont pas revendiquées comme telles, peuvent être affiliées à des engagements féministes. La construction rétrospective de l'identité professionnelle de Julie s'articule autour de la lutte qu'elle entend mener justement contre la diététique comme outil d'esthétisation des corps :

Parce qu'on leur vend pas le même rêve que ... Enfin, moi je l'explique comme ça, c'est-à-dire qu'à la télé ou dans les magazines, on va avoir le régime qui fait perdre 5 kilos en moins de 3 mois. La société suggère qu'on n'est pas assez mince mais même quand on fait un poids normal, on nous suggère encore qu'on n'est pas assez mince, hein ! Les magazines féminins c'est bien ça ! Et trois mois avant l'été ils y mettent la dose !

Ben l'erreur finalement, de dire, prodiguer la bonne parole quoi ! Enfin c'est un peu comme ça, je pense, qu'on sort toutes de l'école. moi j'ai eu mon BTS ça fait 15 ans mais quand je vois les diets qui sortent, je crois qu'on est toujours un peu dans le même vision.

On en a quand même beaucoup ! Qui ne perdent pas de poids alors qu'ils font, entre guillemets, une grande partie de ce qu'il faut ! Et c'est particulièrement injuste ! Là-dessus, le poids, c'est injuste, c'est clair !

J'aime bien surtout, en fait, c'est qu'on ... où il y a plein d'idées reçues, entre guillemets, qui resurgissent en fait ! « Ah ben oui mais je croyais ça. » ou « j'ai entendu ci » ou machin là. Et là effectivement on vient leur expliquer, enfin, remettre des mots sur tout ce qu'elles peuvent entendre et essayer d'éclaircir les choses et que ce soit entendu de tous.

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Que ce soit contre les régimes ou contre les pratiques de certaines collègues, elle investit la place laissée dans un espace où il s'agit de faire maigrir : lutter contre le message d'une diététique qui serait soumise aux *diktats* des normes de minceur.

Quant à la description, par sa collègue, des interactions qui se jouent lors des entretiens individuels, elle s'arrête, à plusieurs reprises, sur la situation de patientes décrites comme soumises, au sein de leur couple, à une domination masculine excessive :

Ce que j'ai découvert, en faisant cette activité-là c'est que quand-même y'a quelques fois des choses qui sont pas claires au niveau du couple et notamment des hommes qui ont un bénéfice à ce que leurs femmes soient en obésité, qu'il faut surtout pas aller ... Et puis quand la dame va faire attention ils vont leur mettre sous le nez l'aliment préféré, tous les jours, en surexposition !

Q : Comment vous le comprenez, vous, ça ? C'est quoi votre lecture ?

R : Mon ressenti à moi ?

Q : Oui ce que vous en pensez.

R : Euh ... les cas où ça a pu arriver c'est que c'est l'homme qui ... y'a une relation dans ces couples où c'est la mainmise et qu'ils préfèrent ... enfin ce besoin d'avoir sa chose, cette femme tant pis si elle a plus un aspect de femme mais au moins c'est la leur, quoi !

D'ailleurs ça m'a choqué, hein, les premières fois que j'ai vu à quel point ça pouvait aller, des fois ! Ça peut être à la limite de la perversité. Honnêtement, voilà ... on est en 2016 !

Mais au moins je me dis, elles ont cet espace-là, où on s'occupe d'elles, de leurs problèmes de poids, où même si ça les solutionne pas, au moins elles ont un espace pour en parler. On fait des entretiens border-psy, on va dire hein ! Plus d'une fois ! Se dire dans cette situation-là, qu'est-ce qui est bien de dire et surtout qu'est-ce qui est bien de pas dire ! Enfin vous pouvez très bien dire à quelqu'un : « Faut pas grignoter ! » Mais enfin ça ... encore une fois, on ... C'est le chat qui se mord la queue, quoi ! Elle le sait la dame qu'il faut pas qu'elle grignote mais il faut savoir pourquoi elle grignote, voilà !

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

A l'instar de sa collègue, Vinciane, en mobilisant l'espace de l'auscultation, tente de résoudre, ou du moins de souligner l'anormalité, des problèmes concrets vécus au quotidien par les patientes bien au-delà de ses compétences en diététique. Pour ces deux femmes, qui s'adressent principalement à des femmes, il s'agit de faire preuve de pragmatisme (inhérent aux conseils qui visent à transformer les pratiques du quotidien) pour tenter d'impulser un regard nouveau sur les rapports sociaux de genre au sein de la sphère domestique : guider des patientes dominées (parce que femmes, parce qu'issues des classes populaires, parce que corpulentes) pour faire la part entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Ne pas s'engager dans un suivi diététique pour répondre aux *diktats* masculins mais pour prendre soin de soi, de sa santé, pour soi ; ne pas se laisser dévier de ses objectifs par un conjoint qui y voit une tentative d'émancipation, sont autant de valeurs en adéquation avec ce que Eve Meuret-Campfort nomme le « *féminisme silencieux* »¹. Sans investir la sphère publique, ni même en nommant leurs actes comme un engagement féministe, ces professionnelles subvertissent en partie leur rôle de diététicienne, en travaillant plus à une normalisation de la féminité (pensée comme une attention à soi) qu'à une sanitarisation de l'alimentation.

Malgré ces écarts de représentations et pratiques de la profession, la motivation est commune aux quatre enquêtées : la diététique est outil du *care*. Que celui-ci soit pensé en apports nutritifs ou en accompagnement social, c'est bien prendre soin de l'autre qui préside le choix de la discipline. En cela, elles illustrent ce que la sociologie a déjà dit des professions médicales et qui a été décrit, plus haut, à propos des médecins de la nutrition. Diététiciennes, elles sont classées dans le secteur paramédical, dont le développement est en adéquation avec la féminisation et la tertiarisation du marché du travail. Ainsi, à l'exception des professions où la technicité manuelle domine (kinésithérapie, ostéopathie, etc...), les femmes y ont toujours été majoritaires sur un principe de division sexuelle du travail : aux hommes la science et la technique (activités médicales), aux femmes le relationnel et le soin (activités paramédicales). L'analyse du discours des quatre diététiciennes montre une réelle incorporation de ce système. Toutes déclarent vouloir exercer dans le domaine de la santé, sans avoir envisagé d'autres voies d'accès que le paramédical. Agées de 29 à 45 ans, et malgré une formation bachelière scientifique², l'accès au secteur de la santé n'est pas envisageable par la voie de la médecine.

¹ Meuret-Campfort E. (2014), *Des ouvrières en lutte. Mondes populaires et genre du syndicalisme dans un secteur d'emploi « féminin »*. Le cas de l'usine Chantelle à Nantes (1966-2005), thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de Collovald A., université de Nantes, p.324.

² Au moment de la campagne d'entretiens nous n'avons pas eu la pertinence sociologique d'interroger les enquêtées sur les modalités d'obtention de ces Bac S (ou C), ce qui aurait pu être un indicateur supplémentaire du rapport illégitime à des études de médecines.

Choisir de devenir diététicienne, c'est choisir de participer à l'activité de soin en mobilisant leurs compétences liées au savoir-être (l'écoute, la curiosité, l'empathie, etc.) pour façonner des savoir-faire chez l'autre (manger équilibré, gérer un budget, etc. ...). Processus en adéquation à la fois avec des mécanismes classés comme féminins (voire maternels) et la mécanique même du *care*, comme activité du prendre soin, où il s'agit de communiquer, d'enseigner pour que le patient (ici considéré comme mal nutri pour des raisons d'incompétences soit scientifiques - méconnaissance du métabolisme et des nutriments -, soit culturelles et sociales - conséquence d'un positionnement défavorisé dans la hiérarchie des classes) recouvre une certaine autonomie.

La seconde spécialité paramédicale qui intervient dans la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité est l'activité physique adaptée. En termes de genre, elle se distingue des autres professions à l'œuvre sur le terrain d'enquête puisqu'elle est la seule à être mixte¹. L'analyse comparée des trajectoires devient une ressource indispensable pour enrichir une approche sociologique des rapports différenciés selon le genre au rôle d'« obésologue » en général, à celui d'enseignant d'APA en particulier.

Pour les deux professionnels rencontrés le choix de se spécialiser dans la filière santé n'intervient qu'à l'entrée en Master.

La première, cavalière de haut niveau blessée au genou en fin de terminale, transforme son projet de faire carrière dans la compétition équestre en entrant en STAPS avec l'objectif de devenir préparatrice physique. Elle opte pour une licence « entraînement sportif »². Ses stages, dans plusieurs disciplines sportives de haut niveau (rugby, hand-ball, hockey sur glace, golf) la confrontent à une forte ségrégation professionnelle où il devient rapidement impossible de s'envisager *coach* dans des espaces exclusivement masculins, non seulement parce que les sports choisis sont anthropologiquement marqués comme virils, mais aussi parce que la fonction est associée à des techniques du corps qui la « classent de fait dans une filiation masculine »³. Autant de raisons pour que cette jeune femme se sente illégitime face à des maîtres de stages qui s'inscrivent en gardiens de ce que Christian Pociello⁴ nomme « *les conservatoires des vertus masculines* » :

¹ Parmi les filières proposées en STAPS, l'Activité Physique Adaptée-Santé (APA-S) est celle où l'on compte le plus de femmes puisqu'elles représentent 45% des étudiants alors qu'elles représentent un tiers des effectifs totaux de la discipline. Source : **Delignières D. (2017)**, « Filles et garçons en STAPS. », *Revue EP&S*, n°374.

² Filière principalement masculine puisque les femmes ne représentent que 20% de ces étudiants. Source : **Delignières D. (2017)**, *Ibid.*

³ **Le Hénaff Y. et al. (2008)**, « Hématomes, éraflures, cicatrices. Les marques corporelles (involontaires ?) comme métis du rugby. », *Revue du MAUSS*, n°32, p.553.

⁴ **Pociello C. (1997)**, *Le Rugby ou la guerre des styles*, Paris, Métailié.

Ben le gros problème c'est que c'était pas dans ma spécialité à moi donc du coup à chaque fois que je venais : ben oui mais vous êtes pas spécialiste. Et le deuxième problème c'est que j'étais une fille. Ça c'est un gros problème parce que du coup c'est beaucoup un milieu masculin, tous les entraîneurs, coachs, ils étaient tous très, très masculins donc ils m'ont dit : voilà ça va être très compliqué de trouver un poste.

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Après ce second revers, elle opte pour une formation de kinésithérapeute mais échoue au concours. Le Master APA-S lui paraît alors le meilleur compromis pour allier ses dispositions sportives et son nouveau goût par une activité de soin.

Le second enseignant d'APA interviewé (fils d'un instituteur et d'une professeure d'EPS), lui, entre en STAPS avec pour projet de devenir enseignant d'éducation physique et sportive. Il choisit la licence « éducation et motricité »¹ puis change de voie pour son Master après avoir opéré un compromis entre ses aspirations initiales (en adéquation avec le modèle parental), les perspectives de débouchés à l'issue de son cursus universitaire et les représentations qu'il se fait des attendus académiques d'un master « Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation » (MEEF) dispensé à l'ESPE (École Supérieure du Professorat et de l'Éducation) :

Au départ, moi je voulais être prof d'EPS, au tout début et puis après j'ai senti que c'était un petit peu bouché ou un petit peu plus difficile. Et ça m'intéressait pas mal de partir dans la santé, quand-même.

[Mathieu, 26 ans, enseignant d'APA, obésologue depuis 3 ans]

Pour les deux enseignants d'APA rencontrés, la spécialisation en santé résulte de négociations entre l'espoir de faire fructifier leur capital corporel, leur goût pour la transmission d'une culture sportive légitime et l'estimation réaliste de pouvoir réinvestir ces compétences dans l'exercice de leur future profession. L'éducation à la santé s'avère d'avantage être un choix pratique que la concrétisation d'une vocation initiale : il s'agit de rendre acceptables les contre-performances sportives (féminines) ou scolaires (masculines) dans un secteur de professionnalisation où la division sexuée du travail domine (aux femmes, les métiers du *care*, aux hommes, ceux de la performance). La jeune femme se rabat vers la filière qui lui est assignée tandis que son collègue masculin se professionnalise dans le secteur le plus paritaire. Ces entrées différenciées dans la carrière influencent en plusieurs points les manières d'être,

¹ Les hommes représentent 70% de cette filière. Source : **Delignières D. (2017)**, « Filles et garçons en STAPS. », art. cité.

d'agir, de se penser enseignant d'APA, celles d'être pensé comme tel par les autres professionnels et la patientèle.

Les deux interviewés insistent de manière récurrente, sur la nature exacte de leur activité, à savoir enseigner l'activité physique adaptée. Cette revendication commune prend toutefois des nuances différentes d'un professionnel à l'autre, selon le public à qui elle est adressée. En effet, si la jeune femme est intransigeante sur son statut d'enseignante, son collègue masculin se laisse facilement attirer un rôle de *coach* par les patients. Pendant qu'Alexandra est convaincue qu'il est indispensable de se démarquer du milieu sportif pour ne pas intimider des patients souvent éloignés de la pratique sportive et valoriser ses compétences pédagogiques, acquises pendant la formation et perfectionnées par la pratique, Mathieu laisse les frontières se brouiller plus facilement entre secteur médical et secteur sportif. Ce rapport différencié au titre, dans la relation à la patientèle, se concrétise dans les pratiques professionnelles, qui sont autant de manifestations des rapports genrés à la discipline. Ainsi, à partir d'un tronc commun d'activité physique adaptée, leurs mises en scène varient considérablement. Le jeune homme, en complément des exercices de gymnastique proposés en ateliers, où les outils principaux sont des haltères, organise régulièrement des séances de rameur, au club d'aviron, pour les patients les plus performants. Dans les deux cas, il s'agit avant tout de travailler la masse musculaire. Lors des ateliers de gymnastique animés par sa collègue féminine, les ustensiles phares sont les plots de parcours de motricité et les ballons de gymnastique. Les objectifs sont ici de favoriser la mobilité et de remodeler les silhouettes. Une même licence, un même mandat mais deux façons d'en faire usage qui sont en parfaite harmonie avec les assignations sexuées des usages des corps. Cette mise en scène des rapports sociaux de genre ne s'arrête pas à ce rapport différencié à l'éducation à la santé, où le signe d'une amélioration métabolique serait la force de résister à une perte de poids massive pour Mathieu, la mise en forme des corpulences pour Alexandra. L'observation des salles d'activité est, à ce titre, éclairante. Côté masculin, une salle austère (qui d'ailleurs sert à tous les ateliers) : carrelage blanc, murs blancs agrémentés de quelques affiches jaunies, typiques de l'imagerie de la diététique (pyramide alimentaire, notamment) et d'un tableau blanc. En complément des haltères que l'enseignant apporte à chaque fois, des chaises caractéristiques des salles de classes servent aux patients pour soit prendre appui, soit effectuer les exercices assis. Côté féminin, une salle dédiée, sur parquet flottant, murs alternant couleurs chaudes et baies vitrées. A disposition, vélos de *fitness*, *gym ball* et tapis de sol qui se déclinent en de multiples couleurs vives. Les écarts d'architectures et de matériels sont bien sûr à mettre en lien avec des écarts

d'investissements d'un service à l'autre et des écarts de dates de construction (la seconde salle a vu le jour en 2014). Mais les discours tenus par ces deux professionnels sur leurs conditions d'exercice et leurs choix d'équipement confirment leur conformité aux attributs symboliques qui définissent la masculinité et la féminité. Le jeune homme ne fait aucun cas de l'esthétisme de son espace de travail (les rameurs se trouvent dans un hangar), sa mission est de diversifier les supports pour encourager les patients (à la manière d'un *coach*). Il est d'ailleurs l'auteur de vidéos d'entraînement à domicile qu'il met en ligne sur internet à destination de sa patientèle. La jeune femme, elle, revendique son rôle dans l'organisation de l'espace et le choix des couleurs, tant des locaux que du matériel. Sa mission est de créer une ambiance sécurisante propice au bien-être. Lorsqu'ils organisent des marches nordiques, lui, à un rythme bi-hebdomadaire, elle, de façon occasionnelle, là encore l'approche varie selon le genre. Mathieu y voit un entraînement complémentaire soit de préparation physique à la chirurgie, soit d'amélioration de l'état santé (tonicité, rythme cardiaque) : approche rationnelle plutôt classée comme masculine dans la hiérarchie des valeurs. Alexandra envisage la marche comme un temps social de partage auquel sont d'ailleurs conviées ses collègues : approche relationnelle qui serait plutôt un attribut féminin.

Choisir de se spécialiser dans la filière santé des professions de l'activité physique ne destine pas nécessairement à la prise en charge des publics dits fragiles : handicapés, malades chroniques, personnes vieillissantes. Les enseignants d'APA peuvent également s'inscrire dans le réentraînement de sportifs blessés. Ce choix est souvent marqué par le genre. Comme dans les autres professions du *care*, les femmes s'orientent majoritairement vers le premier public tandis que les hommes optent plus souvent pour le second. Pour autant, en choisissant de travailler auprès de patients obèses, Mathieu ne trouble pas l'ordre social du genre. Dans ce champ très féminisé, tant au niveau des professionnels qu'à celui des patients, il incarne, au contraire, la figure typique du masculin. Ceci se joue dans ses pratiques d'éducation à la santé et de mise en forme des corps et dans sa façon d'organiser ses journées de travail. Non seulement il paraît dévoué à sa patientèle (en parallèle de son activité principale, il consacre plusieurs heures par semaine au bénévolat au sein de l'association « Sport pour tous » où il retrouve les patientes de son service) mais en plus il paraît travailler sans horaires puisque les activités de gym en salle municipale et de marche nordique se déroulent trois soirs par semaine, entre 18h et 20h alors que son service est fermé et que ses collègues sont rentrées chez elles. En plus de l'exclusivité de sa place, puisqu'il est le seul homme de son équipe, cette disponibilité lui vaut une reconnaissance marquée, tant auprès des soignantes que des patientes,

qui agit quasiment sur le modèle de la légitimité charismatique décrite par Max Weber¹. Place privilégiée dans un monde de femmes, justifiée par des attributs masculins, qui opère en violence symbolique pour sa consœur enseignante d'APA :

Après comme c'est beaucoup de patientES, c'est vrai que, j'ai toujours : lui, lui, lui, tout ça ! Un dieu vivant ! Alors moi derrière, je leur dis toujours : ben oui j'ai pas de barbe, et je fais pas 1m80, désolée !

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Devenir enseignante d'APA plutôt que préparatrice physique dans l'espoir d'obtenir une reconnaissance de ses compétences, loin des stéréotypes de genre, n'opère pas. De femme parmi les hommes dans l'espace masculin de la compétition sportive, elle passe à femme parmi les femmes dans l'espace féminin du soin, cependant les inégalités de genre demeurent. Sa licence qui allie savoir-faire sportifs et savoir-être pédagogiques entre en concurrence avec celle de son *alter ego* masculin dans une discipline où le genre fait mandat. Ainsi, si les raisons du choix et la mise en œuvre de l'APA varient selon le sexe, les représentations associées aux professionnels qui l'incarne diffèrent selon des critères où les attributs de genre prévalent. Valorisation différenciée par l'ensemble des acteurs, y compris l'enseignante d'APA qui vit sa féminité comme un désavantage dans tous les aspects de sa discipline de prédilection. Pendant qu'elle se perçoit comme déclassée par son collègue masculin, elle vit par procuration son goût pour la compétition : alors qu'elle a abandonné les concours hippiques, elle consacre une partie de ses week-ends à suivre son conjoint (professeur d'arts martiaux) dans les tournois de judo.

Le triptyque de l'éducation thérapeutique des patients obèses se complète par la proposition d'une prise en charge psychologique. Les praticiens de cette discipline constituent le troisième pilier paramédical de ces équipes. Il s'agit, là encore d'un groupe professionnel fortement féminisé puisqu'en 2013, la DRESS² compte 84,4% de femmes parmi les psychologues cliniciens inscrits au répertoire ADELI (Automatisation DEs Listes). Dans la mesure où l'accès à cette profession se fait par voie universitaire, les travaux sur la ségrégation sexuée des parcours scolaires³ participent à expliquer cette hégémonie féminine. La construction sociale du genre et de la division sexuée des savoirs est un constat aujourd'hui bien établi. Sur le marché de l'enseignement supérieur, les étudiantes se concentrent dans les

¹ Weber M. (1921), *Economie et société. Les catégories de la sociologie. Tome 1*, Paris, Pocket.

² Sicart D. (2013), « Les professions de santé », art. cité.

³ Baudelot C et Establet R. (1991), *Allez les filles ! Une révolution silencieuse*, Paris, Points ; Marry C. et Schweitzer S. (2005), « Scolarités », in Maruani M. (dir.), *Femmes, genre et société*, Paris, La Découverte, pp. 211-218.

cursus universitaires et de préférence dans les filières orientées vers les sciences humaines et sociales. Puisque ce choix « *n'est pas seulement déterminé par les capacités et les compétences cognitives, mais renvoie plutôt à des questions identitaires* »¹, il articule à la fois catégorisation sexuée des disciplines et représentations d'un avenir professionnel légitime sur un marché de l'emploi qui perpétue les stéréotypes de genre autour d'une division verticale et horizontale du travail. Professionnels de l'« écoute » (réputée qualité typiquement féminine), les psychologues cliniciens sont majoritairement des cliniciennes au sein d'une communauté professionnelle du soin où la segmentation cultive les traditionnels clivages du masculin et du féminin : compétences techniques *versus* compétences relationnelles.

Plus que leur profession, les deux psychologues interviewées ont en commun des origines qui les placent dans les catégories supérieures de la hiérarchie sociale alliant une double dotation en capitaux culturels et économiques. L'analyse comparative de leurs trajectoires éclaire les variations sociologiques² des modalités de leur professionnalisation.

Issue d'une famille qu'elle décrit comme aisée, Laure (50 ans, obésologue depuis 3 ans) débute sa trajectoire professionnelle dans le *marketing*, en qualité d'ingénieure commerciale, après un cursus de cinq années dans une école de commerce. Inscrite dans un « *couple à double carrière* »³, puisque son conjoint (rencontré pendant ses études) saisit des opportunités internes pour devenir DRH (Directeur des ressources humaines), elle décide de gérer cette asymétrie de mobilité fonctionnelle (qu'elle explique par une assignation aux tâches éducatives de leurs deux enfants) en interrompant sa carrière. Laure en profite pour reprendre des études au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) et obtient un DESS (Diplôme d'études supérieures spécialisées) de « *psychologie clinique du travail* ». Les ressources financières du couple le permettant, elle enchaîne par la préparation d'un DEES de « *psychologie clinique et pathologies* », puis d'un doctorat. Ces douze années d'études lui permettent de se constituer un capital scolaire qui égalise l'accroissement du capital économique de son conjoint qui, dans

¹ Mosconi N. et Marry C. (2014), « Genre et éducation », in Beillerot J. et al., *Traité des sciences et des pratiques de l'éducation*, Paris, Dunod, p.452.

² Marry C. (2006), « Variations sociologiques sur le sexe des métiers. », in Vidal C., *Féminin / Masculin. Mythes et idéologies*, Paris, Belin, pp. 97-110.

³ Sophie Pochic emprunte ce concept aux sciences de gestion pour définir les couples au sein desquels les deux conjoints sont inscrits dans des statuts professionnels supérieurs. Il est un outil sociologique complémentaire d'analyse de la domination masculine puisque les conséquences professionnelles de ce type de situation varient selon le genre : outil de promotion pour les hommes qui élargissent ainsi leur réseau, renforcement symbolique du « *plafond de verre* » pour les femmes dont la socialisation les prédispose à délégitimer leur promotion au profit de celle du conjoint : « *Faire carrière, pour un cadre, implique de s'engager dans des fonctions de manager disponible et mobile. Ces deux « compétences » dépendent en grande partie de la configuration familiale où les rôles sont bien souvent inégalement répartis.* ». Pochic S. (2005), « Faire carrière : l'apport d'une approche en termes de genre. », art. cité, p.75.

l'intervalle, crée son cabinet de recrutement. Ainsi la mise en scène d'une division sexuée des tâches au sein du couple ne s'articule plus autour de l'éducation des enfants et du travail domestique (qui sont, en partie, délégués à de tierces personnes) mais sur l'attribution consentie du statut de « unique-apporteur-de-ressources »¹ au mari. D'ailleurs, une fois titulaire du grade de docteur, elle entame une brève carrière de chercheuse à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), interrompue par les obligations professionnelles de son conjoint qui contraignent le couple à changer de région. Elle devient alors l'assistante non-déclarée de ce dernier, qui fait appel à ses compétences cliniques pour le seconder dans ses fonctions de chasseur de têtes. Activité qu'elle poursuit aujourd'hui en parallèle de son mi-temps de psychologue. Suivismisme, reconversion en praticienne, bénévolat pour participer au succès entrepreneurial de son époux sont autant d'indicateurs de ce que Chantal Nicole-Drancourt² nomme « *stratégies défensives* » pour tenter de faire carrière. Cette asymétrie au sein du couple se concrétise par un renoncement à s'installer en libéral :

Je pensais prendre une activité en libéral mais j'ai consulté un petit peu mes pairs et je vois que c'est pas si simple que ça, c'est pas très rémunérateur, ça fait exploser le temps de travail, commencer très tôt, finir très tard, c'est peut-être pénalisant pour la vie de famille.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Cette construction de carrière, conforme à ce que la sociologie du genre dit de l'inégale répartition des rôles au sein des structures familiales inscrites dans les franges supérieures de la hiérarchie sociale, se retrouve également dans la trajectoire de sa consœur, d'une génération plus jeune.

Âgée de 28 ans, les parents de Sophie (28 ans, obésologue depuis 3 ans) sont, respectivement, directrice de recherche au CNRS (Centre national de la recherche scientifique) et orthodontiste. Son choix pour des études de psychologie est un compromis entre une socialisation familiale qui l'affilie à la poursuite d'études universitaires et la nécessaire rentabilisation de sa propre trajectoire scolaire qu'elle qualifie de médiocre (elle explique ainsi que son Bac L, obtenu sans mention, s'il s'inscrit à contre-courant des projections parentales – ni scientifique, ni distinctif - est au moins un sésame pour rentrer à l'université, même si celle-ci « *avait mauvaise réputation* »). Elle développe un rapport utilitariste au savoir qui apparaît comme une transaction entre une identité incorporée, où il s'agit de continuer de faire fructifier

¹ Pochic S. (2005), « Faire carrière : l'apport d'une approche en termes de genre. », art. cité.

² Nicole-Drancourt C. (1989), « Stratégies professionnelles et organisation des familles », *Revue française de sociologie*, n°30/2, pp. 57-80.

les capitaux culturels et économiques hérités, et une identité attribuée d'étudiante qui ne se distingue, ni par le titre convoité (dont le statut reste inférieur à ceux des parents), ni par ses résultats. Et c'est finalement bien sa connaissance du système universitaire et des débouchés offerts qui permettent d'opérer un retournement de ce stigmate où l'obtention d'un Master de psychologie est une stratégie palliative au risque de déclassement social :

Et du coup en Master 1 j'avais pris mon directeur de mémoire qui faisait les entrées dans le Master 2. C'était assez stratégique parce que c'est quand même une fac y'en a 2000 qui rentrent, y'en a 150 qui sortent à la fin donc faut quand-même arriver à se placer.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Diplômée, elle se confronte à un marché du travail en tension où les places de psychothérapeutes sont rares, ce qui la contraint à se rabattre sur une succession de plusieurs emplois alimentaires. Pendant ce temps son conjoint, ingénieur diplômé, gravit les échelons internes au sein de l'entreprise de transport qui l'emploie depuis son stage de fin d'études. Cette ascension se concrétise par l'offre d'un poste de responsable logistique qui oblige le couple à déménager. Si cet événement apparaît « naturel », au regard de la situation professionnelle de chacun, il est également à rapprocher de ce que la sociologie des professions a déjà montré du « *sexe des métiers* »¹. Cet outil de ségrégation professionnelle qui maintient une part importante des femmes dans des espaces socialement moins valorisés opère dans le couple. Elle, femme de soin, inscrite dans une profession, certes placée dans les franges supérieures de l'espace social, mais « *qui n'est pas parvenue en France à acquérir un statut comparable à celui d'autres professions mieux établies (médecins, ingénieurs, avocats...)* »². Lui, homme d'ingénierie dont les attributions techniques se doublent de fonctions managériales, qui sont autant de compétences imputées au genre masculin et valorisées aussi bien professionnellement que socialement. Pour cette jeune femme, l'expérimentation de la difficile insertion professionnelle des psychologues débutants se prolonge par la succession de plusieurs contrats d'intérim, cette fois-ci, dans son secteur d'activité, jusqu'à l'obtention d'un contrat de 6 mois (en remplacement d'un congé maternité) qui se transforme finalement en CDI à temps plein.

La construction des trajectoires professionnelles de ces deux psychologues, autour de la valorisation des carrières de leurs conjoints n'est pas le simple produit de l'appropriation, par les deux sexes, de rôles différenciés tant sur le marché du travail que dans celui de l'espace

¹ **Marry C. (2015)**, « Variations sociologiques sur le sexe des métiers. », art. cité.

² **Le Bianic T. (2007)**, « Pratiques et identités professionnelles des psychologues du travail en France de l'entre-deux-guerres à nos jours. Une perspective socio-historique. », *Bulletin de psychologie*, n°487, p.72.

privé, et qui considère qu'il incombe au mari d'apporter les revenus principaux du couple. Ce processus fait aussi œuvre de stratégies, individuelles et domestiques, pour capitaliser ségrégation professionnelle et socialisation différenciée au profit d'une féminisation des usages des autres temps de la vie sociale du couple. Dans le cas Laure, seconder son mari est un moyen de dégager du temps pour partir en week-end ou pratiquer des activités de loisirs en couple, en famille. Pour Sophie, déménager, pour les raisons professionnelles de son conjoint, est l'opportunité de se rapprocher d'une partie de sa famille et donc de les voir plus souvent. En somme, pour les deux, il s'agit de déplacer la norme masculine d'omni-disponibilité au travail vers la norme plus féminine de disponibilité à la vie familiale.

Toutes deux, héritières au féminin, mobilisent leur titre pour mettre en concordance la détention d'une culture légitime, qui « *présuppose implicitement un corps de savoirs, savoir-faire et surtout de savoir-dire qui constitue le patrimoine des classes cultivées* »¹, et le désavantage que représente leur genre justement dans les mécanismes de valorisation sociale. Sur le terrain ces thérapeutes ont pour fonction d'accompagner les publics accueillis pour les aider à faire face à leurs différentes problématiques. Quel que soit le modèle théorique auquel elles se réfèrent, la compétence phare affiliée à cette profession est l'écoute. Outil de carrière au féminin, leur engagement dans cette profession relationnelle les initie à la conversion de cette compétence féminine « naturelle » en expertise professionnelle. Ainsi, elles décrivent les interactions avec les patients comme une capitalisation des échanges dont la qualité est intrinsèque à leurs propres capacités à écouter. A partir du recueil d'éléments biographiques des soignés, il s'agit de valoriser les ressources personnelles de chaque individu comme outils clés à la résolution des problèmes :

Apprendre à gérer ses émotions, prendre du temps pour soi, la bienveillance envers soi-même, tout ce qui va être aussi l'image de soi. [...] Voilà, on est vraiment sur la psychoéducation à différents niveaux.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

On essaye de capitaliser, finalement, ce qui se trouve dans l'ici et maintenant en essayant de mettre un petit peu de l'ordre dans l'étiologie, dans l'histoire de vie, sur comment on est arrivé à maintenant. Et avant de savoir comment ça va se passer plus tard, de capitaliser et de prendre conscience, véritablement, des compétences qui sont là ! Ici. Maintenant !

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

¹ Bourdieu P. et Passeron J.C (1964), *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Minuit, p.36.

Plus que l' « écoute active » développée par Carl Rogers comme moyen à mettre en œuvre dans la relation d'aide qui caractérise l'entretien psychologique, ces deux professionnelles, affiliées à un dispositif d'éducation thérapeutique, s'inscrivent dans un processus d'apprentissage. Dans le cadre psychothérapeutique, cet accompagnement pédagogique vise à permettre aux patients de se défaire de croyances qui limitent la mobilisation de leurs propres compétences. A propos des caractéristiques de la patientèle, les deux soignantes évoquent d'ailleurs, à plusieurs reprises, des comportements ou des positions infantiles. Cette représentation d'un psychisme qui serait limitant, si elle est le prétexte d'une prise en charge psychologique, concorde aussi avec les normes de l'éducation maternelle où il est attendu des mères de mobiliser leur « capital empathique »¹ pour guider leurs enfants vers l'autonomie nécessaire à une vie d'adulte et étayant leurs compétences.

En écho, leurs collègues expriment la place centrale que cette discipline (et de celles qui l'incarnent) a dans ce qu'il est important d'appeler, ici, la prise en soin. Si elle est issue des soins infirmiers fondés sur le *care*², cette terminologie est de plus en plus présente dans le jargon professionnel. Elle témoigne d'un changement de paradigme dans la conceptualisation des pratiques sanitaires. Au regard de ce que nous enseigne la sociologie du genre cette évolution peut être lue comme un effet complémentaire de la féminisation du travail médical. « *Prendre en soin* » pour rétablir la santé entre alors en résonance avec les pratiques et les représentations féminines d'une attention portée à l'autre (et à soi) tandis que « *prendre en charge* » convoque des dispositions masculines à mettre en scène une précellence physique par l'usage symbolique de la robustesse. Et, dans le regard que portent les soignants rencontrés sur la pluridisciplinarité, ce sont les psychologues (parce qu'elles savent écouter) qui incarnent le mieux cette expression sociale du rôle de soutien qu'endossent les travailleurs paramédicaux, puisque tous estiment qu'il n'y a pas de bonne prise en soin sans travail psychothérapeutique.

Si elles s'identifient et sont identifiées comme les professionnelles de l'écoute thérapeutique, ces psychologues décrivent une distanciation à l'égard des impératifs relationnels qu'exige leur inscription, dans les autres sphères sociales :

¹ Au même titre que tous les capitaux sociaux conceptualisés par la sociologie depuis les travaux de Pierre Bourdieu, nous entendons, ici, qu'il ne suffit pas pour les mères (ou les psychologues) d'être femmes socialisées en tant que telles pour se voir conférer un tel capital. Encore faut-il exercer les compétences statutaires qui lui sont inhérentes et donc l'investir socialement, mobiliser les pratiques adéquates. Ce sont les conditions et le sens de sa détention. Dans le cas des mères ou des psychologues, à condition d'utiliser la disposition acquise à la sollicitude pour mettre en exergue les compétences des enfants ou des patients qui leurs sont confiés, l'empathie devient capital identificateur du statut.

² Favetta V. et Feuillebois-Martinez B. (2011), « Prendre soin et formation infirmière », *Recherche en soins infirmiers*, n°107, pp.60-75.

En fait, sur mon lieu de travail, je me pose pas la question. Quand j'arrive dans mon environnement amical, familial, y'a des week-ends où j'ai pas envie d'écouter ! J'ai eu ma dose d'écoute et voilà y'a des week-end je veux pas écouter, je suis pas patiente en disant : là, j'écoute toute la semaine. [...] En disant les soucis, entre guillemets, de Pierre, Paul, Jacques, c'est pas le moment, quoi ! Je suis pas disponible pour être empathique ou pour être bienveillante.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

A l'instar de ce que montrent Bernard Fusulier, David Laloy et Émilie Sanchez à propos de l'Articulation travail/famille (ATF)¹ lorsque la disponibilité à une écoute attentive devient compétence professionnelle cela nécessite le déploiement de stratégies pour pouvoir concilier l'ensemble des rôles sociaux qui leur revient : psychologue, mère, conjointe, amie. Et pour ces deux thérapeutes qui passent leurs journées de travail à accueillir les maux des patients, et souvent ceux de leurs collègues, la solution mise en œuvre pour combiner au mieux leurs diverses activités passe par une mise à distance de leur rôle domestique ou amical d'oreille empathique. La « distance au rôle »² se fait alors à double sens : laisser leur blouse blanche à l'hôpital pour ne pas rapporter les histoires de vie difficiles dans les sphères de l'intime, mais aussi ne pas revêtir, dans ces espaces privés, l'habit d'une omni-disponibilité qui risquerait, par phénomène d'usure, de compromettre leurs aptitudes professionnelles. Le *care* devenu *cure* agit alors en retournement de stigmat, transformant une qualité profane associée à la subjectivité féminine en une compétence scientifique associée à l'expertise professionnelle.

Le dernier groupe d'actrices de proximité (au sens d'un contact régulier et prolongé avec la patientèle) qui intervient dans la prise en charge éducative des patients obèses est celui des infirmières. Groupe professionnel au féminin, de nombreux travaux sociologiques se sont attachés à montrer sa difficile et progressive reconnaissance au sein de l'espace médical³.

Les trois infirmières interviewées appartiennent à deux générations différentes puisque Jocelyne et Irène sont âgées de plus de 55 ans au moment de l'enquête pendant que Clémence

¹ **Fusulier B. et al. (2009)**, « Être au service et articuler travail/famille. De la double disponibilité pratique et subjective chez les professionnels de la relation. », *Informations sociales*, n°154, pp. 22-30.

² **Goffman E. (2002)**, « La "distance au rôle" en salle d'opération. », art. cité.

³ **Hughes E. (1996)**, *Le regard sociologique. Essais choisis, op. cit.* ; **Acker F. (2005)**. « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. », *Revue française des affaires sociales*, pp. 161-181 ; **Feroni I. (2000)**, « L'identité infirmière vue par ses élites : pièges et limites d'une rhétorique professionnelle. », in **Cresson G.**, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : Aspects sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 31-36 ; **Carricaburu D. et Ménoret M. (2014)**, « Au-delà des médecins : les autres groupes professionnels du monde médical, in **Carricaburu D. et Ménoret M.**, *Sociologie de la santé : Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin, pp. 61-73 ; **Lermusiaux A (2021)**, *La conquête des sciences et des techniques par les infirmières. Une évolution qui ne révolutionne pas l'ordre du genre*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **Cartier M. et Orange S.**, université de Nantes.

a 29 ans. Au regard des connaissances sociologiques à propos de la profession, elles n'ont donc ni suivi la même formation, ni débuté leur carrière dans les mêmes conditions. Toutefois quelques points communs se dégagent à propos des manières dont s'est construit ce choix de carrière. Toutes optent pour cette voie dès l'obtention de leur bac SMS (Sciences médico-sociales, appelé F8 jusqu'en 1995)¹, avec la même volonté d'intégrer le secteur hospitalier en alliant *care* et activités techniques de soins. Les discours rétrospectifs sur leur propre biographie ne permettent pas de distinguer précisément si l'aspiration à devenir infirmière précède le choix de filière pendant les années lycée où s'il en est la conséquence. Par contre, la certitude qui se dégage est que ces trois femmes tenaient à porter une blouse blanche sans pour autant se souvenir, ni comment s'est construite cette évidence, ni pourquoi leur goût pour l'activité médicale devait se concrétiser par la voie du seul soin infirmier : elles n'ont pas abandonné le projet d'être médecin, elles ne l'ont tout simplement pas espéré. Issues de familles marquées par des trajectoires scolaires courtes, ces projections sur le métier d'infirmière et les manières d'y parvenir sont conformes aux transactions que les femmes issues des classes populaires font lorsqu'elles désirent porter la blouse blanche. L'analyse du reste des discours révèle deux manières bien distinctes d'incarner le rôle. De la stabilisation à la subversion du genre féminin, c'est à la première catégorie d'infirmières que cette section s'intéresse. Le cas de Jocelyne (59 ans, obésologue depuis 6 ans) sera étudié dans la section qui traite des féminités subversives.

En plus de partager des origines sociales communes (pères ouvriers, mères employées de service) Irène (55 ans, obésologue depuis 13 ans) et Clémence (29 ans, obésologue depuis 6 ans) se décrivent comme des élèves moyennes. Ceci constitue un premier élément d'explication à d'emblée s'orienter vers une filière technologique plutôt que générale, puis poursuivre des études professionnalisantes plutôt que de s'envisager dans le cursus long de la médecine. C'est sans doute en cela que devenir infirmière paraît « naturel ». Surtout si l'on tient compte que l'institution scolaire, elle-même, façonne des cursus probables, convertissant le goût pour les sciences, des lycéennes les moins valorisées socialement et scolairement, en une majorité de vœux pour le secteur sanitaire².

¹ Dans les profils des étudiants en soins infirmiers, établis en 2004 puis en 2014, la DRESS montre que les bacheliers SMS puis ST2S (Sciences et techniques sanitaires et sociales, qui remplace le bac SMS depuis 2009) après avoir été longtemps majoritaires dans les différentes promotions, perdent progressivement du terrain au profit du bac S. Ce qui, par ailleurs, est en adéquation avec la féminisation de la filière scientifique en lycée général. **DRESS (2006)**, « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », *Etudes et résultats*, n° 458, pp. 1-12 ; **DRESS (2016)**, « Profil des infirmiers en formation en 2014. », *Etudes et résultats*, n° 982, pp. 1-6.

² **Lermusiaux A. (2019)**, « Les rouages de l'orientation des lycéennes vers les filières scientifiques. », *Initio. Revue sur l'éducation et la vie au travail*, n°7, pp. 26-46.

Ces similarités des modes d'entrée dans la profession, produisent des trajectoires professionnelles dont les variations témoignent des écarts générationnels : pendant qu'Irène décrit une carrière stable, au sein du même service et en qualité exclusive d'exécutante de pratiques de soins, Clémence expérimente plusieurs CDD aux seins d'établissements différents où elle alterne compétences techniques et éducatives jusqu'à son entrée dans le service actuel en 2014. Ces variations de carrières, et donc de pratiques, d'interactions au sein de l'univers médical ne sont pas un frein à la construction d'une identité infirmière commune. Au contraire, même si « *le sens du travail* » n'est pas tout à fait le même d'une IDE à l'autre (puisque soumis à des facteurs de générations, d'environnement familial et professionnel, etc. ...), le vécu « par corps » de la position qui est assignée au groupe professionnel, dans l'espace très hiérarchisé qu'est le secteur sanitaire, régule le processus d'incorporation de normes, de savoirs mais aussi de convictions. C'est cette dynamique qui unifie la représentation qu'elles ont de leur rôle d'infirmières. En plus des activités de soins, leurs dispositions féminines sont également sollicitées par tout un travail de *nursing* qui, comme son nom l'indique, fait référence aux fonctions maternelles¹. Si l'académisation de la profession permet un élargissement progressif du territoire infirmier en leur reconnaissant des compétences techniques spécifiques (moyen, à la fois, d'autonomisation par rapport aux médecins qui incarnent la hiérarchie supérieure du système de soin ; et de distinction vis-à-vis des aides-soignantes classées à des niveaux inférieurs de l'échelle sociale), sur le terrain, ces professionnelles revendiquent cette double compétence d'accompagnement et de technicité : prendre soin (*habitus* féminin construit au cours d'une socialisation différenciée selon le genre) et prendre en soin (*habitus* infirmier produit par la socialisation professionnelle). Le socle de l'*ethos* infirmier repose donc sur une double sémiologie, à la fois féminine et médicale, où « *la conception et la mise en œuvre des soins infirmiers sont conditionnées à l'engagement d'une relation interpersonnelle et à l'utilisation d'un processus intellectuel (le raisonnement clinique) alimenté de connaissances scientifiques (en sciences infirmières et en sciences connexes)* »². Dans le champ de l'« obésologie », caractérisé par une forte présence à la fois féminine et paramédicale, il s'agit, pour les infirmières, d'acter leur fonction comme complémentaire des soins apportés par leurs collègues, et non comme subalterne, en capitalisant au mieux les tâches qui leurs incombent.

¹ « L'origine du mot *nursing* est d'ailleurs intimement associée, dans la langue anglaise, aux attributs de la mère. Avant le XIX^{ème} siècle on utilisait les termes de *Wet* ou de *Dry nursing* en référence aux fonctions de la nourrice qui allaite ou garde un enfant. Les termes *nurse* et *nursing* en seront dérivés. » **Debout C. (2012)**, « Nursing (soins infirmiers », in **Formarier M. et al.**, *Les concepts en sciences infirmières*, Paris, Association de recherche en soins infirmiers, p. 222.

² **Debout C. (2012)**, *Ibid.*, p.225.

L'ambivalence de leur position dans le protocole de soin (à la fois reléguées aux tâches domestiques puisque les équipes ne comptent pas d'aides-soignantes et au cœur de l'activité éducative puisqu'elles co-animent des ateliers) est lue autant comme une manière de construire le territoire des infirmières au cœur du triptyque qui définit l'ETP, que de se distinguer de leurs homologues hospitalières, confrontées à une parcellisation des tâches, et une technicité, croissantes. En croisant ce que dit Pierre Bourdieu à propos des caractéristiques sexuelles des savoirs et la synthèse que proposent Danièle Carricaburu et Marie Ménoret de la hiérarchie des professions médicales, être infirmière en « obésologie » (et donc femme parmi les femmes, « sous-professionnelle médicale » parmi les « sous-professionnelles médicales ») est, ici, un moyen de délimiter la frontière qui distingue cette profession des autres. La rhétorique sur le sens du travail fait apparaître un véritable esprit de corps. Contrairement à leurs collègues « obésologues », il ne s'agit pas de faire valoir leur spécialité comme complémentaire ou en concurrence avec les autres, mais de défendre leur position d'intermédiaire entre le corps médical (et paramédical) et la patientèle. Dans le sens descendant (du médecin vers le patient) elles s'inscrivent en « passeuses de culture » tentant de mettre du sens sur les diagnostics et prescriptions pour tenter d'obtenir la compréhension et donc la compliance des patients. Dans le sens ascendant cette position s'acte en termes de défense des droits des patients : passer du temps avec eux, les protéger de décisions unilatérales où leurs besoins individuels risqueraient d'être galvaudés au nom d'une rentabilité de service ou de la promotion d'un traitement :

On n'est pas simplement là, auprès du patient à faire notre petite prise de sang, c'est du temps de présence auprès d'eux. Et d'ailleurs, quand on en parle auprès des patients, ils nous le demandent. Moi, souvent, ils me disent : ah ! Je suis content c'est vous qui êtes là ! Parce que y'a cette relation de confiance qu'ils ont avec nous.!

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Je suis pas forcément d'accord avec tout ce qui se passe au staff, les choix des chirurgiens.

Q : Sur l'autorisation ou non d'opérer, vous voulez dire ?

R : Voilà, c'est ça. Ouh, y'a des choses, au niveau éthique qui posent quand même question [...] des fois y'a des trucs éthiques où je me dit : ça me dérange un petit peu de participer à ça.

Q : C'est-à-dire des personnes qui sont refusées ou acceptées ?

R : Des personnes qui sont acceptées où moi je sais que ça va être très compliqué et ça me questionne beaucoup.

Q : Est-ce que ça veut dire que vous considérez que les critères de la HAS sont un peu rabotés ?

R : C'est ça !

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Être infirmière c'est défendre des valeurs, convertir les qualités humaines du *care*, à la fois attendues des femmes et des professions médico-éducatives, en convictions. Cette conversion est le produit croisé d'une socialisation professionnelle (de la formation au métier jusqu'à l'ensemble des étapes qui ponctuent la trajectoire de ces infirmières avec leurs lots d'interactions avec des pairs), de la place même de ces professionnelles dans la division du travail (qui les délègue à des contacts plus directs avec les patients, ne serait-ce qu'en termes corporels) et de la variation d'enjeux qui se jouent dans les autres espaces sociaux dans lesquels elles sont investies.

Dans l'espace de l'éducation thérapeutique des patients obèses, les disciplines qui se divisent le travail sont donc féminines, par leur recrutement (non seulement dans le cas du terrain d'enquête puisque les femmes représentent 96% des soignants mais aussi du point de vue des données nationales citées pour chaque profession¹) mais aussi par les caractéristiques du travail qui leur sont associées et qui sont en adéquation avec les dispositions pensées comme naturellement féminines. Cette même logique permet d'ailleurs de comprendre que les trois chirurgiens locaux soient des hommes. A l'instar de ce que montre Emmanuelle Zolesio², la construction sociale de la chirurgie comme une profession masculine, se base sur une double réalité, à la fois objective (statistiquement les femmes sont très minoritaires) et subjective (les caractéristiques techniques et organisationnelles qui lui sont attachées sont pensées comme masculines). Mais l'analyse des trajectoires des professionnels de l'obésité et l'observation de leurs pratiques de travail confirme, d'une part, que ces caractéristiques ne découlent évidemment pas d'un naturel genré mais plus des effets d'une « logique de genre » qui correspond aux processus d'incorporation de dispositions sociales. D'autre part, que la construction des carrières d'« obésologues » varie selon des dynamiques complexes qui croisent ressources culturelles et économiques individuelles et socialisation professionnelle qui les rendent plus ou moins perméables aux injonctions de genre, de subordination à l'ordre établi et d'uniformisation du travail à fournir pour participer à la transformation des corps.

Après avoir observé les modalités d'entrée et de mise en œuvre d'une discipline, l'enquête interroge également le poids différencié du genre qui opère pour que porter une blouse blanche se concrétise par la pratique du soin dans l'espace singulier de l'éducation

¹ Seul le groupe des enseignants d'APA fait figure d'exception puisque d'après les données sur la filière universitaire, il peut prétendre à une quasi-parité.

² Zolesio E. (2009), « Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie. », *Travail, genre et sociétés*, n°22, pp. 117-133.

thérapeutique. Cette perspective permet de penser l'ensemble des processus, individuels et collectifs, qui conditionnent les engagements dans la pratique médico-éducative.

1.1.b) Éducation thérapeutique et division sexuée de l'activité de soin.

D'inspiration anglo-saxonne, l'éducation thérapeutique du patient est un outil préconisé par les personnels paramédicaux hospitaliers afin de permettre aux malades chroniques de s'approprier les savoirs et les compétences nécessaires à la gestion de leur pathologie avec plus d'autonomie, dans un contexte de sujétion de ces soignants à l'hégémonie d'une pratique médicale hautement technicisée¹. Fondée sur une division du travail entre les « experts d'expertises » que sont les praticiens et les « experts d'expériences » que sont les patients, cette pratique médico-éducative est reconnue par l'OMS en 1996. Elle est alors principalement destinée aux patients diabétiques afin de leur transmettre les savoirs utiles à la gestion, en dehors de l'espace médical, de leur taux de glycémie et des injections d'insuline. Il s'agit de faire cohabiter la médecine, qui détient le monopole diagnostique impliquant une action curative, et la pédagogie, qui se soucie de promouvoir des apprentissages d'après des modèles qui varient selon le cadre théorique et méthodologique de référence : behavioriste, constructiviste ou systémique. Dans l'espace de l'« obésologie » locale, l'ETP s'initie timidement en 2008, pour prendre son essor en 2015.

Peu importe l'ancienneté des soignants dans cette pratique, tous expriment leur attachement à cette manière de travailler, au point que, quels que soient leurs projets professionnels, continuer d'endosser la blouse ne s'envisage qu'à condition de pouvoir mettre en œuvre cette approche du soin. La première motivation avancée est le travail en équipe pluridisciplinaire. Pour l'ensemble de ces femmes (tout comme leur collègue masculin), le collectif est considéré comme un tout dont elles font partie. Toutefois, cette représentation mécanique (puisque chaque élément entretient une relation d'interdépendance avec l'autre) s'exprime de manière différente selon la taille des équipes.

Lorsque chaque discipline est incarnée par une professionnelle unique, ce sont les individus qui sont désignés comme les parties du tout. Détentrices d'un savoir spécifique (la diététique, la psychologie, l'activité physique adaptée, la technique infirmière), le gain est triple : produire un savoir collectif, s'approprier au moins une partie des compétences associées à chaque profession en présence (élargir, donc, son propre champ des savoirs) et s'inspirer des manières d'être, d'agir et de penser des unes et des autres pour améliorer ses propres habilités

¹ Lacroix A. (2007), « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? », *Santé publique*, n°19/4, p.272.

sociales. En totale adéquation avec ce qui se joue classiquement lors des sociabilités féminines des classes moyennes, le travail d'équipe a une fonction performative du genre puisqu'il s'agit de s'échanger des trucs et astuces afin de mieux tenir leurs rôles. Les savoirs échangés s'importent de la sphère professionnelle à la sphère privée, et inversement. Ils permettent d'être des professionnelles plus complètes et de mieux se conformer aux usages sociaux du genre sur l'ensemble des autres scènes sociales :

*Comme j'aime bien la zumba, moi je fais des ateliers zumba avec [Alexandra].
C'est pas donné à toutes les infirmières de faire de la zumba au boulot, hein !*
[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

*Je fais plusieurs ateliers avec [Vinciane]. Ça permet de voir les troubles du
comportement alimentaire, l'alimentation émotionnelle, apprendre à gérer ses
émotions. Mais c'est surtout un moment convivial. Et puis au passage, je pique des
recettes !*

[Sophie, psychologue]

*L'alimentation, le côté psychologique est très lié et je trouvais ça ... Se dire dans
cette situation-là, qu'est-ce qui est bien de dire et surtout qu'est-ce qui est bien de
pas dire ! Parce que c'est vrai, y'a pleins de choses qui rentrent en compte ...
enfin c'est ... essayer de remettre de la distance, des fois. Pour ça, je trouve que je
me débrouille mieux. Ça nous permet d'apprendre aussi sur nous-même, en fait.
Ça aide dans l'environnement familial, amical.*

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

L'usage genré, socialement situé, du travail d'équipe apparaît également lorsque toutes considèrent la réussite de leur collectif féminin comme exceptionnelle. Partant du postulat que « *entre femmes ce n'était pas gagné* »¹, réussir à faire équipe est un gage de professionnalisme qui les met à distance avec ce qu'elles ont incorporé comme des dispositions féminines (« *mauvais caractère* », « *pinalleries* », « *mièvrerie* », etc. ...). L'appropriation de discours stéréotypés sur les femmes n'opère pas simplement chez celles qui travaillent en milieu masculin², mais également dans cet espace où la ségrégation de genre fait de l'éducation thérapeutique une activité quasiment exclusivement féminine :

*Là-dessus, non, non ils nous ont bien trouvé, ils ont pas fait exprès mais c'est bien
tombé. Ça aurait pu tomber mal parce que y'a beaucoup d'équipes, en plus des
filles, c'est pas forcément facile de s'entendre comme ça mais c'est vrai que là on
est ... [une équipe soudée]*

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

¹ Expression déclinée sous plusieurs forme mais récurrente dans les discours.

² Fortino S. (2002), *La mixité au travail*, Paris, La dispute.

Au sein de la deuxième équipe qui compte plusieurs infirmières, plusieurs psychologues, plusieurs diététiciennes et un seul enseignant d'APA (homme) c'est chaque discipline, en elle et pour elle, qui est désignée comme partie du tout. Si l'organisation même du service contribue à cette configuration (le travail est parcellisé en de multiples temps partiels, chaque individu est interchangeable lors des réunions pluridisciplinaires, pourvu que chaque discipline soit représentée) il n'en demeure pas moins qu'entretiens ethnographiques et observations permettent de comprendre comment ces femmes font, malgré tout, équipe.

Un premier élément d'explication est le dispositif de collégialité (pour les diagnostics comme pour les prescriptions) associé à cette prise en charge. Malgré la place prépondérante des décisions médicales (non seulement systématiquement acquiescées lors des réunions mais jamais remises en cause lors des échanges « privés » avec la sociologue), pouvoir faire part de son expertise disciplinaire, alors que dans d'autres situations de travail (antérieures et/ou simultanées) c'est le sentiment d'invisibilité qui domine, est un levier majeur de la construction de ce collectif comme outil de valorisation de l'identité professionnelle. Ces femmes qui expérimentent, dans leurs autres insertions professionnelles, leur discipline comme une assignation à la périphérie du travail médical sont, ici, inscrites au cœur d'un système dont la force symbolique est d'anoblir chaque spécialité. Toutes racontent leur déception lorsqu'une fois leur certification en poche, elles investissent le secteur hospitalier pour exercer leur profession. Ce désenchantement provient d'une organisation du travail morcelée. Passer de chambre en chambre, voire de service en service, leur permet certes d'apporter un soin spécifique mais isolé des autres. En apprenant à être des « *soignantes parcellaires* »¹, elles se sentent dépossédées de leur capital disciplinaire. L'effacement des individualités derrière les disciplines, se fait alors en deux temps. Regroupées, par spécialité, dans des bureaux dédiés, lorsqu'elles ne sont pas en consultation, ces moments sont l'occasion d'échanger entre consœurs autour du travail vécu et des déclinaisons possibles de la discipline. Qu'il s'agisse de débats d'idées où, par exemple, les psychologues confrontent théories psychanalytiques et cognitivo-comportementales ; ou de comparaisons entre les différentes manières d'être et de prescrire en diététique, ces interactions sont l'occasion de consolider l'appartenance au groupe professionnel. Face au double risque d'invisibilisation et de déclassement au sein de la hiérarchie hospitalière ce n'est pas le repli individualiste qui prédomine mais bien un repli collectif, une forme de protectionnisme de la discipline. Par la suite, lorsqu'elles intègrent

¹ Terminologie adaptée de « l'ouvrier parcellaire » conceptualisé par Karl Marx puis reprise par les sociologues du travail dans leurs analyses des mécanismes et des effets de l'organisation scientifique du travail. Notamment **Friedmann G. (1956)**, *Le travail en miettes*, Paris, Gallimard.

l'équipe d'éducation thérapeutique et expérimentent la coopération plus que la parcellisation, cette revendication d'appartenance à un collectif significatif devient à la fois l'outil du travail en interdisciplinarité mais aussi un engagement vis-à-vis des pairs où la mise en scène de leurs compétences professionnelles engage la respectabilité de chaque discipline. Dans l'espace hospitalier où la segmentation professionnelle (qui se traduit par une irréductible subordination des métiers paramédicaux aux médecins) se double d'une ségrégation de genre, faire équipe au féminin (autour d'une pratique qui, de surcroît, suscite peu l'intérêt du corps médical masculin) devient une manière de rationaliser la conscience de partager une communauté de destins et d'intérêts.

Le collectif est perçu comme le moyen de faire bénéficier aux patients d'un « *travail total* ». Les membres des équipes considèrent que les usagers aussi tirent profit de ce dispositif et ce à plus d'un titre.

Le premier argument est l'interdisciplinarité elle-même, pensée comme la solution indispensable à une maladie plurifactorielle. Dans le cas de l'obésité, que la surcharge pondérale s'explique par une sédentarité, une hyperphagie, des troubles psychologiques ou des perturbations endocriniennes, l'équipe peut répondre et proposer un programme sur mesure adapté aux besoins de chacun. La structure hospitalière renforce cette perspective avantageuse puisque l'intégralité de l'offre de soins est concentrée au sein d'un service unique. Les patients y gagnent une rentabilisation de leur engagement puisque chaque déplacement peut être l'occasion d'enchaîner les rendez-vous. Les soignantes y voient une offre d'accompagnement personnalisée qui s'adapte aux ressources économiques (moins de frais kilométriques) mais aussi aux autres engagements de la patientèle (vie familiale et activité professionnelle). Considérés chacun dans leur singularité, les patients bénéficient également d'un circuit court dans les échanges entre professionnels puisqu'ils peuvent s'interpeler directement entre chaque consultation. Le gain est présumé double pour les malades : non seulement ils peuvent profiter d'un rendez-vous avec un spécialiste et repartir avec les conseils d'un autre mais ils peuvent également profiter des accointances internes pour améliorer les conditions de leur traitement. A ce propos, l'exemple qui revient le plus souvent est celui de difficultés exposées par certains patients dans leur relation avec telle ou telle soignante. Charge alors à celle qui reçoit la plainte, soit de prendre le relais en formulant autrement le message, soit de proposer au patient d'intervenir auprès de sa collègue pour tenter de réguler la situation. Dans les deux cas, le malade y gagnerait une empathie collective perçue comme garante de la compliance nécessaire au cheminement vers la guérison.

La prise en charge par ces équipes permet également à la patientèle de bénéficier d'ateliers pluridisciplinaires. Cette possibilité paraît être une véritable valeur-ajoutée puisque, chaque discipline régulant l'autre, chacun est censé pouvoir y trouver son compte : le non-sportif appréciera l'invitation de la psychologue à mettre des mots sur les sensations que lui procurent l'exercice proposé par l'enseignant d'APA, le gourmand comprendra mieux les recommandations diététiques si l'infirmière, mesures à l'appui, lui prouve que l'effort fourni a opéré puisque ses données métaboliques se sont améliorées, etc. ... Cette vision totale du soin, bénéfique pour les patients, prend appui sur la nécessité de connaître au mieux chaque individu : ses données médicales mais aussi son histoire de vie, ses ressources, sa personnalité, pour pouvoir lui apporter les réponses les plus adaptées à ses besoins et ses aptitudes. Ce principe, aux fondements même de l'éducation thérapeutique¹, qui est mobilisé par l'ensemble des soignants rencontrés lorsqu'ils s'expliquent à la fois sur le sens et les formes du travail, est en parfaite adéquation avec la norme de la maternité (et de l'attention à porter aux enfants). C'est donc également en ce sens que l'on peut comprendre que les équipes soient quasiment exclusivement féminines. Raisonement d'autant plus valide si l'on considère, qu'une fois cette connaissance intimiste établie, la prise en charge vise avant tout à proposer une éducation à la santé dont la finalité est l'autonomie et la responsabilisation du patient. En effet, quoi de plus en adéquation avec la figure de la « bonne mère » ? D'ailleurs cette lecture sociologique s'étoffe lorsque l'on compare les discours et pratiques des femmes avec ceux du seul homme du *corpus*. Cela a été dit plus haut, le choix de Mathieu de devenir enseignant d'APA, puis de travailler en ETP s'ancre dans un modèle familial où l'enseignement à bonne place. Le rapport qu'il entretient à son mandat éducatif auprès des patients se distingue très nettement des représentations de ses collègues féminines. Si elles ont, bien que certaines s'en dédisent, une approche plutôt maternante de leur rôle auprès des malades, lui, incarne plutôt le *coach* (c'est ainsi que le nomment la plupart des patients) à la manière d'un « *grand frère* », rôle social tel qu'il est défini dans certains quartiers populaires². Sa grande taille, sa musculature, ses aptitudes

¹ « Le projet de soin tel qu'il existe, part de l'analyse du besoin de la personne soignée, prend en compte ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux ainsi que les ressources internes ou externes disponibles, afin de permettre l'élaboration d'un guide d'actions. ». **Robin-Quach P. (2009)**, « Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. », Recherche en soins infirmiers, n°98, p.37.

² Dans une perspective wébérienne, Pascal Duret explique la légitimité de ces jeunes dans les cités en ces termes : « C'est bien dans la conjonction entre l'engagement personnel et la sollicitation extérieure que ce nouveau personnage puise sa légitimité et son efficacité. » C'est en ce sens que nous mobilisons cette figure : non seulement ce professionnel engage ses compétences de jeune sportif dans une voie peu valorisée dans l'espace masculin des métiers du sport, mais ce sont ses valeurs fraternelles qui sont mises en avant par les patientes pour expliquer leur adhésion à ce qu'il propose dans l'espace féminin de l'éducation thérapeutique. **Duret P. (1995)**, *Les grands frères. Identité et fonctionnalité d'une médiation*, Direction de l'évolution et de la prospective. », p20.

sportives l'investissent d'un pouvoir symbolique dont il se saisit pour transmettre aux patients affaiblis par la maladie (de manière affective, il associe quasiment systématiquement l'adjectif « petit » pour qualifier les pratiques de ses patients : « *petite balade* », « *petit régime* », « *petite réunion* », etc. ...), « *la force de s'en sortir* ». Il accompagne ces discours d'attitudes chaleureuses privilégiant l'usage du prénom à celui du patronyme¹ et mettant régulièrement sa robustesse au service d'un accompagnement physique de mouvements parfois mal assurés, voire douloureux. Ce *coaching* se prolonge parfois au-delà de la prise en charge puisque nombre de patients gardent contact avec lui soit pour lui demander des conseils supplémentaires, soit pour faire valider les effets du maintien de leur engagement au travail de transformation de leur corps. Pendant ce temps, ses consœurs, tout en évoquant les « *postures infantiles* » des patients voire en parlant d' « *oisillons* », de « *poussins* » à qui il faut apprendre « *à voler de leurs propres ailes* », usent de pratiques qu'il paraît justifié de nommer « *maternalistes* » puisque la plupart d'entre elles estiment que l'une de leurs tâches consiste à « *recadrer* »² les malades. Que ce soit parce qu'ils sont non-observants ou trop assujettis aux *diktats* de la minceur, il s'agit d'œuvrer pour leur bien en faisant preuve de fermeté, l'autorité relevant d'une nécessité faite vertu.

Toutefois ces écarts ne peuvent être réduits à deux manières genrées d'incarner la blouse blanche. D'autres indicateurs sont essentiels à prendre en compte. La place du seul homme dans une équipe de femmes qui s'occupent majoritairement de femmes, l'investissement d'espaces différents qui sont autant d'occasions, pour cet enseignant d'APA, de troquer son uniforme hospitalier pour une tenue de sport moins clivante, son jeune âge corrélé à son statut de célibataire constituent d'autres éléments qui contribuent à comprendre ces écarts.

La croyance au « *travail total* » dont bénéficie la patientèle se décline également autour de la notion de temps. A la fois la durée de chaque interaction (les entretiens individuels durent une demi-heure ; les ateliers une heure) mais aussi la longévité du suivi (trois ans renouvelables dans le cas de la seule ETP ; un an en préopératoire et possibilité de renouveler les sessions post-opératoires dans le cas de la chirurgie). Dans un contexte où la rationalisation de l'activité hospitalière s'accompagne d'une rentabilisation temporelle (*surbooking* des plages d'auscultation, multiplication des prises en charge en ambulatoire), la régularité et la longueur associées à l'éducation thérapeutique sont pensées comme la condition *sine qua non* de

¹ La quasi-totalité des patients l'appelle également par son prénom alors que l'ensemble des autres soignants sont désignés par leur profession ou leur nom de famille.

² Lors des entretiens ethnographiques, sept des dix soignantes paramédicales expriment cette nécessité de cadrage des comportements de patients qui expriment, en retour, la crainte de se faire sermonner lors des bilans.

l'observance des malades, elle-même impérative pour garantir le succès du traitement. Le temps est alors considéré comme un gain pour les patients parce qu'il leur permet de construire une relation de confiance avec l'équipe, d'incorporer de nouvelles techniques du corps grâce au caractère itératif des messages, et de s'immerger dans un espace protecteur propice à ces apprentissages. Si la sociologie qui croise professions de santé et genre a déjà montré que l'émergence de ces préoccupations dans le champ médical (cultiver un bon relationnel, transmettre des savoirs aux patients, les cocooner) sont des indicateurs essentiels pour comprendre l'ancrage des femmes dans les activités de soin¹, les représentations qu'ont l'ensemble des professionnels rencontrés (l'enseignant d'APA compris) de l'éducation thérapeutique témoignent d'une réelle féminisation du travail concret :

Je pense qu'il faut, qu'il faut qu'on rende le patient acteur et qu'on ait vraiment une relation de confiance et d'écoute avec lui.

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Y'a les connaissances théoriques, est-ce que le patient a bien compris qu'est-ce que c'est que sa maladie, enfin quelle est sa maladie, comment le surpoids peut arriver, avec vraiment une notion de connaissances, de compréhension.

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Pendant trois ans, ils sont vraiment entre eux, chouchoutés pour qu'ils puissent reprendre un petit peu confiance en leur corps.

[Mathieu, 26 ans, enseignant d'APA, obésologue depuis 3 ans]

Croire au « *travail total* » grâce à l'interdisciplinarité, à une connaissance approfondie de chaque malade, à la pédagogie, à l'alliance patient-soignant, à l'approche longitudinale est le fruit de l'incorporation que pour espérer réussir à soigner il faut éduquer. Il existe deux voies à la fabrication de cette croyance.

Pour certaines, aux prises depuis plus ou moins longue date avec un sentiment d'échec des traitements proposés (dans le champ de l'obésité et plus largement de la nutrition) il s'agit de compléter la seule approche biologique par une alternative psychosociale où le patient n'est

¹ Référence notamment aux travaux de Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre, d'Anne Chantal Hardy, mais aussi de Sabine Bessière qui montrent que les représentations des « qualités » féminines ou masculines participent à une segmentation des professions de santé où le genre s'érige en frontière entre les différents territoires mais également que la féminisation numéraire de la médecine se traduit par une féminisation du « regard médical » et donc des manières d'être médecin. **Lapeyre N. et Le Feuvre N. (2005)**, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. », *RFAS*, n°1, pp. 59-81 ; **Hardy A.C. (2005)**, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », art. cité ; **Bessière S. (2005)**, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. », *RFAS*, n°1, pp. 19-33.

plus simplement récepteur de soins mais aussi producteur d'un travail¹ nécessaire à sa propre guérison :

C'est vrai que quand on a commencé à travailler sur l'obésité, moi le truc qui voyais que ça allait pas, c'est qu'on allait pas trop sur le côté psychologique des gens. Et après [Emma], elle s'est interrogée et c'est après qu'on a étoffé l'équipe, qu'on a eu cette équipe pluridisciplinaire, c'est-à-dire la création de deux postes de psychologue et la création du poste de coach sportif [...] Donc les faire s'interroger pour qu'ils cheminent aussi. Et puis ... faut pas que nous, en tant que personnels de santé, faut pas dire : faut faire, faut faire, faut faire ! Je pense qu'il faut, qu'il faut qu'on rende le patient acteur et qu'on ait vraiment une relation de confiance et d'écoute avec lui. L'amener à ce qu'il fasse des actions pour se dire : comment je peux faire pour aller mieux ? Voilà, j'ai un problème avec mon poids, qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? C'est ça !

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Derrière cette idée de patient-acteur, au cœur du dispositif², il y a celle de favoriser l'autonomie et la responsabilité du soigné qui ne serait alors plus uniquement objet de soins ; mais aussi celle de revaloriser un titre de soignant qui, bien qu'il soit associé à une culture du résultat, trouve dans le cas des maladies chroniques une fin de non-recevoir.

Pour d'autres, qui ont expérimenté, de manière simultanée ou non, invisibilité de leur travail et prises en charge difficiles (en gériatrie, en psychiatrie) il s'agit d'allier *caring* et éducation pour que leur blouse blanche leur permette, même si elles ne sont pas médecins, d'agir en conformité avec le premier engagement du serment d'Hippocrate qui tel que redéfini par le conseil de l'Ordre est : « *Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.* »³

Sur l'ETP, déjà je m'y retrouvais un peu plus quand même parce qu'on est vraiment dans l'accompagnement. J'avais une formation à l'éducation thérapeutique que j'avais jamais vraiment pu mettre en place finalement... Bon déjà on a le temps, c'est entre guillemet ... Enfin voilà, on a une vraie demi-heure et ça c'est, c'est qualitatif. C'est progressif, c'est un programme de 3 ans, on va au rythme du patient. Si ça fonctionne pas, on essaie autre chose.

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

C'est hyper bien pour le patient parce que en maison de retraite, on voit plus dans l'autre sens que dans ce sens-là ! De travailler dans le médical dans ce service-là, je trouve que c'est hyper positif parce que on voit plus une évolution positive que négative, en fait. On va vers le mieux !

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

¹ Strauss A. (1992), *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, op. cit.,

² Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

³ Source : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>.

Pour ces praticiennes, le « *travail total* » que l'éducation thérapeutique propose aux patients leur permet d'investir pleinement leur rôle de soignantes puisqu'à la fois les conditions d'exercice du soin sont jugées de qualité (ou, en tout cas, en accord avec les représentations qu'elles ont d'un traitement qualitatif) mais il permet également de se « *sentir utile* ». Sentiment d'utilité qui est aux fondements de l'engagement curatif dès lors que l'on considère qu'il est une manifestation transhistorique de la charité affiliée aux institutions religieuses qui ont précédé l'hôpital comme lieu de soins.

Quels que soient les enracinements de cette croyance au « *travail total* » de l'éducation à la santé, il apparaît clairement que la socialisation professionnelle, c'est-à-dire le travail collectif vécu comme processus transactionnel de production des identités professionnelles de chacun, régule les variations biographiques pour produire un discours dominant en adéquation avec une pratique genrée de la médecine. Choisir l'éducation thérapeutique c'est choisir d'œuvrer à une écoute empathique (inviter les patients à panser leurs maux par des mots), de proposer un enveloppement protecteur (créer un espace sécurisé où ceux qui arrivent affaiblis pourront se reconstruire) et de transmettre les fondamentaux nécessaires à une hygiène de vie garante de l'amélioration de l'état de santé (inculquer les gestes du quotidien qui permettront de recouvrer une autonomie). Reste à mesurer et à comprendre les effets de cette identification au métier d'éducateur à la santé sur la perception de l'obésité, de ses porteurs mais aussi sur les pratiques concrètes du travail et sur les interactions soignants-patients. Cette perspective, qui ouvre la voie à une prise en considération de la manière dont ces soignants, homme et femmes, font usage de leurs identités professionnelles (et sociales) au contact d'une patientèle stigmatisée aussi bien socialement que médicalement est l'objet de la troisième partie de cette thèse.

Choisir l'éducation thérapeutique n'est pas simplement choisir une forme particulière d'exercice du soin, c'est aussi opter pour une forme singulière d'organisation du temps de travail à la marge de ce qu'impose l'activité hospitalière. De bas en haut de l'échelle des praticiens, travailler à l'hôpital est souvent synonyme d'horaires atypiques. L'ETP, elle, s'exerce en hôpital de jour ouvert du lundi au vendredi et, selon les services, de 7h ou 9h à environ 18h. A l'instar de ce que montrent les travaux qui croisent genre, professions et travail domestique¹, plusieurs interviewées expliquent qu'elles y voient là une manière de créer un équilibre entre les deux temps sociaux que sont l'exercice du métier et la vie de famille.

¹ **Algava E. (2002)**, « Quel temps pour les activités parentales ? », *Études et résultats*, DRESS, n°162, pp. 1-12 ; **Battagliola F. (1998)**, « Les trajectoires d'emploi des jeunes mères de famille. », *Recherches et prévisions*, n°52,

Pour les mères de jeunes enfants, ces horaires de travail sont l'occasion de demeurer praticiennes hospitalières tout en préservant leurs prérogatives maternelles, puisque leur emploi du temps professionnel se calque sur celui des institutions scolaires. Ce choix n'est pas le simple fruit d'une manière inconsciente d'être, d'agir et de penser la maternité, il est aussi issu de négociations au sein du couple et de stratégies rationnelles. Pour les fractions les plus moyennes, cette organisation permet de ne pas délester le budget familial en frais de garde. La contrepartie est, pour les plus ambitieuses, de mettre en suspens des perspectives d'ascension professionnelle au profit de la carrière des conjoints qui s'engagent pleinement dans leur rôle de « pourvoyeurs de revenus »¹. A mesure que l'on monte dans la hiérarchie sociale, cette organisation s'inscrit dans un projet familial où la présence des deux parents est pensée comme à la fois indispensable (sur le long terme) à la socialisation et à l'éducation des enfants, mais aussi comme un moyen mutuel de dégager du temps pour soi, en dehors du temps contraint², notamment pour investir d'autres espaces de sociabilités. Plusieurs études³ montrent que le statut d'emploi et le niveau de diplôme sont des facteurs déterminants dans la division du travail domestique. Malgré que les professions de la santé et de l'éducation, et les diplômés de l'enseignement général supérieur, engagent un éloignement des rôles assignés, s'occuper des enfants reste souvent une affaire de femmes surtout lorsque les enfants sont jeunes. Il aurait été pertinent d'approfondir ces questions pour détailler la répartition concrète des tâches parentales ainsi que les formes réelles de sociabilités extérieures (et le temps accordé à chacune de ces activités) de ces conjoints. Toutefois force est de constater que nous n'avons pas eu la perspicacité sociologique d'engager l'entretien plus avant sur cette thématique. Dans ces conditions toute hypothèse serait une surinterprétation des discours. Assistons-nous à un effet de génération où comme le supposent Clémence Ledoux et Bernard Thuillier⁴, une certaine catégorie des hommes qui appartiennent aux professions intellectuelles supérieures remplissent plus facilement des tâches dites féminisées ? S'agit-il plutôt d'une « illusion biographique » où derrière cette organisation rationnelle qui prétend viser à une égalité homme-femme se cache

pp. 87-99 ; **Fusulier B. et al. (2009)**, « Être au service et articuler travail/famille. De la double disponibilité pratique et subjective chez les professionnels de la relation. », art. cité.

¹ Les salaires des soignants qui travaillent exclusivement en hôpital de jour sont amputés de toute prime liée à l'atypie des horaires.

² « Le temps contraint total de chacun des parents, ici défini comme la somme des activités professionnelles, domestiques et parentales. » **Algava E. (2002)**, art. cité., p. 5.

³ **Ledoux C. et Thuillier B. (2006)**, « Du travail domestique masculin au travail domestique des hommes. », *Terrains et travaux*, n°10, pp. 56-76 ; **Saint Pol (de) T. et Bouchardon M. (2013)**, « Le temps consacré aux activités parentales », *Études et résultats*, DRESS, n° 841, pp.1-6.

⁴ Propos qu'ils relativisent d'emblée puisque la construction du couple éloigne ces mêmes jeunes hommes des pratiques féminisées pour les rapprocher des tâches mixtes voire masculines. **Ledoux C. et Thuillier B. (2006)**, « Du travail domestique masculin au travail domestique des hommes. », art. cité.

en réalité une reproduction des rapports sociaux de genre ? Rien ne permet de privilégier une piste ou l'autre, voire d'en envisager de nouvelles, plus surprenantes, qui viendraient revisiter certains acquis sociologiques. A ce stade du travail de thèse, nous ne pouvons que nous y résigner.

Pratique de soins qui préconise « *l'importance pour le malade (chronique) de s'approprier savoirs et compétences afin d'acquérir plus d'autonomie* »¹ qui, de surcroît, s'exerce en hôpital de jour, l'éducation thérapeutique est un territoire genré du champ médical. Les professionnels qui s'y inscrivent, en fonction de leurs trajectoires individuelles, et donc en fonction des différents processus de socialisation qui traversent leurs constructions identitaires, y voient un moyen d'asseoir une expertise de soignants qui croise soin et pédagogie, loin de l'hégémonie techniciste de la médecine. Ceci tout en mettant à distance le modèle oblatif du praticien hospitalier dont il serait attendu qu'il assujettisse l'ensemble de ses engagements sociaux à sa mission professionnelle. Cette activité de soin permet notamment aux paramédicaux de consolider le territoire de chacune de leurs disciplines en la rendant indispensable au fonctionnement d'un tout. De son côté, le jeune enseignant d'APA, loin d'être dépossédé, dispose du privilège de la rareté. Le choix de l'éducation thérapeutique ne peut donc pas être réduit à une seule position de dominés à laquelle seraient assignés femmes et paramédicaux, mais procède de stratégies de déploiements d'espaces propres, tant au niveau professionnel (se distinguer par la nature du travail concret et par la culture d'équipe), que personnel (ne pas déséquilibrer la transaction sociale entre temps contraint et temps libre au profit de la seule disponibilité à l'autre).

En complément d'interroger les raisons qui précèdent le choix d'une discipline puis de l'éducation thérapeutique comme mise en pratique singulière du soin, les entretiens abordent celles qui expliquent l'exercice spécifique auprès d'une patientèle obèse. Cette approche, en donnant un éclairage supplémentaire sur ce qui motive ces soignants à devenir « obésologues », approfondit les représentations qu'ils ont de la maladie, de ses porteurs et de leurs missions auprès d'eux. Ces données constituent le point d'ancrage pour comprendre ce que le travail concret et les interactions qui en découlent font à leurs identités professionnelles. Dans la mesure où la prise en charge de l'obésité semble être une affaire de genre, c'est à cette condition qu'il sera possible de mesurer le poids réel de cette variable sur la relation soignant-patient.

¹ Lacroix A. (2007), « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? », art. cité.

1.1.c) Obésité : une pathologie attentatoire de la définition sociale de la féminité.

Lorsque la question du choix de la patientèle est abordée en entretien, le premier élément qui ressort est que « travailler avec des patients obèses » n'est réellement un choix initial que pour deux professionnels sur 14 : Mathieu et Vinciane (diététicienne). Au-delà de leur âge (respectivement 26 ans et 32 ans) qui constitue, de fait, un premier élément d'explication puisque l'obésité n'est qualifiée de problème de santé publique qu'à partir des années 2000, cette réceptivité à la nécessité d'une prise en charge dédiée trouve son origine dans des faits marquants qui ponctuent chacun de leurs deux parcours.

Mathieu explique que sa motivation « *de travailler avec des personnes en situation d'obésité ou de surpoids pour les aider à perdre du poids* » trouve son origine dans la souffrance vécue par sa mère, elle-même en surcharge pondérale. Lorsqu'étudiant il se résout à ne pas suivre la même voie professionnelle qu'elle, et donc à ne pas devenir professeur d'EPS, il transforme immédiatement son goût pour l'éducation sportive en se consacrant à la perspective d'adapter la pratique d'activité physique à des personnes obèses. La filière STAPS ne prévoyant pas d'enseignement dans ce domaine il se spécialise de façon autodidacte y consacrant l'ensemble de ses recherches pour ses mémoires de Master ainsi que ses stages.

En poste à 70%, au sein du service dans lequel il exerce depuis l'obtention de son Master, il démultiplie ses interventions auprès du public en situation d'obésité en qualité de prestataire pour l'association « Sport pour tous » et d'intervenant professionnel (voire de conseiller)¹ auprès des associations locales de patients obèses. Il intervient également auprès des étudiants en STAPS, accompagné de personnes en surpoids, pour les initier à la prise en charge spécifique que nécessite cette patientèle. Ces engagements multiples se traduisent par un surcroît de prestige sur son lieu de travail, nous l'avons dit, mais également dans les associations spécialisées et dans son ancienne université² qui au regard de son affiliation avec

¹ En plus d'animer des réunions, il se joint occasionnellement à quelques sorties, s'immergeant ainsi parmi les adhérents, ou conseille les membres des bureaux sur la mise en place de leurs ateliers, voire sur les démarches administratives inhérentes au fait associatif. Autant d'occasions, où s'il ne revendique pas son statut professionnel (notamment dans les deux derniers cas de figure), il entend faire don de son expertise, le contre-don étant un sentiment de magnanimité autant que la déférence des associés à son égard. **Mauss M. (1924), *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, Puf,**

² L'ensemble des patients rencontrés mais également ses anciens professeurs que j'ai eu l'occasion de rencontrer en qualité d'enseignante vacataire ne tarissent pas d'éloges à son sujet mettant en avant son engagement et son empathie à l'égard d'acteurs qui expérimentent leur corpulence comme un discrédit social.

la maladie semble « *prendre la forme d'une revanche sociale par procuration* »¹. Si cette compensation ne correspond pas, ici, à une ascension sociale, cette piste reste pertinente à plus d'un titre : comme ses parents il est enseignant mais il exerce le métier, à la fois, en endossant une blouse blanche dont le crédit social n'est plus à démontrer, et en bénéficiant d'une reconnaissance unanime ; plus qu'un emploi l'obésité est une cause à laquelle il espère inspirer quelques épigones (étudiants en STAPS), tout en réhabilitant ceux qui, comme sa mère, ont appris par corps les désavantages du poids puisqu'ils sont invités à mettre leur expertise vécue au profit de la formation de futurs enseignants d'APA. Dès lors il est aisé de se représenter toute l'honorabilité que tirent mère et fils² de ces engagements.

Vinciane explique que si s'envisager diététicienne ne s'est fait qu'au détour de portes ouvertes organisées par une école (initialement choisie pour devenir esthéticienne), cette option est immédiatement associée à la volonté de travailler auprès de personnes souffrant d'obésité. Ayant incorporé que la beauté est un *ethos* féminin, son intérêt pour le soin esthétique, comme travail de la mise en forme de soi, se transforme en un questionnement qui guide encore sa pratique aujourd'hui : « *comment on peut en arriver là ?* ». Plus que le travail sur les corps, ses deux secteurs de prédilection (la diététique et l'« obésologie ») ont en commun qu'ils s'inscrivent dans une véritable culture de genre puisque dans les deux cas les professionnels, plus encore que les clientèles, sont quasiment exclusivement des femmes. Ainsi de l'esthétique à l'éducation alimentaire de patients obèses, il apparaît que malgré ce déplacement de techniques de transformations des corps (des anatomies saines vers celles pathologiques, du traitement de surface à celui en profondeur) demeure une *hexis* corporelle inséparable de qualités morales associées à la distinction féminine. Si ce modèle de la diététicienne est finalement proche de celui de l'esthéticienne décrit par Morgan Cochenec (« *sens de la communication, tact, politesse, dynamisme, savoir-vivre, discrétion, adaptabilité, etc.* »)³, et tout aussi inconscient, il est un élément tangible de compréhension de l'évidence décrite par

¹ Phrase empruntée à Paul Pasquali lorsqu'il montre que l'admission en CPEG (Classes préparatoires en grandes écoles) opère ce mécanisme de revanche sociale pour les familles des jeunes issus de milieux défavorisés consacrés par l'institution scolaire pour poursuivre leurs études dans ces lycées prestigieux alors que le destin classique de leurs pairs est l'échec scolaire et le chômage. **Pasquali P. (2010)**, « Les déplacés de l'ouverture sociale. Sociologie d'une expérimentation scolaire. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 183, p.98.

² En s'appuyant sur la théorie psychanalytique de Mélanie Klein, Olivier Schwartz montre la nature privilégiée de la relation mère-fils au sein des classes populaires. A condition de matériaux d'enquête plus consistants, (notamment des entretiens longitudinaux avec ce professionnel et sa mère) il serait possible de tester une hypothèse émergente à ce stade de l'enquête et qui suppose que, pour ce jeune homme issu d'une classe moyenne, travailler à transformer la violence symbolique que cristallise le stigmate corporel que partage sa mère avec ses patientes serait une autre expression de cette thèse de l'image maternelle idéalisée. **Schwartz O. (1990)**, *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, op. cit.

³ **Cochennec M. (2004)**, « Le soin des apparences. L'univers professionnel de l'esthétique-cosmétique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°154, p.87.

Vinciane lorsqu'elle explique que son salut de diététicienne dépend de l'accompagnement d'acteurs obèses. Sans même chercher à mettre son *hexis* en valeur (discrétion du maquillage, neutralité de la tenue vestimentaire, simplicité de la gestuelle et du langage), son physique la met, de fait, à distance de sa patientèle corpulente. Ceci d'autant plus, que son statut la désigne comme détentrice des recettes qui préservent son propre corps dans de saines dispositions, et qu'elle peut diffuser auprès de celles dont la morphologie est malade.

Vouloir « *comprendre comment on peut en arriver là* » n'est pas l'apanage de cette seule diététicienne mais au fondement de ce qui incite l'ensemble des femmes du *corpus* de soignantes à se spécialiser dans l' « obésologie ». Les déclinaisons de ce discours varient selon les trajectoires individuelles, les disciplines, mais c'est bien cette préoccupation qui anime la motivation des unes et des autres. Prendre du poids est compréhensible, s'installer dans cette fatalité ne l'est pas et se constitue en véritable énigme. Leurs expériences individuelles de la gestion de leur propre poids, mais aussi l'ensemble des savoirs et pratiques acquis au cours de leurs socialisations, constituent le socle d'une croyance commune : il va de soi que préserver la forme des corps exige d'équilibrer les apports et les dépenses énergétiques, il suffit d'agir à temps. L'obésité, elle, est le signe que les patients ont été empêchés dans cette pondération. A charge pour elles de comprendre la nature de cette entrave et de prescrire des traitements qui visent soit à la supprimer soit à en atténuer les effets. Si cette intention est volontiers présentée comme éloignée du jugement moral dominant qui associe la surcharge pondérable excessive à un manque de volonté, la relation soignant-patient (qu'elle soit décrite ou observée lors des différents ateliers) révèle des rapports de domination « maternalistes » :

Je prends souvent cette métaphore là pour parler de mon travail : c'est comme si on prenait des petits oisillons obèses qui peuvent pas voler à cause de leur poids et du coup ils perdent du poids et puis après ils s'envolent et ils font leur vie [...] . C'est vraiment ça, les accompagner, les rendre autonomes et puis après ils filent.
[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Sophie et ses collègues qui soulignent de manière diffuse le comportement infantile, les multiples difficultés économiques, sociales, psychologiques voire le manque de compétences de leurs patients, transforment, de manière inconsciente, une relation professionnelle en relation intime. Là, émerge un bénéfice qu'elles n'identifient pas, ou même renient, du contact avec la patientèle obèse : une forme d'omniscience puisque non seulement les patients sont fragiles, nécessitant un espace protecteur pour se reconstituer, si ce n'est un corps, au moins une sécurité intérieure ; mais en plus, à partir du poste de travail, il s'agit de pénétrer les espaces privés pour

transformer les manières d'être, d'agir et de penser de chaque malade, voire de son entourage proche. Maladie plurifactorielle et pluri conséquentielle, l'obésité nécessite certes un traitement collectif pluridisciplinaire mais aussi un accompagnement individuel où, finalement, chaque soignante dépasse ses prérogatives initiales. Dans le champ de l' « obésologie », où tous les autres sont vulnérables parce qu'ils sont malades, parce que leur corpulence est une infraction aux normes sociales, parce que cette déviance à un coût dans les sphères de l'intime, ces professionnelles sont détentrices de propriétés sociales remarquables : morphologies normo-pondérées, expertise physiologique mais aussi conformité à l'*ethos* féminin. Autant de qualités et de valeurs instituées comme exemplaires qui doublent la légitimité rationnelle-légale de la blouse blanche d'une légitimité quasi-charismatique au sens wébérien des termes¹ et qui renforcent leur position péremptoire. L'analyse des interactions avec les patients lors des ateliers éducatifs en est, non seulement, assez démonstrative mais montre aussi que ce charisme et ces immiscions dans les sphères de l'intime s'accroissent lorsque la personne obèse est une femme. Dans la mesure où les difficultés ne sont pas pensées comme un seul défaut d'apport nutritionnel, le travail biographique suscite, et les prescriptions qui en découlent, sont différenciés selon le sexe des malades. Aux hommes le recensement des contraintes de sociabilités : corpulence qui entrave l'activité professionnelle, convivialités pernicieuses², etc. Ils sont alors orientés vers l'enseignant d'APA qui aura à charge de répondre en termes d'activité physique (prescription d'exercices pour améliorer les usages du corps), pendant que la diététicienne devra corriger les erreurs alimentaires (pensées comme le fruit d'une éducation alimentaire défaillante et d'un environnement social corrompu). Ils peuvent également être adressés à la médecine du travail pour une éventuelle adaptation du poste de travail. Aux femmes l'inventaire des contraintes domestiques qui font l'objet de conseils immédiats et qui se prolongent tout au long de leur suivi : mieux gérer un budget, revoir l'éducation des enfants, mais aussi favoriser l'expression de la féminité (conseils vestimentaires, esthétiques et parfois suggestions pour se défaire de la domination masculine au sein du couple).

Pour les praticiennes qui découvrent l' « obésologie » en même temps que leurs carrières sont en train de se faire, il se dégage deux types de trajectoires antérieures et qui apportent quelques nuances aux représentations de la maladie et des espoirs que sa prise en charge peut nourrir.

¹ Weber M. (1921), *Economie et société. Les catégories de la sociologie*, op. cit.

² Une astuce typiquement transmise aux hommes est d'éviter les repas collectifs, entre collègues, identifiés comme aggravants.

Pour les unes, engagées, depuis l'obtention de leur diplôme, auprès de patients souffrant soit de dénutrition, soit de diabète ou de TCA, traiter l'obésité s'inscrit dans une suite logique : la colonne vertébrale de leur pratique est la rééducation alimentaire. Travailler avec des patients obèses est un moyen de transférer et de faire valider leurs compétences dans un champ médical émergent. Les socialisations professionnelles antérieures façonnent une perception unique de l'obésité. Elle est le produit de troubles du comportement qui peuvent certes s'expliquer par des histoires de vies qui font de l'alimentation une valeur refuge, du surpoids une carapace protectrice ; mais qui sont modifiables si le patient décide vraiment de s'en sortir. Et là encore une distinction de genre, en adéquation avec la stéréotypie dominante, opère : les hommes manquent simplement d'informations, une fois éduqués par ces femmes en blouse blanche ils sauront appliquer la recette ; les femmes sont plus compliquées, elles arrivent en connaissant les règles mais ne les appliquent pas soit par manque de détermination, soit par incapacité à maîtriser leurs émotions :

Les hommes on est quand même plus sur du comportemental. C'est, entre guillemets, entre guillemets, moins compliqué une fois que la motivation est là, on est sur des erreurs alimentaires flagrantes. Les femmes on est très souvent, quand même, sur des compulsions alimentaires de grignotage, des excès de nourriture qui viennent en rapport avec un trouble psychique plus ou moins avoué en fait, hein ! [...] Pour moi le patient type c'est une femme, avec des problèmes psychologiques entraînant des comportements alimentaires souvent inadaptés, souvent dans leurs valeurs refuges et qui du coup ont tenté maintes fois de faire des régimes sans jamais comprendre, finalement, pourquoi elles en étaient arrivées là, à prendre du poids.

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Face aux hommes, donc, une posture maternelle pour rectifier un défaut d'éducation. Face aux femmes cette mission se double d'un entre-soi de genre où les malades, n'arrivant pas à se faire un corps, sont en échec dans les usages sociaux de tout ou partie des rôles féminins : gérer l'espace domestique, s'occuper des enfants, incorporer la féminité. Dans les deux cas, la relation est déséquilibrée au profit de soignantes légitimées par l'accumulation de capitaux qui les classent comme détentrices du « bon goût » face à des patients dont la corpulence réduit l'échelle des possibles du sentiment d'incompétence à la déférence¹. Classement symbolique, et souvent inconscient, de part et d'autre de la relation thérapeutique, mais dont il est aisé de considérer les gains identitaires pour celles qui endossent la blouse blanche.

¹ Bourdieu P. (1979), *La Distinction. Critique sociale du jugement*, op. cit.

Pour d'autres professionnelles, l'étape du traitement de l'obésité arrive après des expériences plus ou moins longues, mais toujours décrites comme difficiles, auprès de patientèles en fin de vie ou en psychiatrie. Dans tous les cas, le métier exige de faire usage d'empathie, de patience et d'expertise mais en « obésologie » l'issue est potentiellement salvatrice pour les patients. Si les compétences des soignantes sont mobilisées avec suffisamment de tact alors l'alliance thérapeutique peut aboutir à d'autres résultats qu'une mort apaisée ou une dépendance médicamenteuse. L'obésité est une maladie dont on ne guérit pas, certaines soignantes le découvrent au cours de leur carrière, mais, à condition que les patients maintiennent leur vigilance, il est possible d'observer une amélioration de leur état de santé et de leur qualité de vie, voire d'espérer qu'ils pourront « *voler de leurs propres ailes* ». Finalement, pour ces professionnelles, il ne s'agit pas de « prendre en charge » au sens visuel du terme ni en son sens médical où, pharmacopée comme chirurgie se substituent aux limitations organiques ou psychiques ; mais d'accompagner vers l'autonomie nécessaire au « *vivre avec la maladie* ».

Dans la chirurgie bariatrique, globalement, les gens vont dans le bon sens, c'est-à-dire qu'ils arrivent, ils se font opérer et puis après y'a vraiment une augmentation de la qualité de vie, une augmentation de la santé et ça c'est vrai que c'est chouette parce que j'ai travaillé en soins palliatifs, aussi, c'est différent d'accompagner les gens jusqu'à la mort que d'accompagner des gens dans l'épanouissement !

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

On voit des résultats aussi au niveau comportement. Y'a des belles évolutions avec des gens qui changent complètement, dans le positif, hein ! Qui s'affirment et qui retrouvent la joie de vivre ! Donc ça c'est hyper agréable personnellement et pour le patient aussi.

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Y'a toutes ces autres ressources qui viennent, qui s'engagent ailleurs parce que y'a un meilleur vécu du corps et de la relation aux autres, y'a d'autres choses dans la vie qui se sont déplacées.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Choisir de travailler avec une patientèle obèse c'est finalement espérer que l'action menée en tant que soignante soit suffisamment efficace pour en constater les bénéfices à court terme, le temps du programme (transformation du corps, des comportements), mais aussi à long terme où la mesure de la réussite devient la capacité d'auto-gestion de chaque patient. Double objectif en adéquation avec la culture du résultat inhérente à l'activité médicale et avec les attendus typiques de l'éducation maternelle à savoir l'épanouissement des individualités et dont

on peut comprendre que les signifiants sont d'autant plus valorisants lorsque l'on observe leurs expériences antérieures.

Au final, travailler avec une patientèle obèse vise à identifier les causes aggravantes de la maladie afin de donner aux patients les recettes pour en contenir les effets. Pour cela il faut éduquer l'alimentation, l'activité physique, l'observance médicamenteuse, l'estime de soi, et, pour les femmes, la féminité, la parentalité, la vie sociale, la gestion budgétaire, l'affirmation de soi, etc... Omniscience plus ou moins consciente dont le potentiel minimum est la construction ou le maintien d'une position dominante dans un champ de la médecine au féminin où, plus que sur le port ou non de la blouse blanche, la distinction s'opère d'après les corpulences. Signe distinctif qui saute aux yeux de tous (soignants, patients, visiteurs) dans un contexte où la morphologie s'est instituée en grille de lecture de la pondération, elle-même érigée en valeur morale.

L'espace de l'éducation « obésologique », se construit autour d'une prise en charge actée principalement par des femmes à destination d'autres femmes. Les socialisations de dix d'entre elles permettent de saisir les usages des stéréotypes de genre dans la construction de leur trajectoire vers l'« obésologie ». Toutefois, appréhender les normes de féminité à l'œuvre dans les pratiques professionnelles nécessite également d'observer comment d'autres « styles de féminité »¹ se construisent, se négocient dans le champ médical puis en qualité d'« obésologue ».

¹ Avril C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, op. cit.

1.2 Blouse blanche et subversions¹ du genre féminin.

« Et le samedi matin généralement je viens soit pour faire du travail intellectuel soit pour finir ce que j'ai pas fait la semaine parce que je mets un point d'honneur à avoir tout fini, tout est à jour en fin de semaine. Pour recommencer à neuf la semaine d'après. Et puis après y'a les semaines où on est d'astreinte, alors là on a le téléphone qui sonne sans arrêt en plus du téléphone normal, pour les avis, aussi bien les médecins généralistes que pour l'hôpital. Et puis après on y va le samedi matin, samedi soir et puis une bonne matinée du dimanche parce que comme moi je m'occupe des plaies, généralement j'en profite pour voir les plaies puisque c'est un jour sur deux. Voilà et puis gardes aux urgences un dimanche sur trois. Donc en fait les semaines elles sont quand-même, voilà, assez remplies mais assez diversifiées, ce qui fait que on se fatigue pas trop ! C'est pour ça que je pourrais pas faire que de l'obésité ! »

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

L'« obésologie » est un monde de femmes spécialistes de la prise en charge de patient(e)s aux corpulences hors-normes. Il réunit des soignantes qui ont expérimenté leur genre, mais aussi leur discipline comme une relégation à la périphérie de la noblesse hospitalière. Derrière cette homogénéité, les trajectoires révèlent différents styles de féminité. En contribuant aux travaux qui interrogent l'apparente cohérence du masculin et du féminin, observer comment d'autres féminités se construisent est utile pour comprendre les pratiques professionnelles des femmes « obésologues », le sens qu'elles prennent pour elles. D'autant plus lorsque la maladie traitée est elle-même un vecteur de représentations doxiques. Cette tension est étudiée au travers des récits des dernières enquêtées : deux médecins et une infirmière.

Cela a été dit précédemment de nombreux points communs jalonnent la construction des médecins devenues nutritionnistes puis « obésologues ». Pour autant, si plusieurs étapes sont similaires, le sens qu'elles ont pour Emma (47 ans, obésologue depuis 13 ans) et Anne (64 ans, obésologue depuis 20 ans) montre que les normes de genre, du fait des trajectoires, des

¹ En complément des travaux qui observent ces mécanismes à propos des professions typiquement féminines, voir ceux qui traitent des usages genrés de la lecture. **Albenga V. (2011)**, « Stabiliser ou subvertir le genre ? Les effets performatifs de la lecture. », *Sociologie de l'art*, OpUS 17, pp.31-43 ; **Collovald A. et Neveu E., (2004)**, *Lire le noir. Enquête sur les lecteurs de récits policiers*, Rennes, Presses universitaires.

conceptions de soi et du travail, font l'objet de négociations. Le goût pour « *la chirurgie du pied diabétique* » d'Emma, ou la revendication d'un statut d'expert, qui saurait contrôler le secteur exclusivement masculin de la chirurgie bariatrique, d'Anne, sont autant de nuances à apporter à une vision de la médecine de la nutrition sous l'angle exclusif d'une incorporation genrée de la pratique de l'activité médicale.

Une infirmière dans chaque salle et je passe d'une salle à l'autre. Donc là c'est pareil, on se prend pas mal de retard, souvent, parce que quand c'est des premières fois, souvent des grosses cata,, faut faire un peu de chirurgie, tout ça. Alors là j'adore ces consultations [...] découper les orteils, quoi !

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Cette appétence pour la chirurgie ponctuée à plusieurs reprises la construction rétrospective de la trajectoire d'Emma. Elle est justifiée par la représentation qu'elle a de son mandat de médecin, obtenir des résultats ou, pour reprendre les termes de Anne Chantal Hardy, « *travailler à guérir* »¹. Elle considère, en effet, que plus que le *care* qui lui est confié dans l'activité d'accompagnement des patients dans le cadre des missions inhérentes à l'activité d'éducation thérapeutique (des patients diabétiques, dénutris, obèses), la chirurgie, « *découper des orteils* », résout, de manière concrète, des situations pathologiques et par la même valide ses compétences techniques :

On a au moins l'impression qu'on rend service au patient ! Même si y'a deux heures de retard à la fin, au moins quand il repart d'ici il a tout eu, quoi !

[Emma, médecin]

Lorsque Anne Chantal Hardy et Yann Faure observent, en 2005, les choix des étudiants de médecine à l'issue des ECN (Épreuves classantes nationales), ils mettent en évidence que pour ceux qui optent pour la chirurgie, « *l'acte chirurgical est une véritable manifestation du pouvoir médical. Les images sont multiples pour illustrer ce propos : il y a un « avant » et un « après » l'intervention du chirurgien, alors que l'intervention clinique du médecin ne produit aucun changement visible ; le chirurgien a vraiment le pouvoir de son intervention, au cours de laquelle le patient se laisse faire en totale passivité ; le résultat est rapide, il présente un niveau d'objectivité et de rationalité qui semble évident à ces étudiants* »², et ce, sans distinction de genre. Ainsi le goût pour l'acte opératoire de cette médecin semble conforme aux attentes

¹ Hardy A.C. (2013), *Travailler à guérir, Sociologie de l'objet du travail médical, op. cit.*

² Hardy A.C., Faure Y. (2005), « Le choix d'une vie ... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales. », art. cité, p.68.

du rôle. Mais les deux sociologues expliquent également que là où la pratique de la chirurgie est sexuée c'est selon le type de spécialité à laquelle elle est affiliée, opposant une chirurgie molle (plutôt féminine) à une chirurgie dure (privilegiée par les hommes). D'après cette classification, le goût pour la chirurgie orthopédique, pour l'amputation d'orteils, est considéré comme une disposition masculine que cette spécialiste de l'obésité contribue à nuancer ; ce qui confirme que la féminisation du champ médical n'a de cesse d'aller à contre-courant des schémas associés à la pratique de la médecine.

Son goût pour la technicité est d'ailleurs doublé d'un regard très scientifique sur la médecine puisque sa professionnalisation, comme processus d'incorporation de manières d'être, d'agir, de penser l'activité médicale, s'est initiée autour de travaux de recherche prolongés sur le métabolisme osseux. Aujourd'hui, avec la chirurgie du pied diabétique, les travaux d'explorations scientifiques sont ses activités de prédilection. Alors que la nature même de sa discipline et que les modalités de sa pratique en éducation thérapeutique sont en adéquation avec des rôles sociaux typiquement féminins, son attrait pour la science et la manipulation d'outils chirurgicaux montre que les compétences relationnelles attribuées aux femmes médecins s'articulent aisément avec une vision scientifique et technique de la médecine.

Cette manière de s'engager dans son rôle auprès des patients, qui allie des valeurs traditionnellement distinctes selon le genre, se retrouve également dans la représentation qu'elle a du travail d'équipe. Cette pratique partagée du soin, inhérente au travail en milieu hospitalier, est certes envisagée sous l'angle de la collaboration, de la production de groupe (perceptions féminines)¹. Mais faire équipe est avant tout considéré comme le moyen d'asseoir son autorité, d'incarner la figure du chef (perceptions masculines) en dirigeant des subordonnés, en supervisant l'ensemble des équipes des deux unités dont elle contrôle le travail quotidiennement pour « *voir si ce qu'on a dit de faire le matin, c'est fait* », le tout sur le modèle de l'action-réaction qui, s'il n'est pas suivi des faits, se traduit souvent par une impatience décrite par Emmanuelle Zolesio à propos des chirurgiens².

En constatant l'émergence de médecins « à la carte », par opposition à la figure du généraliste constamment disponible, la sociologie des professions médicales fait l'hypothèse d'une féminisation de la médecine « *revendiquée comme telle à partir d'une conception d'un*

¹ **Hardy A.C. (2005)**, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », art. cité.

² **Zolesio E. (2012)**, « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle », *Sociologie*, Vol.3, n°4, pp. 377-394.

partage des rôles féminins et masculins, y compris dans la sphère domestique. »¹ Le cas de cette praticienne, célibataire et sans enfants, montre que l'identification au travail sans horaire n'est pas un apanage masculin puisque l'amplitude de sa présence à l'hôpital s'étale de 7h à près de 22h et, en fonction des semaines de gardes aux urgences, sept jours sur sept.

Libérée des rapports conjugaux et du partage des tâches familiales, cet engagement dans son travail, doublée d'une prise de position hiérarchique, loin d'être vécue comme une contrainte, est un moyen d'affirmer une autre identité féminine-médicale (où les praticiennes harmonisent vie professionnelle et vie familiale justement par l'aménagement des horaires de travail). Pour rejoindre ce que dit Christelle Avril à propos d'une certaine catégorie d'aides à domicile, Emma fait preuve d'une « virilité féminine »². D'ailleurs, issue des classes populaires, fille unique d'un père qu'elle décrit comme « *un acharné de travail* », elle explique qu'elle a appris sur le tas les tâches socialement qualifiées de féminines qui lui incombent en qualité d' « obésologue » en éducation thérapeutique :

J'ai beaucoup changé ... ben déjà j'ai pris de l'expérience. Avec les psychologues, et tout, j'ai appris plein de choses, j'ai pris plein de recul, j'ai une vision différente de la nutrition obésité : faut faire ci, faut faire ça ! Donc maintenant une première consultation d'obésité, c'est 45 minutes, quoi ! [...] En fait, je voulais surtout pas faire de la nutrition parce que ça m'avait pas tellement plus quand j'étais interne parce que en fait y avait des cures à l'hôpital où j'étais, les gens restaient, c'était à l'époque où on faisait restrictions, ils restaient quatre semaines à 650 calories ! Alors quand on est interne, qu'on doit passer dans les chambres tous les jours avec des gens qui ... on n'a pas grand-chose à leur dire, quoi ! Je voyais pas toutes les dimensions psychologiques et tout ça ...

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

La socialisation primaire d'Emma, façonnée par le modèle paternel de l'acharnement, lui a appris que seul le résultat est gage de réussite. Et que ce dernier exige de s'engager totalement dans le travail. Inscrite dans une pratique médicale qui fait appelle à des qualités qualifiées de féminines, c'est en travaillant qu'elle fait l'expérience de ce que cela signifie. Si elle est désormais convaincue que l'obésité relève plus d'une médecine sociale que d'une technique médicale, elle demeure peu à l'aise avec cet aspect du métier :

Faut toujours être à l'écoute, faut être motivé pour trouver le petit truc qui va motiver le patient. Faire que ça toujours avec, en plus des résultats, en termes pondéraux qui sont quand-même pas extraordinaires. Voilà, donc c'est vraiment indispensable de faire d'autres activités.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

¹ Hardy A.C. (2005), *Ibid*, p.55.

² Avril C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, op. cit.

Et lorsque cette part du métier s'impose à elle, puisqu'en qualité de médecin, le programme d'éducation thérapeutique prévoit qu'elle rencontre les patients tous les six mois, elle met en place des stratégies pour que cela ne porte pas trop atteinte au sens qu'elle a de son rôle :

Donc j'aime bien arriver en avance, pis j'aime bien mettre en premières consultations les patients que je sais qu'ils vont être en avance, pour commencer plus tôt. Pour pas prendre de retard au début. Voilà parce que à la fin de la consult c'est vrai que j'aime pas être tellement en retard mais je peux pas, quoi ! Quand t'as quelqu'un qu'a un énorme truc à nous livrer, on est là pour l'écouter. Je veux pas bâcler le truc parce que je suis en retard. Voilà ! Et donc après ! La journée n'est pas finie parce que faut faire le courrier de ce qu'on peut faire, le maximum. Donc généralement je fais du courrier jusqu'à 21h30, 21h45 parce que je vais avoir mes résultats d'hospit de jour donc je peux faire les courriers d'hospit de jour.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

L'analyse de la trajectoire d'Anne complète ce regard sur les variations d'incorporation du système d'identification à une pratique genrée de la médecine.

Dans la dynamique des jeux d'acteur impliqués dans l'espace local du traitement de l'obésité, Anne s'impose progressivement comme experte et jouit, aujourd'hui, d'une réelle reconnaissance institutionnelle. Le récit rétrospectif des étapes de sa professionnalisation en qualité d'« obésologue » met en perspective une alternance (parfois simultanée) entre statut libéral et activités salariées qui l'amène à construire son savoir-expert en traversant les différentes institutions en concurrence. Stratégie qui fait pleinement écho au modèle affinitaire décrit par Renaud Sainsaulieu¹ lorsqu'il dresse sa typologie des rapports au travail ; et, plus récemment, à l'identité indépendante que Claude Dubar² associe aux jeunes professionnels, avides de formation, qui se définissent moins par rapport à une entreprise, que par l'affirmation d'un projet personnel. Socialisations professionnelles classiquement attachées à des figures masculines mais qui, dans le cas de cette médecin, révèlent bien les effets des transactions menées dans son processus identitaire. En effet, les pratiques décrites par cette interviewée, et le sens qu'elle leur donne, sont en cohérence : issue d'une famille ouvrière de sept enfants, elle incorpore la division sexuelle du travail domestique, mais aussi le soutien différencié à la scolarité de sa fratrie³, comme une injustice. L'accès tardif aux études de médecine s'inscrit

¹ Sainsaulieu R. (1977), *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*, Paris, Presses de Sciences Po.

² Dubar C. (1995), *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, op. cit.

³ En raison des faibles ressources économiques de sa famille, les parents n'ont investi dans la scolarité que du premier de ses frères. Elle, a dû reporter son projet d'étude de médecine, commençant par se financer un BTS de diététique.

comme une revanche à la double assignation initiale (de classe et de genre) à des études courtes. Le capital culturel qu'elle se constitue ainsi est, non seulement, porteur de promotion et de légitimité sociale (à l'instar des déplacés de Dominique Memmi¹) mais aussi d'émancipation féminine. Sa trajectoire se ponctue de formations, de diplômes qu'elle présente comme autant d'arguments pour inverser les rapports sociaux de genre, notamment avec les chirurgiens :

Dès qu'il y a eu le début de la chirurgie bariatrique, j'ai tenu à participer aux commissions ! Surtout pour qu'on opère pas n'importe qui ! Pour faire barrage ! [...] On a [François] qu'est un peu soupe au lait, un peu caractériel, suffit de le remettre à sa place ! Mais ça se passe très bien ! Je ne suis pas toujours d'accord avec lui parce que lui, il pousse à la chirurgie, beaucoup maintenant !

[Anne, médecin]

A la tête d'une équipe paramédicale féminine elle s'inscrit d'ailleurs en *mentor* pour inciter les soignantes à multiplier formations et communications au sein de congrès de chirurgie bariatrique :

.... De toutes façons ils ont besoin de moi, ils comptent sur moi, ils m'ont toujours fait appel, ils m'ont toujours demandé ce que j'en pensais. Moi je crois que quand on aime quelque-chose, faut ... c'est ce que j'essaye de leur inculquer ! Je leur dis : je vous emmène au congrès mais vous faites quelque chose pour le congrès et je les bouscule, hein ! Et elles ont toujours fait quelque-chose pour le congrès sinon je les emmenais pas en congrès ! Il faut qu'elles voient qu'il faut pas en rester là ! Qu'il y a des ouvertures, qu'on peut faire toujours plus ! L'infirmière aurait pu faire médecine si elle avait des parents ... quelqu'un qui la pousse.

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Cette transaction autour du genre et des rapports sociaux qui en résultent, entre identité attribuée et identité incorporée², se joue également au sein de sa vie conjugale. Après une première union de 36 ans avec un professeur de lettres, qui est le père de ses trois enfants, elle vit désormais avec un artisan (« *un manuel* », selon ses termes) qu'elle est fière d'initier à la lecture quotidienne du journal *Le Monde*.

Il est manuel. Mais je suis abonnée au Monde et, maintenant, le premier qui lit Le Monde, c'est lui ! Comme quoi !

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

¹ Memmi D. (1996), « Les déplacés. Travail sur soi et ascension sociale : la promotion littéraire de Jules Romains. », art. cité.

² Dubar C. (1995), *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, op. cit.

Que ce soit dans le champ professionnel ou dans le champ domestique, les stratégies développées par cette médecin sont motivées par la volonté d'inverser les rapports sociaux de genre, système au sein duquel elle considère devoir faire preuve de force (attribut masculin).

Je suis plutôt un peu vive, aussi, il faut que les choses avancent, il faut que les choses soient faites ! [...] Normalement je suis retraitée. Je fonctionnerai ici tant que l'équipe sera capable de tenir bon, de donner et d'avoir des choses nouvelles.

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

A l'instar de ce que la sociologie a déjà démontré à propos de catégories de femmes qui exercent des métiers masculins, être médecin, être expert conseil, être chef d'équipe sont autant de logiques d'accession à une « *position valorisée dans la hiérarchie des sexes* »¹. Cette lutte, ce frein qu'elle considère devoir imposer aux praticiens de la chirurgie, sont à la fois une opposition à la domination masculine (et à la domination de la chirurgie sur la médecine, nous y reviendrons) et un dépassement du destin social de sa mère qui, malgré des ambitions journalistiques, est restée pigiste occasionnelle pour accomplir les tâches domestiques attribuées à une mère de sept enfants, issue des classes populaires, dans les années 50-60. Ainsi, ses socialisations successives, participent à dessiner les contours d'une « virilité au féminin »² par le haut. Contrairement à sa collègue Emma, Anne n'est pas totalement promue par son titre de médecin. Plus qu'un déplacement aux allures d'une revanche sur les mécanismes de la reproduction sociale, sa position actuelle est un juste retour des choses. Sa lecture de l'histoire familiale raconte que le destin domestique de sa mère l'a dépossédée des capitaux culturels détenus par la branche maternelle de ses ascendants. Elle explique d'ailleurs bien plus s'identifier à sa tante dont elle gratifie systématiquement le statut économique et social mais aussi la fonction de guide scolaire, si ce n'est spirituel, pour elle comme pour ses enfants :

Et puis le bonheur, aussi, d'avoir eu la sœur de maman, qui n'avait pas d'enfant, qui était directrice d'établissement, qui était agrégée de lettres, agrégée de lettres classiques, qui me téléphonait : « j'ai entendu ça, étymologiquement, ça veut dire ça ! Qu'est-ce que t'en penses ? Et puis sur le plan médical ça peut engager ça ! » Enfin voilà c'était ... y'avait quand-même un terreau culturel ! Mais voilà, ma mère ... j'aurais pu ne pas en profiter parce que mon père était très fermé [...]

¹ Daune-Richard A.M., Devreux A.M., (1992), « Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique. », *Recherches féministes*, n°5/2, p.21.

² Avril C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, op. cit.

Ma dernière (fille) c'est une éponge intellectuelle qui a vécu dix ans à Paris, qui a été à Louis Legrand, soutenue par ma fameuse tante ! Elle a passé tout : agreg, le CAPES, elle a tout eu donc elle est prof à Nantes maintenant !

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Aussi devenir Docteur en médecine sonne comme une reconquête. La revanche n'est pas sociale mais genrée. Au même titre que les « déclassées autochtones » décrites par Christelle Avril, ce rattrapage est une question d'estime. La nuance est qu'il ne s'agit pas de retourner le stigmate d'une profession socialement dévalorisée, mais de préserver l'estime qu'elle a des femmes de sa famille. Cette fierté l'engage par corps puisque c'est au moment de l'âge de la retraite qu'elle a accepté de répondre aux sollicitations du chirurgien pour prendre le pilotage du service au sein du duquel elle officie, et qu'elle ne s'arrêtera pas « *tant que l'équipe sera capable de tenir bon* ». De fait, positionnée favorablement dans la hiérarchie sociale, l'expression de cette forme de virilité professionnelle se fait sous condition d'être féminine, autant par le jeu des apparences physiques que par celui de l'alternance entre fermeté et douceur. Ainsi, avec les soignantes de son équipe est-elle tour à tour une *manager* paternaliste, et une confidente maternante.

Dans la sphère domestique, ce style de féminité, qui s'articule autour d'une idée subversive des rôles sexués qui modifie le sens de la relation homme-femme, ne s'exprime pas simplement dans le couple mais plus largement au sein de la famille. Les relations maternelles d'Anne s'inscrivent dans une division sexuée du travail : d'un côté le *care* adressé à son fils dont le statut tant professionnel (entrepreneur en domotique) que symbolique est interprété comme un manque d'autonomie qui nécessite sa vigilance ; d'un autre l'élévation intellectuelle partagée avec ses filles puisque leurs trajectoires (juriste médicale et enseignante agrégée de lettres) et leur goût pour la lecture sont en adéquation avec ses propres représentations d'une figure féminine qui ne doit « *pas en rester là* ».

Je lis beaucoup. Et mes filles lisent ! On est dans des échanges de pensées. C'est terrible quand mes filles sont à la maison. Moins avec mon fils mais quand mes filles sont à la maison, on peut rester des heures à discuter sur un sujet ! Mon fils, c'est différent, lui je le console. Il a perdu son ami et associé dans un accident de voiture, ça a été terrible.

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Pour ces deux femmes médecins, l'atout principal de l'éducation thérapeutique est, comme leurs collègues, le travail d'équipe. C'est le sens que prend le collectif qui diffère. Managers, il s'agit de coordonner au mieux les attributs de chaque discipline, les compétences

de chaque individu. Tirer bénéfice du travail d'équipe revient à obtenir un travail efficace et conforme aux objectifs de rentabilité imposés par les politiques gestionnaires qui gouvernent les institutions hospitalières¹. Qu'il s'agisse de fidéliser la patientèle à des ateliers éducatifs post-chirurgicaux ou de remplir les places dédiées à un programme, ces médecins sont inscrites dans d'autres groupes de travail nettement moins féminins (puisqu'il s'agit de rencontrer les chirurgiens, les autres de chefs de service) où elles ont à rendre compte du travail des équipes dont elles ont la charge. Ce sont alors leurs aptitudes à l'organisation, à l'action, au *leadership*, voire à la combativité qui sont évaluées par le groupe de pairs (Cf. encadré 4). Dans ces interactions où se mêlent enjeux de concurrence entre services et enjeux de domination entre médecins, le rôle exige l'usage et la maîtrise d'attributs construits socialement comme des dispositions masculines.

Encadré 4 : Observation d'une RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire).

Contexte : Réunion hebdomadaire où le médecin responsable de l'équipe d'éducation thérapeutique présente les dossiers des patients éligibles à la chirurgie à l'ensemble des professionnels du service B (un chirurgien, la psychiatre, la diététicienne et l'infirmière coordinatrice). Exceptionnellement conviée, lors de ma seule journée d'immersion au sein de cette institution, mon statut d'observatrice est sans ambiguïté.

Chirurgien [55 ans, obésologue depuis 20 ans] (à mon adresse) : *Vous ne vous êtes pas perdue ?*

Sociologue : *Non, ça va merci. Le Dr X a été claire dans ses explications.*

Chirurgien (à l'adresse de la médecin) : *Ah oui ! Anne, nette, précise ! Toujours efficace ! C'est pour ça qu'on l'aime !*

Médecin : *Oui enfin, tu dis pas toujours ça ! Parfois mon efficacité te perturbe !*

Chirurgien (rires) : *Disons que tu me surprendras toujours. Tiens regarde ! Que des femmes autour de cette table et c'est déjà le bordel (geste panoramique au-dessus de la table sur laquelle plusieurs dossiers sont ouverts). Toi non ! T'as ta pile devant toi, nickel !*

Infirmière (à l'adresse du chirurgien) : *Oui enfin toi, tu viens les mains dans les poches !*

Chirurgien : *C'est parce que tout est là (désigne son cerveau).*

Médecin : *Bon ! On commence ! C'est pas la récré, j'ai encore plein de trucs à faire !*

Chirurgien (sifflement) : *Oui Docteur ! Allez les filles ! On s'y met.*

Les dossiers des patients sont successivement passés en revue. Ne provoquant que très peu de discussions, ils sont tous validés sur un mode opératoire similaire : le chirurgien clos la conversation à laquelle il ne participe que très peu en déclarant (se balançant sur sa chaise, les mains dans les poches) : *On opère !* Puis à l'adresse de la médecin : *On opère ?* Qui à son tour, valide. A la surprise générale, la réunion prend fin après trois quart d'heure.

Chirurgien (à l'adresse de la médecin) : *Et ben c'est du beau boulot ! T'as bien drivé tes filles ! Ils sont tous prêts !*

Chirurgien (à mon adresse) : *Vous retournez là-bas ? Vous allez voir ! Ça dépote ! Elle laisse rien passer ! Elles ont pas intérêt à avoir les deux pieds dans le même sabot !*

Il tient ces propos en se tâtant le biceps, la désignant du menton.

Médecin : *Je suis une femme d'action. Quand on aime ce qu'on fait, on doit se donner à fond. C'est ce que je leur inculque tous les jours.*

Une fois de retour au sein de son service, je l'interroge sur les raisons de leur étonnement à propos de la rapidité de la réunion. Voici sa réponse :

Médecin : *aujourd'hui, c'est allé très vite parce qu'on n'avait pas beaucoup de dossiers parce qu'il nous arrive d'avoir entre 40 et 50 dossiers. Non, non et puis aujourd'hui, c'est vrai qu'il y a eu des patients où il y avait pas de problème majeur. Dès fois, on reste 10 minutes, un quart d'heure sur le même dossier. On passe des coups de fil, on intervient auprès des autres qui sont pas présents. Et puis ça dépend de l'équipe*

¹ Sur ces questions, plus amplement développées dans la troisième partie de la thèse, voir **Pierru F. (1999)**, « L'«hôpital-entreprise». Une *self-fulfilling prophecy* avortée. », *Politix*, n°46, pp. 7-47 ; **Domin J.P. (2016)**, « La réforme de l'hôpital public Un management sans ménagement. », *La vie des idées*, pp. 1-7.

qui présente ! Ça dépend des individus plus que des professions ! Beaucoup plus ! C'est-à-dire qu'il y a un tandem qu'il faut éviter ! Le tandem qu'il faut éviter c'est le chirurgien X et la psychiatre ! Ils sont ... c'est la psychiatre qui veut tout commander et qui commande pas toujours de bon aloi. C'est un peu le panier de crabe pour celui qui aura le dernier mot ! C'est insupportable ! C'est pas de l'animosité mais c'est de la domination ! Et puis, lui, il est un peu soupe au lait, un peu caractériel, suffit de le remettre à sa place ! Je ne suis pas toujours d'accord avec lui parce que lui, il pousse à la chirurgie, beaucoup maintenant !

La participation à cette RCP est la seule occasion que nous avons eu d'observer comment l'une des médecins, chef d'équipe, met en scène ses compétences de commandement dans le cadre de relations interservices. Comparée à la rhétorique d'Emma et Anne (lors des entretiens ethnographiques et des échanges qu'elles ont avec leurs collègues) à propos de ces interactions particulières, mais aussi aux représentations que se font les autres membres des équipes à propos du rôle qu'elles ont à jouer lors de ces instances, il se dégage l'usage d'un répertoire aux consonances viriles. Langage et attitudes participent alors à la construction d'un idéal-type quasi guerrier de la médecin lorsqu'elle représente son équipe à l'extérieur, bien loin des stéréotypes féminines. C'est d'ailleurs ce que donne à voir le chirurgien puisque reconnaître les compétences de *manager* de sa collègue est systématiquement associé à un déni symbolique de sa féminité. Choisir l'éducation thérapeutique, pour ces femmes médecins, c'est endosser un mandat qui les invite à la combativité. Pour que le travail d'équipe apporte une plus-value à l'identité professionnelle, il ne s'agit pas simplement d'obtenir le meilleur de leurs collaborateurs pour être en posture de négociateur (avec les chirurgiens, avec les décideurs), il faut surtout sortir victorieuses lors de ces tractations. C'est la condition *sine qua non* pour conserver le *leadership* au sein des équipes. Là encore, la mise en scène d'attributs classés comme masculins, loin de provoquer une « *crise dispositionnelle* »¹ de genre, s'inscrit en continuité de l'identité héritée de la socialisation primaire, où cette part virile des missions est particulièrement transmise par le modèle paternel² du rapport au travail. Pendant que Anne insiste sur l'acharnement de son père à « *se faire respecter* » malgré sa condition de dominé, Emma ne manque pas de souligner comment le sien, ouvrier et dépossédé de capitaux scolaires, a « *gravité les échelons* » pour terminer sa carrière en qualité d'ingénieur.

Finalement, tout se passe comme si choisir l'éducation thérapeutique c'est opter pour un mode d'exercice de la médecine typiquement féminin tout en usant du statut de chef d'équipe pour légitimer les aptitudes à manier des dispositions masculines, voire bouleverser la hiérarchie des sexes³ : le collectif de travail féminin devient alors un travail collectif dont elles

¹ Lahire B. (2002), *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Armand Colin

² Catherine Marry a déjà démontré l'influence paternelle lors de la socialisation primaire dans la constitution d'un patrimoine qui prédispose les femmes ingénieures à faire ce choix carrière. Marry C. (2004), *Les femmes ingénieures. Une révolution respectueuse*, Paris, Belin.

³ Goffman E. (2002), *L'arrangement des sexes*, Paris, La dispute.

s'emparent pour tenir tête à des hommes qui, en plus de leur genre, sont dotés du pouvoir symbolique que leur attribue leur place au sein de l'ordre hospitalier.

La trajectoire de Jocelyne (59 ans, obésologue depuis 6 ans) vient compléter ce regard porté sur les féminités subversives à l'œuvre dans des métiers typiquement féminins. Son histoire familiale a de nombreuses similarités avec celle d'Anne. Sa fratrie compte sept enfants, son père initialement ouvrier, progresse dans la hiérarchie de son entreprise pour devenir ingénieur électronicien. Sa mère interrompt sa carrière de secrétaire pour élever les enfants, puis reprend une activité de secrétariat médical lorsque les revenus de la famille sont éprouvés par l'arrêt de travail forcé de son conjoint. C'est en assurant les remplacements des congés estivaux de sa mère que Jocelyne acquiert la conviction qu'elle peut transformer son goût pour le secteur médical en profession. Une fois son Bac F8 en poche, elle se tourne « naturellement » vers l'école d'infirmière. Comme Irène et Clémence, il s'agit de rentabiliser des études supérieures par une professionnalisation rapide. Ce choix n'est pas le fruit d'une scolarité estimée médiocre mais celui d'un caractère « *bien trempé* » qui la conduit dans des situations souvent conflictuelles avec les figures d'autorité (les enseignants lorsqu'elle est lycéenne puis les médecins lorsqu'elle est professionnelle) :

J'ai un tempérament à pas me laisser faire, quand j'ai des convictions, je les défends et j'argumente donc inlassablement, je lâche pas le morceau.
[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Si l'entretien effleure tout juste la question du contenu de sa formation initiale, au regard de la construction socio-historique de la profession¹, il y a fort à parier pour que l'initiation au métier soit un apprentissage « par corps » des enjeux de la construction du territoire infirmier. Et cet héritage culturel se matérialise lors de ses expériences professionnelles précédant son entrée en « obésologie ». Elle relate notamment des conditions d'exercice pénibles en gériatrie : difficile voire impossible reconnaissance, par les médecins, de son autonomie, de sa capacité au jugement, de la légitimité du diagnostic infirmier ; pénibilité physique et psychique (port de malades sans assistance matérielle, accompagnement à la fin de vie en dehors de toute instance de soutien). Autant de situations concrètes de travail qui nourrissent sa quête de reconnaissance afin de préserver l'estime qu'elle a d'elle-même. Sa carrière est ponctuée de luttes (alternativement menées au nom de fonctions syndicales ou plus personnellement) pour

¹ Jocelyne s'engage dans la formation au tournant d'une nouvelle définition de l'infirmière puisqu'elle intègre l'école en 1978, l'année de la « *reconnaissance d'un rôle propre* » du métier, étape essentielle dans le long travail d'autonomisation de la profession. **Broutelle A.C (2009)**, « Infirmière : une profession problématique. », Regards croisés sur l'économie, n°5, pp. 178-180.

défendre ses conditions de travail, les valeurs du métier, qui ne sont pas sans rappeler les stratégies masculines du monde ouvrier :

J'avais quelque-chose à payer ! Et donc on m'a mis service des patients en état végétatif. Le pire service quand on a des problèmes de dos ! Ils avaient espoir que je m'arrête. Je leur ai pas fait ce plaisir-là. J'ai fait les six mois. j'ai fait un petit peu plus de patacaisse.

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

A côté de cette virilité féminine qui s'exprime principalement à l'égard de ses supérieurs ou de praticiens qui tentent de la reléguer au rang de subordonnée, Jocelyne traduit son androgynie sociale¹ en mettant l'accent sur le travail relationnel et d'attention de son emploi d'infirmière auprès de personnes âgées puis en fin de vie :

J'ai commencé auprès des personnes âgées mais où j'ai terminé sur les gens en fin de vie puisque le médecin chef qui était encore en poste à l'époque [...] elle a été à l'origine de la création de ces centres anti-douleur, c'était le premier médecin formé et donc, du coup, nous on a vu notre boulot changer puisque on accueillait des gens en fin de vie, c'est-à-dire un accompagnement qui accentue forcément sur l'attention à l'autre, l'écoute de l'autre.

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

A l'âge de 51 ans, elle voit l'ouverture d'un poste infirmier au service C comme une réelle opportunité d'échapper à l'usure de son corps et de sa motivation (pendant toute sa carrière, l'issue de chaque prise en charge est systématiquement la mort). Contrairement à ses deux homologues (Irène et Clémence), travailler à temps plein en hôpital de jour ne vise pas à articuler vie professionnelle et vie familiale. Si elle l'apprécie en l'expérimentant, l'amélioration de sa qualité de vie n'est qu'une conséquence de son premier choix : préserver ses aptitudes à être infirmière. Dégagée des tâches parentales (sa fille est presque majeure lorsqu'elle accède à ce poste), elle n'emploie pas cette nouvelle disponibilité à investir l'espace domestique. Ce dernier est lui aussi en pleine mutation puisque, dans le même temps, son conjoint découvre également la normalisation de son rythme de travail, reclassé d'aide-soignant à agent de service hospitalier. Puisque la question est d'anticiper une éventuelle dégradation de son état de santé, travailler à heures fixes se révèle être un moyen inattendu pour accéder à ce premier objectif qu'elle met au profit de sa seconde aspiration : demeurer passionnée par son métier. Elle se lance ainsi dans une réelle quête de connaissances, d'abord en autodidacte puis en enchaînant les formations, sur l'obésité, l'ETP puis l'approche bio-psycho-sensorielle. Pour

¹ Collovald A. et Neveu E., (2004), *Lire le noir. Enquête sur les lecteurs de récits policiers*, op. cit.

cette femme, au « *tempérament un petit peu explosif* », le temps libéré n'est pas synonyme d'un repli sur soi, ni sur les tâches domestiques, ni sur la cellule familiale. Au contraire, il est capitalisé pour renforcer l'hypergamie masculine qui caractérise son couple depuis sa construction. Initialement constituée à partir du diplôme et de la profession (lui, aide-soignant ; elle, infirmière) cette hypergamie s'accroît en incluant finalement le statut d'emploi. Pendant que son mari expérimente son nouvel emploi du temps comme une relégation puisque synonyme d'un travail qui ne lui plaît pas, l'éducation thérapeutique (travail vécu et formations parallèles) est, pour elle, un tremplin : après six ans d'exercice, elle devient finalement praticienne libérale.

Aussi associées soient les professions de nutritionniste et d'infirmière à des représentations doxiques du genre, choisir de les exercer n'est pas l'expression d'un style unique de féminité. Emma, Anne et Jocelyne partagent des dispositions acquises à l'androgynie sociale. La première, promue médecin, dont les valeurs sont plutôt classiquement analysées chez les hommes, fait l'expérience, en devenant « obésologue » de ce que signifie le care qui lui incombe en qualité de femme-médecin déléguée à l'éducation thérapeutique des médecins. Ses collègues, Anne et Jocelyne cloisonnent l'usage de leurs acquis selon les situations. Aux scènes sociales où elles sont prises par le rappel de leurs positions de dominées (de genre, de classe), elles réactivent des compétences masculines. Aux interactions moins clivantes pour leur identité (avec ses épigones dans le cas d'Emma, avec les patients dans celui de Jocelyne), ce sont leurs dispositions féminines qui sont sollicitées. Ainsi, dans le prolongement des travaux d'Anne Chantal Hardy¹, prendre en compte cette pluralité de styles de féminités ouvre de nouvelles pistes réflexion sur la féminisation de la pratique médicale qui ne manqueront pas d'être approfondies dans les prochains chapitres.

Les données nationales montrent qu'à l'instar de la patientèle locale, les individus qui s'inscrivent dans une démarche de chirurgie bariatrique sont à 82% de sexe féminin² ; l'analyse statistique du *corpus* de soignants recensés sur le site du GROS montre également qu'au-delà

¹ La sociologue explique que, malgré une résistance des hommes médecins, la féminisation de la pratique de la médecine se concrétise par l'appropriation, par les praticiens, des pratiques féminines en se détachant eux-mêmes de certaines injonctions genrées (parmi lesquelles, l'omni-disponibilité au métier). **Hardy A.C. (2005)**, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », art. cité.

² Source : compte-rendu de l'étude ESTEBAN (Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition) sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>

du terrain d'enquête, l'« obésologie » est bien une spécialité féminine (toutes disciplines confondues, 91,9% des 111 praticiens sont des femmes)¹. Il n'en demeure pas moins qu'il ne s'agit pas, ici, de fournir une explication globale de la féminisation de ce secteur d'activité mais d'en proposer une analyse située qui tient compte des trajectoires individuelles ainsi que des configurations sociales dans lesquelles elles s'inscrivent (socialisations primaires, configurations familiales, expériences professionnelles). Ainsi, détailler en profondeur la multiplicité de facteurs qui participent successivement (ou simultanément) au choix d'une discipline, d'un type de traitement puis d'une patientèle permet de réintroduire de l'hétérogénéité dans l'analyse qui croise professions du *care*, éducation à la santé et genre. Démarche qui aspire à éviter l'écueil d'une analyse trop mécanique entre pratique sexuée du soin et « obésologie » tout en éclairant la surreprésentation féminine dans les équipes. Mais, si cette étape est indispensable pour comprendre la série d'enjeux qui interviennent dans cette prise en charge, qui s'appuie sur une expertise au féminin, et s'adresse à une majorité de femmes, elle serait incomplète sans considérer avec précision le recrutement social de ces équipes de soignants qui, par ailleurs, agissent à dessein d'une patientèle corporellement classée comme tributaire d'un *habitus* populaire. En combinant observations et entretiens individuels il apparaît nécessaire de répondre à un certain nombre de questions pour comprendre ce que recouvre l'« obésologie » comme pratiques professionnelles, et plus largement comme pratiques anthropologiques, dans un espace social où la sociologie a déjà démontré que les morphologies sont classantes. Quelles sont les trajectoires sociales de ces experts ? Quels sont les ressorts de leur engagement ? Quels bouleversements introduisent la légitimation médicale de la quête de minceur dans les représentations qu'ont ces thérapeutes de la relation de soin ?

II – Le défi d'un traitement « hors normes », une stratégie pour se déplacer dans l'espace sanitaire ?

L'« obésologie », comme construction sociale des statuts de ses experts et des savoirs qui lui sont associés n'est pas instituée comme une spécialité au sens propre du terme. Aussi diversifiées soient les disciplines concernées par le traitement de l'obésité, aucun professionnel ne peut revendiquer le titre d'« obésologue ». Préciser cette mention sur une plaque professionnelle serait contraire au Code de santé publique. Pour autant la prise en charge de la

¹ Plus précisément, par discipline, les femmes représentent 96,3% des diététiciens, la totalité des quatre infirmières, la moitié des quatre médecins et 89,5% des psychologues. Source : <https://www.gros.org/>

maladie est maillée sur le territoire métropolitain autour de 37 CSO et de services dans les structures de soins qui lui sont dédiés. Localement, les ARS labellisent des programmes d'« *Éducation thérapeutique des patients obèses* ». Par effet de conséquences, les professionnels médicaux et paramédicaux qui y exercent sont reconnus et se reconnaissent comme particulièrement compétents pour accompagner cette patientèle. A la fois sans titre, sans formation dédiée, ces praticiens sont délégués à cette activité de soin spécifique au sein du champ médical. D'origines sociales diversifiées et inscrits dans des trajectoires dont les pentes sont variables, il s'agit maintenant de compléter la description des différentes catégories d'interprétations du travail d'« obésologue » au prisme des capitaux sociaux hérités, conquis ou convoités. Et, puisque l'espace correctif des corpulences réunit des soignants et des patients dont la légitimité du capital corporel est diamétralement opposée, il s'agit ensuite d'aborder les effets de ces classements sur les manières dont les soignants envisagent leurs pratiques.

2.1 Des capitaux à faire fructifier.

« Quand vous dites : j'ai travaillé pendant trois ans et demi à l'hôpital de jour, patients obèses, je suis à l'origine de l'équipe qui a créé, je fais partie de l'équipe qui a créé le programme original, on se remet un peu des barrettes, quoi ! »

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

L'étude des profils socio-démographiques de ces soignants, livre une multiplicité de trajectoires aussi bien en termes d'origines que de mobilités sociales. Et c'est bien cette pluralité de profils qui invite la sociologue à comprendre les mécanismes puis les enjeux à l'œuvre dans la construction individuelle et collective d'une pratique de soin communément appelée « le traitement de l'obésité ». Malgré ces variations existe-t-il une communauté de valeurs, de stratégies, de postures à l'égard de cet engagement ? Qu'est-ce qui subsume à une même réalité de métier, ces médecins et professions intermédiaires, ces individus qui incarnent des trajectoires ascendantes ou descendantes, issus de formations courtes ou longues, aux conditions d'emplois plus ou moins valorisées ?

2.1.a) « *Quand on veut, on peut* »¹ : « obésologie » et mobilité sociale ascendante.

Dans l'espace très hiérarchisé du secteur sanitaire, le recrutement social des médecins « obésologues » ne va pas tout à fait de soi. Si, Angélique, la plus jeune des trois médecins s'inscrit en « héritière » au sens de Bourdieu et Passeron² puisque pré-dotée de capitaux culturels et familière du monde de la santé (père chercheur en biologie et mère infirmière), ses homologues, elles, sont issues des classes populaires et décrivent un parcours qui a mis à profit le double effet de contexte de la massification scolaire et de la féminisation de la profession médicale. Toutefois là s'arrête leur homologie de dispositions à être réceptives au message de la méritocratie.

Anne décrit une ascension laborieuse, par étape (d'abord un BTS de diététique puis une maîtrise en alimentation avant d'accéder au cap qu'elle s'était fixé : devenir médecin), qui a fait l'objet des réticences paternelles et d'un soutien discret, à distance, d'une mère qu'elle décrit comme soumise à la domination masculine qui fonde le fonctionnement patriarcal de la cellule familiale :

Mon père n'a jamais admis que je sois médecin. Jamais.

Mes parents ne m'ont pas donné un kopeck pour mes études, jamais. Ça c'est une jouissance au sens psychiatrique du terme. C'est très ... c'est très bien ! J'ai de comptes à rendre à personne ! C'est une puissance !

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Honteuse de son histoire familiale, notamment parce qu'elle estime que sa mère s'est éloignée des capitaux culturels possédés par la branche maternelle de ses ascendants, le titre de médecin n'est qu'une étape dans la « carrière d'excellence » qu'elle convoite. Cette transformation méthodique de soi, pour « *se « faire » une culture* »³, exige des efforts constants (depuis qu'elle est médecin, obtention successive d'un DU de psychiatrie-psychanalytique, d'une licence de lecture comparée du XVII^e siècle puis d'une licence d'anglais) et imprègne l'intégralité de ses pratiques :

- Relations professionnelles centrées sur la reconnaissance de l'exceptionnalité de son expertise puisqu'après avoir été la pionnière locale à ouvrir une consultation de ville à

¹ Gérard Mauger montre que, dans un contexte de démocratisation scolaire, cette croyance est un réel moteur de la promotion sociale. **Mauger G. (2001)**, « Élection parentale, élection scolaire », in **Huerre P. et al.**, *Parents et adolescents. Des interactions au fil du temps*, Toulouse, Eres, pp. 99-115.

² **Bourdieu P. et Passeron J.C. (1964)**, *Les héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Minuit.

³ **Darmon M. (2010)**, « Des jeunesses singulières. Sociologie de l'ascétisme juvénile », art. cité.

destination des patients obèses, elle dirige aujourd'hui une équipe d'éducation thérapeutique au titre de « médecin émérite » et ce jusqu'au « *jour où on en verra le bout !* »

- Relations managériales axées sur la sollicitation des membres de son équipe à multiplier formations et communications parce qu' « *il ne faut pas en rester là ! Il faut les pousser !* »
- Relations conjugales construites autour des débats d'idées que suscite la lecture quotidienne du *Monde* « *comme quoi, même quand on vit avec un manuel ! [c'est possible]* ».
- Relations filiales basées sur les échanges de pensées littéraires qui permettent « *une relation intellectuelle, d'amour, spirituelle, sociale sans être les uns chez les autres.* »
- Résidence près d'un moulin à vent pour la force symbolique : « *prendre de la hauteur* ».
- Enfin l'arrêt de sa vie professionnelle n'est envisageable qu'à la condition de reprendre des « *études de psychiatrie ou de philosophie. Pour démultiplier les horizons.* »

Ce travail de présentation de soi comme « *ascète intellectuelle* » et « *passeuse de culture* » s'ancre dans l'expérimentation personnelle qu'elle a fait de la besogne sans relâche qu'il est nécessaire de fournir pour échapper à la fatalité du destin social : depuis qu'elle a compris que c'était le seul moyen d'échapper à sa condition, et parce qu'elle a été guidée par sa tante qui, elle, est porteuse d'une culture légitime, elle se dévoue à l'institution scolaire puis à sa profession pour ne jamais cesser d'être « *la première* ». Cette représentation de la transformation de soi préside sa manière de se penser « *obésologue* » puisqu'auprès des patients sa mission est d'aider chacun « *à se défaire d'un carcan qu'on lui a mis où qu'il s'est mis* ». Apprentissage par corps qui scelle sa promotion sociale puisque son métier repose sur l'idée d'un corps malléable, non seulement communément partagée par les classes dominantes, mais qui est censé les distinguer des franges les plus basses de la hiérarchie sociale. Plus que de participer à cette seule définition de la distinction de classes, être médecin de l'obésité lui permet également de s'engager dans une lutte symbolique qui oppose détenteurs de capitaux culturels et détenteurs de capitaux économiques¹. Contrairement à ses collègues, elle rappelle qu'elle n'a pas usé de son statut de libéral pour céder à la tentation du « *tiroir-caisse* » mais qu'elle se consacre depuis 20 ans à l'obésité, cette maladie incertaine où les clés restent à trouver, où chaque consultation dure au minimum une demi-heure.

Pour son homologue (Emma), l'ascension sociale du milieu ouvrier vers l'accession au titre de médecin ne se passe pas dans les mêmes conditions puisque d'emblée ce projet rencontre le soutien parental. Toutefois derrière l'apparente neutralité du discours en termes de promotion hiérarchique, se distingue nettement la même volonté d'excellence : prolongation d'un an de

¹ Bourdieu (1979), *La Distinction. Critique sociale du jugement*, op. cit.

l'internat suite à l'obtention d'une médaille d'or, création « *de toutes pièces de la prise en charge de l'obésité* » au sein de son service, identification en qualité d'experte de la maladie qui lui vaut des sollicitations, tant de services implantés sur l'ensemble du territoire métropolitain, que celles de commissions régionales, présidence du CLAN de son établissement (Comité de liaison alimentation nutrition)¹, création et animation de formations à destination des médecins généralistes. A l'accumulation des formations diplômantes s'ajoute l'accumulation des casquettes en parfaite adéquation avec l'*ethos* traditionnel de la médecine caractérisé par la notion de « *disponibilité permanente* »², qui la hissent également au sommet de la hiérarchie interne de l' « obésologie » :

Je fais partie des experts dans le domaine de l'obésité [...] En fait, jusqu'à maintenant, c'est plutôt les autres qui viennent vers moi, des autres villes, pour me demander des conseils [...] parce que j'ai quand même une bonne expertise. De la Pitié, de Nantes et tout ça, même de Brest.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Les écarts d'héritage de rapports familiaux à la promotion sociale qui séparent Emma de sa consœur se traduisent par des variations dans les processus d'acquisition et la composition des ressources. La volonté d'Emma n'est pas de rassembler une diversité de capitaux culturels, mais d'accumuler des compétences cliniques exclusivement dédiés à la médecine (à laquelle, elle se dévoue sans compter). Reconnaissance attendue de ses pairs qui pourrait se heurter à un problème de taille puisqu'en plus d'être une maladie dont on ne guérit pas, l'obésité ne s'appuie sur aucun traitement médicamenteux et l'éducation thérapeutique qui lui est associée ne produit que très peu de résultats évaluables d'un point de vue strictement médical :

Mes collègues des fois qui se moquent de moi en me disant : ben oui toi le seul médecin où y'a pas de traitement et en plus y'a pas de résultats !

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Plus que d'être un frein à son sentiment de légitimité, ou même à sa motivation, c'est cette situation même qu'elle envisage comme le moyen de faire fructifier ses capitaux

¹ Comité consultatif qui vise à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients accueillis en structures hospitalières par le biais de propositions pour améliorer la restauration, le dépistage et la prévention des maladies liées à l'alimentation et la formation continue des personnels soignants.

Source : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/clan_cnanes-2.pdf

² Lapeyre N. et Le Feuvre N. (2005), « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. », art. cité.

puisqu'elle se consacre avec acharnement à la recherche dans l'espoir de contribuer à la découverte d'une pharmacopée :

J'ai toujours espoir qu'on ait des nouvelles thérapeutiques et qu'on puisse les proposer aux patients ! En fait voilà, j'ai toujours envie que ça aille plus loin, que ça continue à évoluer et je pense que ça sera possible. J'espère que un jour la chirurgie bariatrique ce sera anecdotique et qu'on proposera des thérapeutiques plus adaptées à la physio-pathologie de la maladie.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

En attendant de pouvoir prétendre à faire médicalement concurrence à la chirurgie, elle consacre une partie de son temps à démultiplier de nouveaux outils dans l'objectif de maintenir la motivation de chaque patient alors que « *finalement il perd pas forcément de poids* ». Travailler au traitement de l'obésité paraît un moyen, à la fois, d'honorer le patrimoine volontariste hérité de son père, puisque chaque difficulté est pensée comme un défi à relever ; mais aussi d'enrichir son capital symbolique puisque chaque étape gage sa notoriété : en user pour obtenir (financements, reconnaissance, résultats) et obtenir pour la développer.

La blouse blanche incarne une mobilité ascendante pour trois autres enquêtées : Florence et Mélanie (diététiciennes) et Irène (infirmière). Issues des classes populaires, pour elles aussi, les propriétés de statut de leur profession sont plus prestigieuses que celles de leurs parents. Pendant que pour Irène, cette ascension sociale se double d'une élévation au sein de l'échelle hiérarchique qui structure l'espace hospitalier (puisque sa mère était ASH¹), pour Florence, elle est significative d'une progression dans le classement des professions de la fonction publique de la catégorie C (statut partagé par ses deux parents) à la B.

Dans l'espace de l' « obésologie » cette position professionnelle conquise, signifie des possibles pour faire fructifier leurs capitaux sociaux au cours des interactions qu'elles engagent avec les autres professionnels (dont soit la longévité du patrimoine est plus ancienne, soit le statut est professionnellement et socialement supérieur). Lors des réunions d'équipe, mais aussi lorsque qu'elles font part à la sociologue de leurs représentations du « *travail bien fait* », cette entreprise de capitalisation s'apparente à la « *puissance d'agir* » telle qu'elle est conceptualisée par Catherine Achin et Delphine Naudier². Particulièrement sensibles aux difficultés financières auxquelles peut être confrontée une partie des patients, elles n'ont de cesse de rappeler que c'est

¹ Agent de service hospitalier.

² Achin C. et Naudier D. (2010), « Trajectoires de femmes "ordinaires" dans les années 1970. La fabrique de la puissance d'agir féministe », *Sociologie*, n°1, pp.77-93.

une donnée essentielle pour comprendre certaines postures de non-observance, voire certains abandons de suivis :

Une dame qui avait peu de ressources, vraiment très peu de ressources mais ... puis ... qui, ben ... non malheureusement la chirurgie ça pouvait pas être un bonne indication parce que son mode de vie il était pas stable. Et que si il fallait qu'elle se mette en quatre pour payer les tests psychométriques, 250 euros, alors que je savais que derrière on allait lui dire non ! [...] Aller mettre des gens dans un parcours, qui vont avancer des frais alors qu'on sait pertinemment que dans l'état actuel des choses l'indication elle sera pas la chirurgie. [...] Moi, ça me dérange !
[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]

Quand je vois que le patient n'est pas bien, qu'il a besoin d'un soutien psychologique, je lui en fais part, au patient, je lui dis : voilà, vous savez on a deux psychologues dans le service, que la prise en charge est faite au niveau du [service], parce que des fois ça peut être un problème financier que les gens vont pas voir une psychologue, ça, ça peut rebuter, ça.
[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Sans mobiliser ouvertement leurs expériences passées, avertir leurs collègues du coût d'une prise en charge, des suppléments¹, des déplacements ; les éveiller à une vigilance pour limiter les dépenses (ne pas engager un suivi inutile, regrouper les rendez-vous) les placent en figures de proue de l'empathie dont chacun s'enquiert. Sur le mode d' « une socialisation de rappel »² elles sont plus à même, que d'autres soignants, d'être en capacité de comprendre cette part de patients qui représentent le milieu social auquel elles ont objectivement appartenu. Compréhension qui est la condition reconnue de tous pour espérer que l'éducation thérapeutique fonctionne. En prenant appui sur la lecture que Marie Cartier³ fait des travaux de Beverley Skeggs, dans un espace où le *care* se constitue en compétence professionnelle de premier ordre, prédisposer du *caring*, entendu comme un capital culturel propre aux femmes des classes populaires, est un moyen de négocier avec elles-mêmes, avec leurs collègues leur respectabilité, si ce n'est leur supériorité morale :

Il me semble tellement évidemment que le budget doit rentrer en ligne de compte, surtout dans ce qu'on propose, on touche quand même à une grande partie de leur vie. L'alimentation, le sport, aller voir un psy ou des tas de spécialistes pour ceux qui sont en chirurgie. Quand on sait ce qu'ils gagnent ! On devrait toujours avoir cette réflexion. Enfin je veux dire on est complètement incohérents. De dire, voilà on va prodiguer la bonne parole ... Mais non ! Ce n'est pas tenir compte de la

¹ Compléments nutritionnels pour pallier aux carences engendrées par les modifications du système digestif qu'opère la chirurgie bariatrique.

² Avril C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, op. cit.

³ Cartier M. (2012), « Le *caring*, un capital culturel populaire ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°191-192, pp. 106-113.

réalité des gens ! Déjà, d'une, la problématique elle est peut-être pas là. C'est-à-dire que finalement, leur difficulté à eux, elle est où ? C'est peut-être de finir la fin du mois. Où elle est la place de la motivation pour changer des habitudes alimentaires et aller faire du sport, là-dedans : si la problématique elle est « comment je vais finir le mois ? »

[Mélania, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]

Les statuts professionnels de ces cinq enquêtées concrétisent une ascension sociale méritocratique. Malgré une valorisation socialement différenciée des titres obtenus et des trajectoires parcourues, toutes attendent de leur mandat d' « obésologue » une plus-value. Dans ce champ de la médecine où les solutions restent à trouver, où toute thérapeutique est à l'état d'hypothèse, il s'agit, pour celles qui ont conquis le sommet de la hiérarchie interne de se distinguer de leurs pairs en mettant tout en œuvre, sans compter leurs heures ou leurs années, pour trouver une issue à cette maladie. Pour celles qui sont inscrites dans des voies paramédicales, les stratégies de légitimation sont plutôt d'investir un rôle de « *gardien du temple* »¹ en réactualisant des dispositions de groupe, pour faire de certaines expériences qu'elles partagent avec les patients, une bataille morale et ainsi prétendre au privilège de l'empathie naturelle qui est l'un des fondements de l'alliance thérapeutique. Reste alors à savoir ce que cet idéal du « *quand on veut, on peut* » fait à la relation éducative, lorsque la réalité du métier, en les confrontant à des patients qui, au bout du compte, ne se transforment pas (ou trop peu), suggère que cette conviction ne fait pas systématiquement recette ? Et, puisque le travail est partagé avec d'autres soignants, que cela fait aux interactions entre professionnels ?

2.1.b) La « *bonne volonté culturelle* », « *matrice de la socialisation professionnelle* »².

Cinq autres soignants de la filière paramédicale sont issus des classes moyennes ou des franges stables des classes populaires : les deux enseignants d'APA, deux infirmières (Clémence et Jocelyne) et une diététicienne (Vinciane). Le premier bénéfice que tous attendent de l' « obésologie » est celui de la légitimation de leur rôle de soignant. Pour Vinciane et ses deux collègues sportifs, c'est la chronicité même de l'obésité qui, en supplantant le seul geste technique, leur ouvre les portes des institutions hospitalières et leur permet de prétendre à ce rôle. Celui-ci a d'autant plus de valeur, que non seulement ils accèdent au soin sans être passés par la filière sélective de la médecine, mais en plus ils ont un emploi salarié stable, alors que

¹ Expression empruntée à Alexis Spire lorsqu'il dresse sa typologie des figures de guichetiers délégués au traitement des dossiers des demandeurs d'asile. **Spire A. (2007)**, « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°169, p.18-p.19.

² **Zolesio E. (2012)**, « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle », art. cité.

nombre de leurs homologues expérimentent incertitudes et précarité. Pour Clémence et Jocelyne c'est plutôt le détachement à temps plein dans un service d'éducation thérapeutique qui leur permet de sortir de l'invisibilité du groupe professionnel des infirmières et de cultiver une identité de spécialiste.

Là encore, les rapports sociaux de classe qui doublent les rapports sociaux de soin contribuent à façonner les possibles que suppose l'« obésologie » en termes de valorisation des ressources individuelles de chaque professionnel. Ce qui est frappant dans les discours à propos du travail vécu, mais aussi du sens que ces soignants donnent à leur mission, est que tous les cinq se rejoignent pour faire de l'obésité un objet d'étude, un cas d'école. Que ce soit dès les études de Master (pour les enseignants d'APA) ou lorsque participer au traitement de la maladie devient une concrétisation possible de leur engagement dans la filière de soin, la quête de savoirs sur la maladie (ses mécanismes, ses effets) suscite un vif intérêt. Et parce que l'obésité ne s'enseigne pas ou peu ni en STAPS, ni dans le cursus infirmier ou même en diététique, satisfaire cette curiosité exige le recours à l'autodidactie :

J'ai commencé à bouquiner obésité. Moi je connaissais pas du tout. Par contre, puisque j'avais cette optique de vouloir rentrer dans ce truc-là, qu'est-ce qui se fait, qu'est-ce qu'on propose ? C'est quoi l'éducation thérapeutique ? [...] Donc même avant que je fasse la formation, on m'avait donné des cours, des machins, des trucs et ça a renforcé mon idée que c'était ça.

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

J'avais fait mon mémoire sur l'obésité. Donc c'est quelque chose qui me plaisait, j'avais entendu dire y'aurait un centre de l'obésité qui allait s'ouvrir. Donc du coup j'ai fait tout un projet, tout un dossier avec l'intérêt de l'APA pour l'obésité et la chirurgie notamment.

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Cette « bonne volonté culturelle », typique des classes moyennes, suppose pour ces soignants, que leurs expériences professionnelles en qualité d'« obésologues » soient transformées en biens certifiants : Jocelyne et Clémence sont titulaire d'un DU d'éducation thérapeutique, Alexandra convoite cette licence avec acharnement. En complément de ce diplôme, Clémence enchaîne les formations professionnelles qualifiantes (en nutrition, en psychologie) pendant, qu'à l'instar des deux enseignants d'APA et de Vinciane, elle s'appuie sur ses savoirs théoriques et pratiques acquis pour enseigner les spécificités qu'exige la prise en charge de l'obésité. En intervenant dans leurs anciens instituts de formation, dans des filières plus généralistes (AMP), dans des écoles primaires ou des collèges mais aussi auprès d'équipes moins spécialisées ou en devenir, ils partagent le sentiment de capitaliser leurs connaissances

en ressources culturelles et économiques : être reconnus comme experts d'une spécialité qui par ailleurs ne s'enseigne pas ; et ainsi devenir passeurs de culture contre une rémunération régulière ou occasionnelle qui améliore leurs revenus de paramédicaux exempts des primes liées à l'atypie horaire du secteur hospitalier.

Cette « *bonne volonté culturelle* » s'affirme aussi lorsqu'ils revendiquent leur propre autonomie puisqu'ils n'ont pas bénéficié d'un enseignement dédié à l'obésité : non seulement ils ont puisé leurs savoirs dans leurs lectures, en menant leurs propres recherches mais ils sont également capables d'articuler ces apports théoriques et leurs expériences concrètes pour construire des outils de travail *ad hoc* : diaporamas, vidéos, matrices ACT¹, programmes d'activités :

Au début on avait pas autant d'ateliers, c'est vrai que ... Et pis ben ... de toutes façons, même dernièrement, j'ai mis en place un atelier, ben je prévient les patients, en fait, en disant : c'est un atelier à l'essai parce que on se rend compte que c'est une demande, voilà, assez récurrente, donc y'a une demande, on fait un atelier en disant aux patients : ben voilà c'est expérimental, à la fin vous dites ce qui va, ce qui va pas, ce qui vous a manqué, ce qui a eu en trop, enfin ... Et ça sur plusieurs ateliers et au bout de cinq, six fois où on fait l'atelier ben voilà on arrive à plus trouver ses marques et puis on perfectionne à chaque fois.

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

Ce modèle d'apprentissage du métier promu par ces « obésologues » se construit en référence à une conception de l'autonomie particulièrement ancrée dans l'*ethos* des classes moyennes lorsqu'il se conjugue au féminin².

Dans la filière sanitaire, segmentée entre médecine et para-médecine, porter une blouse blanche pour participer à l'éducation thérapeutique des patients obèses c'est également faire usage de conditions socialement situées (puisqu'associées à la possession supposées de ressources économiques et culturelles), d'une mission à mi-chemin entre accompagnement

¹ Thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and commitment therapy*). Thérapie cognitivo-comportementale qui, en prenant acte que la pleine conscience, la connaissance de soi-même sont des vecteurs d'amélioration de la qualité de vie, propose des exercices qui visent à ne pas opposer le pathologique au normal, ce qui générerait une standardisation thérapeutique mais à considérer que les accidents sont des étapes en soi et pour soi de chaque trajectoire, engageant ainsi chaque patient à être l'artisan de sa propre guérison qui passerait par l'acceptation de soi. Dans le cas de l'obésité, il s'agit de ne plus considérer la morphologie comme une déviance. Le traitement ne vise alors pas à réguler le poids mais le besoin de normalisation.

² Delphine Serre montre que cette norme, à la fois genrée et particulièrement « *caractéristique des professions intermédiaires du social et de l'éducation* », façonne « *le contenu même de l'activité professionnelle* » des assistantes sociales qui exercent auprès de femmes bénéficiaires qui sont issues exclusivement des classes populaires. Serre D. (2012), « Travail social et rapport aux familles. Les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », art. cité, p.51. Le travail d'enquête mené au sein de services d'éducation thérapeutique des patients obèses révèle une influence similaire sur les façons d'envisager le métier d' « obésologue ». Les effets de cette conception sont plus longuement abordés dans la 3^{ème} partie de la thèse.

thérapeutique et travail éducatif pour opérer un retournement de stigmatisme : mettre en scène, auprès des patients, aussi bien des savoirs médicaux que des compétences pédagogiques :

En début de parcours, je vais leur présenter toutes les chirurgies avec un PowerPoint, etc. ... pour leur expliquer comment ça se passe. On a bien 45 minutes donc le chirurgien a beaucoup moins de temps, on va plus rentrer dans le détail d'explications. Savoir comment est-ce qu'ils ouvrent, si ils ouvrent en grand, est-ce que c'est des petits trous, etc. ... Et puis savoir le chemin des aliments après l'opération, comment est-ce qu'ils perdent du poids.

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Posséder un savoir technique sans avoir le titre de chirurgien ni même de médecin n'est pas simplement une stratégie distinctive adressée aux profanes mais aussi une forme de valorisation « du temps passé » adressée à des experts qui eux n'en ont pas (ou n'en prennent pas). Sous-entendu la délégation du contact prolongé avec les patients est rentabilisée pour rendre le travail des spécialistes plus aisé : le mandat paramédical est utilisé pour faciliter le mandat médical ou chirurgical. Bénéficier des enseignements experts puis s'approprier ces savoirs indigènes et concevoir des outils pour faciliter leur transmission semble alors s'inscrire dans un marché du don / contre-don dont la plus-value est la consolidation des capitaux symboliques de ceux qui sont assignés à la place de subalterne dans la hiérarchie hospitalière.

Dès lors, tout l'intérêt du travail ethnographique réside dans l'observation et l'analyse des effets concrets du travail vécu sur ces tentatives individuelles et collectives de visibilisation du travail fourni. Notamment lorsque ces perceptions normatives du travail de transformation de soi se soldent par une absence de résultats corporels, qui sont les seuls signes tangibles d'une modification des comportements, de l'appropriation, par les patients, des manières d'être, d'agir, de penser de ces « obésologues » en quête de reconnaissance.

2.1.c) « Capitaliser l'héritage » : usages distinctifs du mandat d' « obésologue ».

Les quatre dernières enquêtées du *corpus* de professionnels sont héritières de ressources économiques et/ou culturelles associées à un positionnement en haut de l'espace social modélisé par Pierre Bourdieu. La profession de trois d'entre elles les placent dans le groupe des cadres et professions intellectuelles supérieures puisqu'elles sont médecin et psychologues pendant que leur collègue exerce une profession intermédiaire en qualité de diététicienne.

Pour cette dernière (fille d'un maître d'œuvre en bâtiment installé comme constructeur indépendant de maisons individuelles et d'une cadre de santé ; par ailleurs mariée à un directeur *marketing*) travailler à la prise en charge de l'obésité n'est pas conçu comme un bien en soi et

pour soi, ni même comme le moyen d'accéder à la valeur symbolique du titre d' « obésologue ». Julie est d'ailleurs la seule des 14 soignants à préciser : « *si il y a un domaine, une catégorie de personnes avec qui je voulais pas travailler c'est les patients obèses.* » Sa décision d'exercer au sein d'un service d'éducation thérapeutique est une étape dans le parcours rationnel qu'elle se construit depuis qu'elle a abandonné son projet de carrière de clerc de notaire au profit de la diététique. D'emblée, préparer un BTS lui paraît être un moyen efficace pour satisfaire les ambitions scolaires de ses parents qui visent à transformer le capital économique familial en capital culturel¹. Dans la même ligne stratégique, elle met à profit la connaissance maternelle de la fonction publique pour intégrer l'hôpital et ainsi bénéficier des privilèges et protections qu'offre le fonctionnariat. Julie convoite plus particulièrement sa titularisation afin d'accéder au droit de disponibilité et ainsi s'aménager des possibles sécurisés pour une éventuelle réorientation à venir. Enfin, après avoir expérimenté une organisation du travail hospitalier décevante (le manque de moyens, l'absence de reconnaissance et la surcharge de travail la mettent en porte-à-faux avec ses valeurs), l'éducation thérapeutique des patients obèses devient le compromis le plus rentable, une opportunité de s'investir dans une activité plus riche. C'est le dispositif de prise en charge qui suscite son intérêt. Les consultations individuelles d'une demi-heure sont l'occasion d'« *avoir le temps pour être dans l'accompagnement* ». Elle peut ainsi user de son sens de la relation pour espérer apporter un mieux-être aux patients. Les ateliers et la durée de trois ans du programme sont l'occasion de mettre en scène un certain nombre de ses qualités « *en termes de prise en charge, en termes de compétences, en termes de plus-value qu'on peut amener aux patients, quoi !* ». En somme, elle conçoit cette mission et le pouvoir discrétionnaire que les modalités du traitement lui accordent (« *on n'a pas d'objectifs précis* ») comme le moyen de faire un usage subversif de son titre puisque, contrairement à ce qu'on lui a enseigné (et ce que l'on continue de professer aux jeunes diététiciennes), elle n'est plus « *dans l'erreur de prodiguer la bonne parole* » :

C'est un peu comme ça, je pense, qu'on sort toutes de l'école. C'est-à-dire : « Moi je sais, je suis détentrice de la bonne parole. Vous vous savez pas et je vais vous amener le savoir !

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

¹ Ces stratégies de reconversion du capital économique en titres scolaires professionnalisants sont notamment analysées par Caroline Mazaud dans ses travaux à propos des transformations de l'artisanat français. **Mazaud C. (2016)**, « Les stratégies scolaires des artisans ruraux de l'Ouest. », *Savoir/Agir*, n°37, pp. 55-61 ; **Mazaud C. (2010)**, « Le rôle du capital d'autochtonie dans la transmission d'entreprises en zone rurale », *Regards sociologiques*, n°40, pp. 45-57.

Se considérant investie d'une mission critique à l'égard de l'ordre établi et des différentes thérapies proposées, puisque les patients perdent peu ou pas de poids ou peuvent en reprendre considérablement, quelques années après l'opération bariatrique, elle prend ses distances avec le protocole de soin. Elle refuse, par exemple, de s'adonner à la dispense systématique de normes diététiques (« *C'est vraiment mettre le couteau sous la gorge, il y rien d'éducatif là-dedans !* ») ou « omet » régulièrement d'inscrire ses patients aux ateliers auxquels elle ne croit pas. En somme, investir le champ de l'« obésologie » est d'emblée une étape temporaire qui fait suite à une succession de déclassements consentis dans l'attente de savoir comment valoriser son goût pour « *aider les autres* ».

Plus que d'exercer une profession socialement valorisée, la médecin et les deux psychologues regroupées dans cette analyse sont héritières d'un patrimoine culturel distinctif et ainsi porteuses d'un statut social à préserver. Si leur homogamie et le rôle associé à leur blouse blanche sont, en soi, des manières loyales « *d'hériter l'héritage* »¹, quelles représentations ces professionnelles ont-elles de l'« obésologie » pour que sa pratique puisse faire fructifier leurs capitaux ?

Faire de la licence médicale ou psychologique un mandat d'« obésologue », qui a vocation à transformer des corps, est loin d'être anodin pour celles qui ont incorporé que le corps est « *porteur d'une identité et d'un message aux autres, dépositaire du « souci de soi* » »². D'ailleurs pour Sophie, la plus jeune de ces trois praticiennes, ce questionnement s'impose dès son adolescence lorsque, en parallèle des alertes de Santé publique, elle est confrontée à des réalités corporelles qui l'interpellent puisque plusieurs de ses camarades deviennent obèses. « *Comment on peut en arriver là* » ne signifie pas un dégoût pour cette étudiante, dont la culture familiale fait de l'université publique, socialement hétéroclite, une évidence institutionnelle pour décrocher les titres scolaires nécessaires à sa trajectoire individuelle. « *Comment on peut en arriver là* » s'inscrit plutôt dans une démarche compréhensive qui motive son objet de recherche de Master « psychopathologie de la santé » puisqu'elle se concentre sur les troubles du comportement alimentaire. Boulimie, anorexie, obésité sont alors au cœur de l'actualité, suscitant une crainte collective et laissant le corps médical dans des thérapies incertaines. Et c'est sur ce point que, d'emblée, la perception qu'elle a de son mandat rejoint celle des deux autres enquêtées : travailler à l'épicentre des préoccupations sociales, scientifiques (et

¹ Mauger G. (2001), « Élection parentale, élection scolaire », chap. cité, p. 99.

² Darmon M. (2006), « Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps. », art. cité, p. 442.

politiques), participer d'une certaine manière à l'effort collectif, à l'instar de ce que formule Laure lorsqu'elle évoque la réorientation de sa carrière vers la prise en charge de l'obésité :

C'était un phénomène qui s'inscrit dans la société très fortement, un peu comme l'infertilité d'ailleurs. Du coup je trouvais que c'était intéressant de pouvoir approcher le phénomène en maillant les choses avec d'autres disciplines, d'autres façons de penser.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Si contenir cette épidémie représente un enjeu social, économique et sanitaire, cette volonté est en parfaite adéquation avec l'*ethos* des classes supérieures puisqu'inciter à surveiller son alimentation, s'activer physiquement (et à bon escient) revient à produire un corps sain dont la morphologie est l'indicateur visible de tous. Pour autant les ressorts de l'engagement de ces trois professionnelles pour traiter l'obésité se trouvent ailleurs. Leurs espoirs de « *valorisation de soi* » dans le champ de l'« obésologie » tiennent d'abord d'une volonté de réussir à guider les patients sur la voie d'une construction de l'« *estime de soi* ». L'excès pondéral est en effet pensé comme la cause et la conséquence d'un défaut systématique d'amour-propre :

Y'a toute une problématique d'estime de soi, ça, qui est très, très importante dans l'obésité et sur lesquelles on a véritablement une action dans le programme. C'est vrai que c'est une problématique des patients qui m'interpelle et j'ai beaucoup de plaisir à voir les patients qui progressent sur cet aspect-là !

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Fortes d'un volume et d'une composition d'un capital valorisé, la rétribution de leur mission est conditionnée par le succès de cette mission. Si l'on se réfère au concept de « *inner* » développé par Timothy Gallway¹, selon lequel ce sont les obstacles intérieurs de l'individu qui l'empêchent d'atteindre son niveau maximum de performance, il est particulièrement intéressant d'observer qu'elles s'attribuent, lors des entretiens, le titre de *coach*. Dans le champ où le corps des malades est interprété comme le signe d'un rapport fataliste à soi, ces praticiennes « naturellement » détentrices du « *souci de soi* » voient dans leur blouse blanche un devoir moral de rééducation de celles et ceux qui ont bien compris que leur poids est pathologique mais à qui il manque la marche à suivre. L'amaigrissement ne doit pas être un objectif mais la conséquence d'un remaniement en profondeur des manières de se penser soi-même : « *être plus dans l'envie que dans l'obligation* ». Cette phrase, si elle est extraite de l'entretien d'Angélique, résume assez bien la façon dont ces trois héritières envisagent les effets de leurs actions. Ce ne

¹ Enseignant à Harvard et sportif de haut niveau.

sont pas simplement les corps qui sont pensés comme malléables, ni même la culture somatique¹ mais les fonctions cognitives elles-mêmes :

*Se vivre autrement que par ce poids qui a dessiné le corps en deux dimensions,
celles renvoyées par le miroir.*

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Agir sur les fonctions cognitives n'est pas simplement prescrire. La chronicité de l'obésité est, de toutes façons, une fin de non-recevoir au seul geste technique. La solution médicamenteuse, elle, n'existe pas. Pour obtenir des résultats, il faut savoir se servir de l'outil « éducation thérapeutique ». Et le bon usage de cet outil est conditionné par la qualité de l'alliance thérapeutique. C'est là que réside le potentiel distinctif de l' « obésologie » :

*Toute relation médecin-patient est dans une alliance thérapeutique mais là on est
un petit peu au sommet*

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Cette fameuse alliance thérapeutique, en valorisant le savoir-être comme une ressource indispensable pour mettre en œuvre des savoirs et savoir-faire, est convoitée comme preuve du pouvoir symbolique détenu par ces professionnelles. Réussir à établir une relation de confiance avec les patients est une qualité humaine intrinsèque, là est le plus des cliniciens. Mais, dans le cas du traitement de l'obésité (où les corps qui ne perdent pas de poids sont qualifiés de « résistants à l'amaigrissement ») réussir l'alliance thérapeutique est aussi une condition *sine qua non* à l'amélioration des fonctions cognitives, de laquelle découlera une modification des sensations morbides puis une réelle transformation des corps :

*Généralement quand on a fini de travailler c'est plus : je tiens ! C'est je prends
soin de moi ! Prendre soin de moi c'est passer par un équilibre ! C'est plus
recourir à la nourriture de manière compulsive ou avoir besoin du sucre parce que
ça vient colmater quelque chose. Je me rends compte que j'ai plus besoin du sucre.
Je me rends compte que je n'ai pas faim donc c'est pas la peine. Mon corps me
renseigne, il est devenu compétent et je sais l'entendre.*

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Parce que l'action socialisatrice du champ de l' « obésologie » se surajoute à la socialisation de classe, (ré)éduquer au « *souci de soi* » c'est vouloir régulariser des sensations, normaliser des comportements : faire en sorte que limiter les apports alimentaires devienne

¹ Référence aux travaux fondateurs de Luc Boltanski pour la définition du corps comme objet de recherche sociologique. **Boltanski L. (1971)**, « Les usages sociaux du corps. », art. cité.

naturel et ne soit plus le produit d'un combat qui serait perdu d'avance. Mais, quoi qu'annoncent ces enquêtées dans la présentation de leurs métiers, force est de constater, au fil de leurs récits biographiques, que la seule manière d'évaluer les résultats est la perte de poids. La troisième partie de la thèse aspire à résoudre cette apparente contradiction entre des discours à la fois experts, et socialement situés, qui se revendiquent distants des discours profanes et qualifiés pour verbaliser une juste écoute des sensations ; et une évaluation mécanique des effets de la prise en charge puisque centrée sur les chiffres (IMC, masse musculaire, poids, etc. ...). Du « *souci de soi* » vers la perte de poids, est-ce un moyen de « *faire de nécessité vertu* » pour remplir un mandat délégué auprès de corporéités caractérisées par leur dureté¹ ? De la perte de poids vers le « *souci de soi* », est-ce un moyen de « *faire bonne figure* »² pour donner une dimension distinctive à l'« obésologie » qui ne viserait alors plus à faire maigrir mais à démocratiser la juste perception des sensations somatiques ?

Quelle que soit la place des enquêtés dans la hiérarchie sociale ou au sein de l'ordre établi de l'hôpital, en général, et de l'« obésologie », en particulier, endosser la blouse blanche pour accompagner des patients désireux de soigner leurs morphologies participe au temps à consacrer, aux efforts à fournir, pour se constituer un capital culturel propre dont il est attendu une rétribution certes économique mais surtout symbolique. Si la blouse blanche « *confère à son porteur une valeur conventionnelle, constante et juridiquement garantie* »³, devenir « obésologue » c'est avant tout miser sur le privilège qu'octroie la rareté. Rareté des programmes d'éducation thérapeutique (si cette formule se développe elle reste relativement confidentielle et exclusive à certaines maladies). Rareté d'une prise en charge totalement dédiée à l'obésité (les trois équipes rencontrées sont les seules à couvrir l'intégralité du département). Mais aussi rareté des pratiques thérapeutiques (aucun soutènement médicamenteux). Le défi d'une prise en charge « hors normes » est alors perçu comme une plus-value potentielle du capital symbolique de chacun des soignants qui s'engagent dans cette voie. En fonction des trajectoires individuelles, des disciplines qu'ils incarnent, chacun investit cet espoir différemment mais tous aspirent à la même force magique de la distinction : « *trouver un médicament* », « *prouver que l'alliance thérapeutique est la clé* », « *créer de nouveaux outils disciplinaires* », etc... En un mot « *posséder des biens cliniques exceptionnels* » qui seront le gage d'une réputation active au sein du champ de l'« obésologie », du secteur sanitaire mais

¹ Darmon M. (2006), « Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps. », art. cité.

² Goffman E. (1967), *Les rites d'interaction*, op. cit.

³ Bourdieu P. (1979), « Les trois états du capital culturel. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°30, p.5.

aussi du champ disciplinaire auquel chacun s'identifie. Là résident les enjeux de la transformation de soi.

2.2 Faire corps avec la culture légitime.

« J'ai eu la chance que mes parents me fassent découvrir plein de sports mais après y'a des familles qui sont pas du tout sportives, qu'ont pas touché à plein de choses donc c'est comme l'hérité culinaire, c'est l'hérité du passé sportif. Ben à l'âge adulte, ces gens-là, ils se sentent pas capables de faire, quoi. Mais moi j'ai beau tenter de leur montrer qu'ils sont capables, je dois être à 60% de gens qui font pas. C'est souvent les gens qui étaient sédentaires avant qui restent sédentaires. [...] Mais d'un autre côté je suis pas dans leur corps non plus, j'ai jamais eu de problèmes de poids, j'ai toujours bougé. »

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Qu'elle fasse suite à une mobilité ascendante ou horizontale, la blouse blanche est le signe de la détention de ressources dont la force symbolique est d'autant plus précieuse pour les professionnels qui sont assignés au statut de paramédicaux. L'« obésologie », elle, est un investissement sur la valeur de la rareté du mandat. Dans ces espaces de soins singuliers où la frontière entre soignants et patients, entre experts et profanes ne se limite pas à la seule blouse blanche mais se double de morphologies clairement distinctives, l'étude des représentations que ces professionnels ont de leurs patients (soit maintenus dans les classes populaires soit tributaires d'un « *fatalisme corporel* »¹), mais aussi l'analyse des relations qu'ils entretiennent avec eux, offrent un angle privilégié pour observer le poids des *habitus* incorporés sur le contenu même de cette activité médicale (et paramédicale). Volontiers présentée comme humble, empathique, pédagogique, la prise en charge ne relève-t-elle pas d'un travail de mise

¹ Avec cette expression Muriel Darmon évoque les représentations associées aux « usages populaires du corps ». Ici, elle est plus spécifiquement employée pour désigner la résistance biologique des corps à l'amaigrissement et qui, de ce fait, classe ceux qui en sont porteurs comme incapables de bonne volonté et donc délégitime leur appartenance sociale aux classes moyennes. **Darmon M. (2006)**, « Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps. », art. cité, p.443.

à distance sociale avec ceux dont la pathologie pondérale est, au minimum, un stigmate de la position de classe¹ voire le signe d'incompétences sociales ?

Au sein de l'institution hospitalière, leurs positions de soignants, leurs diplômes, leurs savoirs, mais aussi leur *hexis* corporelle, semblent leur conférer d'emblée des capitaux symboliques supérieurs à ceux de la majorité de leurs patients. Et c'est d'abord par corps que cette domination charismatique se met en scène, notamment au cours des déplacements dans les couloirs, d'une salle à l'autre, puisque la majorité des professionnels creusent quasiment inmanquablement l'écart avec leurs patients, leurs imposant un rythme qu'ils peinent à suivre. Distance physique dont les ressorts sont inconscients mais qui concrétise la distinction entre le soignant et le patient, entre le normal et le pathologique, entre le mince et le gros mais aussi entre le travailleur et l'oisif puisque pendant que le statut de malade autorise les uns à ne pas être productifs, les autres s'emploient à rentabiliser le temps hospitalier. Pour certains soignants, la perception de cette ultime dualité déborde amplement le seul temps des auscultations (puisque, de fait, les uns sont là pour être soignés, les autres pour soigner). Au regard du recrutement des patients (36,6% d'inactifs²) leur disponibilité est une évidence, un peu comme s'il s'agissait d'un travail complémentaire de domination normalisatrice :

Les gens qui, économiquement, ont peu de ressources, qui sont soit en invalidité, soit en recherche d'emploi, ils sont pas non plus overbookés donc ils peuvent venir aux horaires de l'hôpital.

[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]

Compte tenu de la proximité sociale entre nombre de soignants et les patients (dont le diplôme et la profession ne les cantonnent, en réalité, pas aux classes populaires mais situe une part non négligeable d'entre eux parmi les classes moyennes), cette mise à distance physique, à l'instar de la perception qu'ont les agents de La Poste de leurs guichets (décrits par Yasmine Siblot³), traduit une perception des coursives hospitalières comme des lieux de contamination

¹ « Les oppositions entre la ligne droite et la courbe, la forme carrée et la ronde, le ferme et le renflé sont immédiatement lues comme des indices d'une physionomie « morale, socialement caractérisée, c'est-à-dire d'états d'âme « vulgaires » ou « distingués », naturellement « natures » ou naturellement « cultivés » ». **Vandebroek D. (2015)**, « Distinctions charnelles. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, art. cité, p.34.

² Statistique issue du traitement des dossiers médicaux dont les soignants n'ont pas connaissance. Cependant chaque entretien débute par un recensement de données socio-démographiques, ce qui permet à chaque professionnel d'être approximativement renseigné sur plusieurs indicateurs dont le statut d'activité. Cette impression de massivité du nombre d'inactifs est d'autant plus renforcée que les chômeurs y sont systématiquement inclus, qu'ils aient déjà travaillé ou non.

³ **Siblot Y. (2002)**, « Stigmatisation et intégration sociale au guichet d'une institution familière le bureau de poste d'un quartier populaire », *Sociétés contemporaines*, n° 47, pp. 79-99.

potentielle. Dans le champ médical où la protection du risque infectieux est systématique (port de blouses, de gants), se tenir à distance devient, sans aller jusqu'à affirmer sa supériorité, une protection contre le risque inconscient de souillure symbolique. Dans les salles d'auscultations ou d'activités le risque lié à la proximité est moindre, voire inexistant, puisqu'il s'agit précisément d'incarner la blouse blanche, de prendre soin, d'exercer son métier. Dans les couloirs, marcher au rythme de ceux qui n'avancent pas revient à adopter un comportement qui non seulement est socialement condamné mais qui va également à l'encontre des efforts fournis pour faire preuve de « *bonne volonté culturelle* » voire de distinction. Cette lecture se confirme dans les discours des praticiens. Lorsqu'ils sont invités à parler de leur métier (son éthique, ses pratiques), quels que soient les parcours ou même les disciplines, c'est la volonté de guérir et, en attendant, de soulager les souffrances inhérentes au surpoids qui dominent. Pour autant que ce soit lors des entretiens formels, de conversations informelles ou d'observations d'échanges entre soignants, les discours démontrent également une condamnation récurrente des « comportements obèses ».

Si, d'une manière générale, la logique du soupçon domine les interprétations des dossiers pendant les réunions d'équipe, dans la situation artificielle des entretiens ethnographiques, aucun professionnel ne semble pouvoir contenir une représentation du patient-type nécessairement incompromis et mystificateur (« *ils nous disent bien ce qu'ils veulent !* ») :

On leur demande de décrire tout ce qu'ils mangent et nous on chiffre en calories et on a les machines qui chiffent combien le corps il utilise de calories et c'est jamais en phase ! Mais ça peut être vraiment des gros écarts ! C'est-à-dire que nous on a quelqu'un qui dit qu'il mange à peu près 1500 calories par jour et puis la machine elle dit que à partir de 2300 elle commencerait déjà à perdre du poids parce que la personne elle dépense 2600 ! Voilà ! On a des écarts énormes !

[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]

Face à la « *résistance à l'amaigrissement* » ou aux reprises de poids post-chirurgicales, dans un espace où la notoriété des professionnels dépend justement de leurs capacités à transformer les morphologies, le soupçon qui pèse sur les personnes obèses¹ peut être lu comme une rhétorique morale qui délègue la responsabilité de l'échec à ceux qui ne mincissent pas,

¹ Au même titre que celui qui pèse sur les demandeurs d'asile ou les bénéficiaires de l'action sociale d'urgence où la banalisation de la figure de la « personne vulnérable » s'accompagne d'une distinction entre l'utilisateur légitime et l'illégitime. **Frigoli G. (2007)**, « Ordre moral, ordre local : le soupçon comme réponse à la vulnérabilité sociale. » *Carnets de bord de la recherche en sciences humaines*, pp.1-13.

instituant ainsi une catégorie de patients illégitimes. Mais « *sauver la face* »¹ en dénonçant le manque de travail ou (dans le cas du recours à la « *magie* » chirurgicale) de mérite ne suffit pas. En fait, tout se passe comme si cette condamnation récurrente des « *comportements obèses* » était un moyen de légitimer le contrôle qu'ils ont sur leurs propres destins sociaux :

En tant qu'être humain si j'avais un souci, moi je me prends en charge mais eux ils font les choses pour nous faire plaisir.

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Déposséder de volonté, de compétences (« *Question compétences, on est vraiment limités ici !* ») ceux qui, après 3 ans d'éducation thérapeutique ne se transforment pas, après 2 ans de chirurgie reprennent trop de poids, ne revient-il pas à s'approprier ces mêmes ressources légitimées par « *un corps qui, dans ses mensurations et son allure [réunit] les signifiés culturels* »² que le traitement de l'obésité désire produire ?

Endosser une blouse blanche pour participer à l'éducation thérapeutique du patient obèse c'est donc potentiellement être identifié comme détenteur de capitaux (culturels et corporels) socialement distinctifs et mérités : il a fallu travailler pour en arriver là et la besogne n'est pas terminée puisque la thérapeutique salvatrice n'est pas au point. C'est également faire corps avec les rares soignants qui ont déployé des compétences, mis au point des protocoles, des instruments censés favoriser la transformation des corps et donc des comportements : manger moins, bouger plus, changer le regard sur soi. Enfin c'est être officiellement délégué pour diffuser les normes dominantes sur le terrain, au contact de ceux qui dévient et mettent en danger l'équilibre sanitaire. « *Prouver que c'est possible* » s'institue alors en véritable morale. Morale à transmettre aux patients venus pour apprendre. Mais aussi morale à habiter par corps :

C'est vrai que ça me tient depuis un moment. Ben je pense que c'est vraiment l'activité physique et l'obésité, y'a vraiment quelque chose à faire et, en fait, ce qui m'intéresse c'est de prouver aux gens qu'ils sont capables de faire en faisant adapté à eux.

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Allier volonté et malléabilité (adaptabilité dans le langage utilisé par les soignants) est censé fonctionner dans le processus de transformation de soi. Si la perte de poids n'est pas forcément spectaculaire (parce que « *passer un certain niveau c'est franchement difficile, voire impossible.* ») il est attendu de la compliance, et donc d'un travail appliqué, qu'ils produisent

¹ Goffman E. (1967), Les rites d'interaction, *op. cit.*

² Moreno Pestaña J.L (2016), « La classe du corps. Morale corporelle et troubles alimentaires. », Limoges, PULIM, p.8.

au moins une discipline de soi, loin du fatalisme associé aux corps obèses : là réside la transformation de soi. C'est-à-dire que les professionnels s'emploient à dispenser une double injonction : adopter l'ensemble des prescriptions *hygiénico*-diététiques tout en ne cédant pas à la tentation du corps mince, normer les habitudes tout en acceptant une silhouette hors-normes. Tout résiderait alors dans la culture de l'*ethos* convenable d'une rigueur naturelle (« *être plus dans l'envie que dans l'obligation !* »). La seconde partie de cette thèse détaille le travail concret mis en place par ceux dont la morphologie signe une existence saine et maîtrisée auprès de ceux dont les corpulences supposent un abandon au fatalisme. Comment et pourquoi faire cohabiter cet apparent changement de paradigme avec des IMC qui restent suspects ? Quels sont les effets de cette rhétorique sur les patients ? Les injonctions médicales et les attentes d'une patientèle venue maigrir peuvent-elles se rencontrer ? Selon quelles modalités ?

Si dans tout espace sanitaire la blouse blanche est un enjeu de distinction entre professionnel et usager, entre sain et pathologique, dans le champ de l'« obésologie », cette distinction s'acte également par corps. Corps dont la morphologie signe la corporéité. Aux corps minces le classement social de supériorité, l'attribution morale de la « *maîtrise de soi* ». Aux corps gros la relégation au rang de dominés, l'immoralité du « *laisser-aller* ». La construction sociale de cette « vérité » corporelle n'est pas sans influencer la relation thérapeutique. Notamment dans ces services où la nature des malades s'érige comme un frein à la culture que les professionnels besognent à produire puisqu'elle est l'avèrs et l'envers de leur propre légitimité. Que les trajectoires sociales soient similaires (ascension pour une part des soignants comme des patients) ou clairement distancées (certains acteurs obèses sont en situation de grande précarité pendant que quelques thérapeutes jouissent de l'ensemble des ressources associées à leurs statuts), la morphologie de ceux qui arborent une blouse blanche confirme leur réussite puisqu'elle distingue la vitalité de la morbidité (physiques et sociales). Non exempts des représentations sociales qui hiérarchisent les corps, délégués à la diffusion personnalisée des normes dominantes, ces professionnels ont à composer avec leurs biographies, leurs préjugés, leur culture médicale et l'expérience pratique de la maladie. C'est ce qui expliquerait qu'ils font corps pour agglomérer dans leurs discours et leurs pratiques ce qui peut paraître paradoxal : faire alliance tout en se distinguant, faire preuve de bienveillance tout en suspectant les « *comportements obèses* », être missionnés pour lutter contre la fatalité tout en se résignant aux résistances corporelles ... Dès lors le sociologue ne peut qu'interroger ce que fait ce travail concret à leurs identités professionnelles : comment négocient-ils la

transaction entre identités incorporées et identités attribuées ? Quels sont les effets sur les interactions entre soignants, avec les patients ? C'est ce que tentent de démêler les deux prochains chapitres.

Conclusion du chapitre 1

Devenir « obésologue » c'est choisir de travailler au cœur d'une actualité sanitaire tout aussi urgente qu'incertaine¹ puisque qu'il s'agit d'enrayer une épidémie sans qu'aucun protocole médical ne soit vraiment défini. Devenir « obésologue » c'est également accepter un mandat sans qu'aucune licence ne soit clairement reconnue. Devenir « obésologue » c'est donc choisir d'endosser une blouse blanche pour exercer une médecine, ou une para-médecine, à la fois au cœur des préoccupations et en quête de reconnaissance.

Dans le champ médical où la ségrégation professionnelle distribue la noblesse des spécialités selon le genre, où la segmentation hospitalière assigne les professions paramédicales aux rangs subalternes, ou, en tout cas, moins visibles, choisir d'œuvrer à l'éducation thérapeutique des patients obèses s'inscrit en tentative de « rétablissement professionnel »². Ces 13 femmes, ces 11 paramédicaux, ces deux médecins nutritionnistes sont là pour faire leurs preuves, construire leur territoire.

Les précisions apportées sur le profil sociographique de ces soignants les inscrivent dans des trajectoires sociales dont la pente et la célérité peuvent varier, mais toujours motivées par le désir d'investir l'activité prestigieuse de soin, dans un espoir quasi unanime de participer à l'effort d'hygiénisation de styles de vie désignés comme pathogènes. C'est précisément ce rapport au monde qui désigne la nutrition, la diététique, l'enseignement d'activité physique adaptée, le soin infirmier et la psychologie comme des manières de faire corps avec ce processus de normalisation distinctif. Puis, c'est la structure même du dispositif médical, notamment les conditions de son système de distributions des gratifications, qui désajuste le poste réellement occupé et les espoirs de notoriété. Passage d'une idéalisation initiale à une conception réaliste du métier de soignant qui, lorsqu'elle se présente, érige l'« obésologie » en perspective d'accéder aux rôles et aux tâches convoités. Éduquer des patients obèses, pour qu'ils se conforment au modèle dominant du corps sain, s'investir dans ce travail d'élaboration d'une thérapeutique où tout reste à faire, est la voie pour que l'ensemble des capitaux détenus soient

¹ Vingt après que l'obésité ait été qualifiée d'épidémie mondiale par l'OMS, l'épidémie de COVID-19 met à mal l'équilibre sanitaire, social et économique international. Les premières données épidémiologiques révèlent que les patients obèses font partie des plus sévèrement touchés. Hasard ou confirmation, au niveau mondial, les Etats-Unis, qui comptent le plus fort taux d'acteurs obèses comptent également le plus grand nombre de décès liés au virus. En France, les victimes du COVID-19 se concentrent dans le quart nord-est du territoire, précisément là où les taux d'obésité sont les plus importants. Ces similarités géographiques ne constituent en rien une preuve scientifique mais, ajoutées aux discours médiatiques, ils ne peuvent que contribuer à l'anxiété collective, à celle des patients en surpoids.

² **Bouchayer F. (1994)**, « Les voies du réananchement professionnel », in **Aïach P., Fassin D.**, *Les métiers de la santé*, chap. cité.

visibles et valorisés. Reste à savoir si la mise en scène distinctive des capitaux corporels, si l'investiture du rôle de « passeur de culture », restent des rétributions suffisantes pour redonner leur éclat aux blouses blanches.



CHAPITRE 2 :

Jeux de pouvoir autour de la définition du bon traitement.

Pendant que la chronicité de l'obésité exige une redéfinition du travail médical qui doit gérer l'inefficacité des traitements curatifs destinés aux maladies infectieuses, les recompositions de l'espace médical, au-delà des enjeux de concurrence établis de longue date entre activité médicale et activité chirurgicale, imposent un partage du territoire sanitaire avec de nombreux métiers paramédicaux qui aspirent à être légitimés en qualité de profession¹. C'est à ce titre que l'« obésologie », activité de soin partagée, se constitue en véritable laboratoire d'analyse à la fois des conditions nécessaires à la construction d'un territoire de compétences qui cherche à s'autonomiser dans le champ médical ; mais aussi des stratégies de collaborations et de concurrences négociées pour définir le bon traitement dans un contexte d'incertitudes identifiées comme une fragilisation de l'autorité médicale².

La sociologie des professions de santé souligne que la construction du territoire clinique, comme répartition des tâches et des compétences, suppose la reconnaissance simultanée du bien-fondé de chaque discipline à la fois par les autres professions patentées pour produire des « biens de santé »³, mais aussi par les institutions et les patients⁴. Plus récemment, Frédéric Pierru et Daniel Benamouzig affirment que les dynamiques professionnelles du monde médical s'inscrivent dans des « *processus transversaux d'intégration institutionnelle* ». C'est-à-dire qu'ils appréhendent les transformations des professions de santé à partir des dynamiques institutionnelles afin « *de mieux comprendre certaines difficultés éprouvées localement par les acteurs, qui font l'expérience effective d'une « dépossession », d'une « crise » ou d'un «*

¹ Entendue dans ses quatre dimensions telles qu'elles ont été définies par Claude Dubar, Pierre Tripier et Valérie Boussard, à savoir l'identité comme affirmation publique de conviction ; la spécialisation comme constitution d'un groupe en soi et pour soi dans la division horizontale du travail ; la position statutaire comme place dans la division verticale du travail et la classification sectorielle comme inscription dans le système des groupes professionnels. **Dubar C. et al., (1998), Sociologie des professions**, Paris, Armand Colin.

² **Castel P. (2005)**, « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », art. cité.

³ Concept mobilisé par Patrice Pinell pour désigner l'ensemble des savoirs et pratiques produits pour contenir les altérations de la santé par l'ensemble des acteurs impliqués dans ce qu'il nomme le champ de la médecine moderne. **Pinell P. (2009)**, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », art. cité.

⁴ **Freidson E. (1984)**, *La profession médicale*, op. cit.

*délitement » de leurs activités, dont les principes d'organisation se transforment ».*¹ C'est donc dans cette continuité, en inscrivant les prises en charge locales dans la dynamique du champ de la médecine, en général, dans celui de l' « obésologie », en particulier, que ce chapitre s'attache à saisir la synchronie des trajectoires individuelles et des transformations institutionnelles, pour comprendre comment les soignants gèrent les difficultés générées aussi bien par les mutations en cours que par les incertitudes liées à la prise en charge en elle-même.

L'obésité, d'emblée désignée maladie plurifactorielle fait pleinement écho à l'impératif de pluridisciplinarité comme preuve scientifique de l'adaptation du système de santé à l'accompagnement des patients chroniques. Que ce soit au sein des équipes hospitalières ou des groupes de réflexion, voilà une organisation qui s'érige en modèle unique de fonctionnement. Dès lors, quels sont les effets de cette division du travail réunissant, autour de la même activité, des professions qui, si elles occupent des positions différentes dans la hiérarchie médicale, partagent toutes l'expérience d'une relégation à la périphérie de ce qui définit la noblesse thérapeutique ? Au sein des équipes présentées comme le terrain de la construction d'un savoir collectif, pensé comme nécessairement plus performatif puisqu'au croisement de cadres théoriques et de pratiques complémentaires, quelle est la nature concrète du travail de collaboration interdisciplinaire ? Sur le territoire local marqué des enjeux concurrentiels entre services, et plus largement dans un champ où l'incertitude laisse place à l'émergence de groupes de réflexions qui tentent de proposer d'autres approches qui font débat, quelles sont les stratégies collectives mises en place pour remporter la mise ? Enfin, puisque le bon usage du titre de soignant est conditionné par l'accumulation de « *compétences scientifiques et diagnostiques* » et « *de qualités humaines* »², quel travail fournit concrètement chaque soignant pour tenter de briller parmi ses pairs et ainsi valoriser son rôle d' « obésologue » ? Ce sont ces trois interrogations que ce deuxième chapitre se propose d'aborder, pour finalement interroger les modalités de la construction de l' « obésologie » comme activité de soin autonome et reconnue.

¹ **Benamouzig D. et Pierru F. (2011)**, « Le professionnel et le « système » : l'intégration institutionnelle du monde médical. », *Sociologie du travail*, p.3.

² **Pinell P. (2009)**, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », art. cité, p.346.

I - Travail d'équipe et enjeux de reconnaissance disciplinaire.

S'inscrivant pleinement dans « *la rationalisation instrumentale* »¹ du service public de santé, certains établissements publics ou privés, sont labélisés, sous l'égide des ARS, pour assurer la mission conjointe du traitement de l'obésité. Cette double volonté de « *normaliser l'activité des soignants* » et « *d'équiper le patient* » de « *grilles de lecture standardisées* »² se traduit par l'imposition d'une interdépendance entre chirurgie bariatrique et éducation thérapeutique. La première ne peut être pratiquée sans un encadrement éducatif du patient. La seconde acte (à condition d'une réelle compliance du malade) la chirurgie comme un recours possible lorsque les mesures hygiénico-médicales sont tenues en échec. Ceci ne se traduit évidemment pas par une simple injonction à partager le travail entre chirurgiens et médecins (endocrinologues et nutritionnistes) mais également par l'établissement de nouveaux groupes professionnels dans le champ médical puisque diététiciens, enseignants APA et psychologues³ sont invités à participer activement au traitement de cette maladie plurifactorielle. Les infirmières, elles, connaissent une nouvelle forme du travail d'équipe puisqu'il ne s'agit plus d'être simplement maintenues en position subalterne des professions médicales mais aussi de collaborer avec des professions paramédicales à qui sont transférées des compétences thérapeutiques⁴.

Les trois services étudiés, constituent un véritable laboratoire d'analyse des enjeux du travail pluridisciplinaire qui s'est instauré en véritable hégémonie de l'activité médicale. Alors que l'ordre social de ces espaces de travail collaboratifs est segmenté entre plusieurs professions dont la reconnaissance dépend de la construction d'un territoire propre, « *en opposition avec les définitions que se donnent d'autres entités semblables* »⁵, quelles coopérations, quels affrontements résultent de cette apparente volonté d'ériger le traitement de l'obésité comme

¹ **Bordet A. (2012)**, « L'hôpital mis à mal par le management », *La Vie des idées*, p.3.

² *Ibid.*, p.4.

³ Dans le service C, présence également d'un kinésithérapeute et d'un art-thérapeute. S'ils ne font pas partie du corpus pour les raisons expliquées en introduction, le partage du travail avec ces professionnels sera également évoqué au cours dans cette partie du développement puisque certains enquêtés y font spontanément référence pendant leurs entretiens.

⁴ Le rapport Hénart, relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, afin de faire face aux nouveaux enjeux du système de santé (vieillesse de la population, chronicité des maladies et pénurie démographique des médecins) précise : « *L'incursion de nouveaux métiers paramédicaux dans le champ d'exercice des professionnels de santé doit avant tout avoir pour but, aussi bien en libéral qu'en établissement, de dégager du temps médical, le médecin étant ainsi à même de se recentrer sur ce pour quoi il a été formé et, par exemple, voir plus de patients ou consacrer plus de temps à l'acte intellectuel, par comparaison avec l'acte technique.* ». **Hénart L. (2011)**, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, Paris, Direction des affaires juridiques, p.54.

⁵ **Perrin C. (2016)**, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en activité physique adaptée dans le monde médical. », art. cité, p.144.

une spécialité à part entière ? Alors que les institutions hospitalières sont des espaces très hiérarchisés comment se rencontrent ceux qui ont tout intérêt à préserver, malgré tout, une division verticale du travail et ceux qui voient en l'horizontalisation le moyen de négocier leur visibilité ? L'observation du travail d'équipe concret, en interaction avec les discours sur ce que représente la pluridisciplinarité comme possibles, permettent d'explorer les enjeux de ces deux réalités.

1.1 Jeux de pouvoirs dans un espace segmenté.

« On a eu des difficultés par rapport aux différences de discours entre les professionnels sur la prise en charge, des façons de voir la prise en charge un peu différentes. ».

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Le champ médical est clairement divisé en deux sous-espaces : celui des professions médicales et celui des professions paramédicales. Avant d'observer les interactions entre ces deux catégories de groupes professionnels, celle au cœur de l'activité médicale et celle assignée à sa périphérie, cette section entend isoler chacun de ces deux sous-espaces pour se consacrer à l'analyse des négociations qui s'y opèrent entre chaque segment qui les composent. Cela a été abordé, il semble entendu par l'ensemble des professionnels que le travail de normalisation des corps obèses, dont les causes sont plurifactorielles, nécessite la cohérence d'une action collective entre des soignants. Médecins et paramédicaux appartiennent au même champ de l'« obésologie ». Loin de nier cette évidence, rendre compte des variations d'interactions entre professions statutairement similaires engage à comprendre les conventions¹ qui agencent les activités de chaque discipline au sein des équipes et plus largement au sein du réseau dédié au traitement de l'obésité.

1.1.a) Négociations de l'agencement des activités médicales.

L'ordre social de la médecine de l'obésité se négocie entre trois segments professionnels : nutritionnistes, psychiatres et chirurgiens qui sont tous spécialisés dans le traitement des troubles de l'alimentation. Tous ont en commun d'exercer une activité parmi les

¹ Concept emprunté à Howard Becker pour définir l'ensemble des normes implicites qui permettent la conception commune du travail collectif. En perpétuelle transformation, elles ne deviennent explicites qu'en cas de dysfonctionnement. Elles participent donc aussi bien aux logiques de consécration qu'aux processus de discréditation des actions comme des acteurs. **Becker H.S. (1982), *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion.**

moins nobles dans la hiérarchie des spécialités médicales et chirurgicales puisqu'il s'agit de traiter des organes peu sublimés dans les représentations sociales et cliniques. Délégués à la prise en charge de l'obésité, ils sont invités à unir leurs efforts pour réussir à transformer ceux qui, jusque-là, ont échappé au gouvernement social et médical des corps : savoir décider (en bonne intelligence) lorsque la chirurgie s'impose, coopérer pour que l'acte opératoire éventuel soit un succès, accompagner ceux qui ne peuvent ou ne veulent recourir à l'opération. Ainsi énoncé l'agencement des activités médicales peut être pensé comme une chaîne de coopérations (telle que décrite par Howard S. Becker) où, à la fois, chacun fait partie d'un tout mais où chaque segment peut, en fonction du diagnostic, prétendre tour à tour à une mise en avant de sa légitimité.

Le service B est dédié à l'accompagnement à la chirurgie, en péri-opératoire. Concrètement, les acteurs qui s'y présentent sont ceux qui d'emblée se projettent dans une intervention chirurgicale. L'éducation thérapeutique est uniquement là pour accompagner cette démarche : programme de six mois obligatoires en amont et ateliers fortement conseillés à *posteriori*. Historiquement, ce service apparaît 8 ans après la création du service D, dédié à la chirurgie. Spatialement, éducation thérapeutique et chirurgie n'ont pas non plus la même place. Le service d'ETP est au fond du site, dans un ancien bâtiment dont les locaux intérieurs du rez-de-chaussée ont été rénovés. Sa présence n'est pas spécifiquement signalée puisque la seule indication au-dessus de l'entrée annonce « Hospitalisation à temps partiel ». Le service de chirurgie est installé au premier étage d'un bâtiment neuf, situé à l'entrée principale. Sous son enseigne se suivent les plaques professionnelles des chirurgiens. C'est en son sein que se tiennent les RCP¹ où Anne, qui dirige le service B, se déplace pour rencontrer les autres professionnels spécifiquement affiliés au service chirurgical : psychiatre, infirmière, diététicienne et chirurgien. Autant d'éléments qui semblent désigner les chirurgiens comme détenteurs légitimes de l'autorité « obésologique » au sein de l'institution. En réalité les matériaux d'enquête révèlent des formes complexes et changeantes de rapports de domination entre ces chirurgiens et leurs alter-ego statutaires (psychiatre et nutritionniste).

Pour que leur dossier soit présenté en RCP afin que les experts valident ou non l'opérabilité, les patients doivent répondre à un certain nombre de critères :

- Avoir suivi le programme d'éducation thérapeutique pendant une durée minimum de six mois, dans le double objectif de vérifier que le suivi de règles hygiénico-diététiques ne suffit

¹ Les Réunions de concertation pluridisciplinaire sont des occasions rares où les médecins de l'obésité interagissent directement.

pas à l'amaigrissement, mais aussi d'évaluer leurs aptitudes à maintenir le respect de l'hygiène de vie qu'implique l'acte chirurgical (notamment la fragmentation des ingestions alimentaires en six prises). Les données sont transmises à la médecin responsable du service qui est chargée de les exposer lors de la RCP.

- Être examinés par un certain nombre de spécialistes afin d'éliminer toute complication biologique potentielle que l'obésité pourrait aggraver lors de l'opération. Pour tous, le minimum est d'avoir éliminé les risques pneumologiques, cardiologiques et gastroentérologiques. Puis en fonction des données cliniques de chacun, d'autres experts peuvent être sollicités. Ces consultations se font soit en interne, soit dans des cabinets de ville. Des bilans écrits sont adressés au service chirurgical et centralisés par l'infirmière coordinatrice pour compléter le dossier de chacun.
- Être évalués par la diététicienne et la psychiatre du pôle chirurgical afin d'anticiper les éventuelles complications post-chirurgicales, notamment l'incompliance ou la décompensation. Les deux professionnelles concernées participent directement à l'étude finale des candidatures.

Les RCP représentent, par conséquent, un enjeu de taille dans l'agencement de l'activité médicale puisqu'ils sont l'instance où la médecin coordinatrice du suivi préopératoire, la psychiatre évaluatrice des risques post-opératoires et le chirurgien qui opère sont en interaction directe¹.

Techniquement pour que l'opération soit validée, il est nécessaire que le patient ne coure aucun risque, ni pendant, ni après l'opération. Dans les faits, le risque opératoire ne soulève pas ou peu de débat. Si l'acte chirurgical ou l'anesthésie sont contre-indiqués par un expert, le refus ou le report sont rapidement et collégalement décidés. Ce consensus confère une légitimité supérieure à celui qui aura à charge de poser l'acte opératoire. En écartant les cas contre-indiqués, tous reconnaissent sa responsabilité, le caractère sacré du geste qu'il aura à accomplir sur les corps qui lui seront par la suite confiés, « *le hissant avec compétence jusqu'à l'image que lui et son équipe ont de lui* »². Là où les tensions apparaissent c'est lorsque la médecin rapporte les doutes de son équipe sur l'implication du patient dans sa prise en charge (passée et/ou à venir), ou même lorsque la psychiatre alerte sur des troubles psychiques. Ces écarts de point de vue, lorsqu'ils se régulent par un compromis, et qu'ils produisent donc une décision collective, sont le fruit d'un travail d'équipe classique où chaque professionnel prend la part

¹ Les interactions avec la diététicienne et l'infirmière sont traitées dans la partie 1.2 de ce chapitre qui aborde les rapports entre professions médicales et professions paramédicales.

² Goffman E. (2002), « La "distance au rôle" en salle d'opération. », art. cité, p.81.

qui incombe à son rôle dans la division du travail, dans un souci de cohésion. Ce type de chaîne de coopération¹ a été largement décrit. Ce qui mérite d'être éclairci réside plutôt dans le fait que l'ensemble des soignants affirment qu'au final, plus de neuf dossiers sur dix sont validés². L'explication de cette forte proportion d'accès à la chirurgie ne peut se restreindre au seul engagement des soignants à rentabiliser l'institution pour laquelle ils travaillent. Certes cette réalité ne peut-être niée, d'autant plus qu'il existe une différence de taille entre les statuts des professionnels du pôle chirurgical (excepté l'infirmière) et ceux de l'ETP, les premiers étant des libéraux, les seconds des salariés. Ainsi les mandats ne sont pas également liés à l'activité chirurgicale, non seulement par la nature même des formes légales de travail, mais aussi par la vocation de chaque service. L'éducation thérapeutique pourrait se passer de la chirurgie, à condition d'entrer en concurrence directe avec le service A qui se consacre de manière quasi exclusive à cette activité. L'inverse n'est pas vrai, en tout cas pas s'il s'agit de répondre aux recommandations de la HAS. C'est ainsi que le résumé Anne :

De toutes façons ils ont besoin de moi, ils comptent sur moi, ils m'ont toujours fait appel, ils m'ont toujours demandé ce que j'en pensais.

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Le cahier des charges qui encadre la labellisation gouvernementale lui attribue une supériorité légitime dans l'agencement de l'activité médicale. Celle-ci est renforcée par son statut émérite qui lui confère un pouvoir symbolique sans conteste dont elle use à la fois dans l'espace de négociation (« *Surtout pour qu'on opère pas n'importe qui !* ») mais aussi dans la présentation de soi (« *De toutes façons ils ont besoin de moi.* »). Pour tenter de comprendre pourquoi, finalement elle laisse passer neuf dossiers sur dix alors qu'elle est là « *pour faire barrage* », il est nécessaire de reconsidérer conjointement les représentations qu'elle a de sa carrière (« *toujours être la première* ») et les effets que produisent une prise en charge incertaine sur son identité professionnelle. C'est à l'intersection de ces deux éléments que l'activité chirurgicale semble devenir un moyen indispensable à la validation de son engagement dans l'« obésologie ». La chirurgie garantit quasiment systématiquement une perte de poids massive, sa difficulté est la pérennité de l'amaigrissement. De nombreux experts s'accordent pour expliquer ces reprises de poids par un désengagement des patients dans la maîtrise de soi. C'est sur ce constat que la nécessité d'améliorer l'éducation préopératoire s'impose, tout en

¹ Becker H.S. (1982), *Les mondes de l'art, op. cit.*

² L'accès aux seuls dossiers de patients opérés archivés au service A ne permet pas de vérifier la réalité statistique de cette information. Notons, tout de même, que la seule RCP qu'il a été possible d'observer s'est soldée par 100% de validations.

donnant à Anne l'occasion de continuer la compétition pour accéder à la première place : coordonner le service qui prépare le mieux les patients à être opérés par les chirurgiens qui jouissent pour l'un d'une notoriété médiatique, pour l'autre d'une légitimité scientifique puisqu'il a « *innové la bipartition*¹ ». Ainsi la validation de chaque dossier est une reconnaissance supplémentaire de sa performance à manager une équipe, à coordonner une prise en charge réputée difficile. Gratification en trois dimensions puisque lors des RCP le chirurgien congratule ses résultats (« *c'est du beau boulot ! T'as bien drivé tes filles ! Ils sont tous prêts !* ») ; de retour dans son service, elle partage chaque succès avec les soignantes de son équipe ce qui renforce simultanément son *leadership* et la motivation de « *ses filles* » à continuer de croire « *qu'on peut faire toujours plus !* » ; au-delà des frontières de l'institution, son prestige clinique fructifie puisque de nombreuses équipes médicales la contactent pour visiter son unité de soin, découvrir ses recettes².

Dans l'espace de négociations que représentent les RCP, ces alliances entre le chirurgien et la médecin peuvent toutefois se voir opposer l'avis de la psychiatre qui, elle, engage sa responsabilité sur sa capacité à déceler d'éventuels troubles psychiques latents que la perte de poids risquerait de mettre en exergue :

- Soit parce que la rapidité de la transformation de soi peut créer une rupture entre cognition et image corporelle entraînant ainsi des troubles identitaires majeurs.
- Soit parce que l'amaigrissement peut faire ressurgir des événements traumatiques jusque-là dissimulés par le psychisme (la surcharge pondérale jouant le rôle d'une carapace protectrice) provoquant des comportements suicidaires.
- Soit parce que le court-circuit de l'appareil digestif peut contraindre les comportements addictifs à se déplacer de l'alimentation vers d'autres substances finalement plus dangereuses pour la santé (drogue et alcool).

Dans les trois cas, ces effets secondaires de la chirurgie bariatrique sont à éviter à tout prix. Chirurgien et médecin-nutritionniste se rallient à ce point de vue. Le premier en fait d'ailleurs une vigilance qu'il exprime systématiquement lorsqu'il est convié à exposer le traitement chirurgical au cours de réunions organisées par les associations de patients. Après le risque opératoire en lui-même, c'est la seconde raison qu'il met en avant pour justifier le refus d'un dossier. Sa collègue, elle (convaincue que l'obésité est le symptôme d'un

¹ Variante du switch- duodénum où une partie des fonctions de l'intestin grêle sont préservées afin de limiter la mal-absorption.

² La gestion de ses requêtes est elle-même un enjeu de taille dans le processus de territorialisation de l'obésologie s'articulant notamment autour d'une véritable culture du secret. Voir partie 2 de ce chapitre.

dysfonctionnement psychique), considère que le traitement du poids ne peut se faire qu'après celui du *psyché*. Si cette convention valorise, à son tour, le rôle de la psychiatre, l'entretien avec Anne permet de mettre en lumière certains des mécanismes qui contribuent à sa rupture. Elle-même en possession d'un DU de psychiatrie psychanalytique et d'une expérience dans le secteur psychiatrique, où elle a monté « *le service pour tous les troubles du comportement alimentaire* », c'est avant tout sur la manière d'user du mandat de thérapeute qu'elle s'oppose à sa collègue :

Elle est vraiment plus TCC, c'est-à-dire les thérapies comportementales alors que moi je suis beaucoup plus lacanienne, je suis beaucoup plus psychanalyste !

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Approches psychanalytique et *cognitivo-comportementale* sont deux théories qui, classiquement, divisent le territoire de la psychothérapie. Au gré des évolutions culturelles et scientifiques, mais aussi des stratégies développées pour conquérir le marché, le déséquilibre est permanent donnant tour à tour l'avantage à la complémentarité des deux approches ou, plus radicalement, à l'une au détriment de l'autre. Lorsque ces chaînes de coopération se brisent, elles participent à la reconnaissance ou au discrédit des acteurs qui incarnent l'un ou l'autre des deux courants. C'est ce qui se joue dans l'espace des RCP où tout en interagissant pour une décision commune qui saura valoriser la réputation de l'institution, chacune des deux professionnelles œuvre à la consécration de sa propre expertise. La rivalité pourrait paraître équilibrée puisqu'elle confronte celle qui possède le titre de psychiatre et celle qui jouit de son statut émérite. Dans les faits, pour la médecin (qui a incorporé l'hégémonie du capital scolaire) il s'agit d'inverser un rapport de domination qu'elle estime symboliquement à son désavantage puisque dans la hiérarchie des diplômes de psychiatrie son DU¹ est inférieur au doctorat de sa collègue. Inscrite dans un processus de revanche sociale, ses oppositions à la psychiatre ne sont pas la simple concrétisation d'antagonismes conceptuels, mais l'expression d'une double revendication. Non seulement, elle s'oppose à celle qui « *qui veut tout commander et qui commande pas toujours de bon aloi* », mais elle fait valoir sa pratique d'une médecine financièrement désintéressée puisqu'elle est salariée et se dévoue à l'« obésologie » au-delà de l'âge légal de la retraite, pendant que sa collègue tire financièrement profit de son statut de libérale sans se consacrer pleinement à la patientèle obèse puisqu'elle partage son temps de travail entre le service chirurgical et son cabinet privé.

¹ Anne compte d'ailleurs reprendre des études universitaires dans cette discipline.

Alors que son statut de médecin n'est ni un héritage, ni la transformation de capitaux économiques familiaux en capitaux scolaires ; alors qu'elle rappelle que lorsqu'elle exerçait en libéral elle a toujours privilégié l'exercice d'une médecine moins rentable financièrement au profit d'auscultations longues et aux résultats incertains, l'espace de négociations que sont les RCP, en la confrontant à des libéraux qu'elle soupçonne d'être motivés par l'appât du gain, lui donne l'occasion de continuer d'attester de la noblesse de son engagement économiquement désintéressé :

R : Le chirurgien, bien souvent, il est là pour opérer, hein !

Q : Son objectif c'est d'opérer ?

R : Hum [acquiescement]

Q : Parce qu'il est chirurgien ?

R : Parce qu'il est chirurgien et parce que il faut rentabiliser une société civile de moyens et de chirurgie.

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Salariée parmi les libéraux, elle est là pour « veiller au grain », faire en sorte que la psychiatre n'abuse pas de son titre pour décider de manière arbitraire que la chirurgie est contre-indiquée pour certains patients et, à l'inverse, contrôler que la décision d'opérer ne vient pas servir les seuls intérêts financiers des chirurgiens. Manière, en somme, d'affirmer son emprise sur le territoire local de l' « obésologie » et de se définir comme la véritable figure du médecin (au sens traditionnel du terme)¹ qui se consacre à son activité sans compter.

Pour saisir l'entière des enjeux de légitimation, de délimitation des territoires de chaque discipline dans le champ de l' « obésologie » il est nécessaire de sortir des espaces de travail fermés que sont les réunions d'équipes. Les théories interactionnistes ont démontré que malgré les efforts des médecins pour s'imposer comme les seuls détenteurs du savoir légitime en matière de santé et ainsi empêcher toute évaluation externe de leurs pratiques, le maintien de la juridiction des professions médicales est soumis à la nature des relations qu'elles entretiennent avec leur patientèle. C'est pourquoi les espaces de rencontres collectifs entre patients et médecins que sont les réunions associatives sont précieux pour observer la mise en scène de ces rapports d'autorité entre disciplines.

Malgré la revendication unanime de la pluridisciplinarité pour traiter l'obésité, le premier élément qui saute aux yeux à la lecture des programmes des associations de patients, est la mise en œuvre de frontières nettes entre chaque discipline. Afin de décortiquer l'intégralité des parcours thérapeutiques accessibles localement, chaque soirée est consacrée à

¹ Hardy A.C (2005), « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », art. cité, p.54.

une spécialité : la psychothérapie, l'endocrinologie, l'APA, la chirurgie bariatrique, la chirurgie réparatrice et la diététique. Cette frontière, en démarquant les disciplines dans les espaces de prise de parole publique, « *produit la différence culturelle autant qu'elle en est le produit* »¹. A la fois, elle acte symboliquement une territorialisation disciplinaire, tout en étant le fruit d'un rapport de forces entre chaque spécialité pour revendiquer sa légitimité propre dans le champ médical en général, et dans celui de l' « obésologie » en particulier. L'analyse des pratiques de ces orateurs et des interactions qu'ils entretiennent avec leurs auditoires de patients révèle que les processus de légitimation de chaque segment professionnel sont soumis à des éléments de contextes (et des attitudes) ainsi qu'à des déterminants sociaux.

Ces réunions montrent un visible écart de notoriété entre la chirurgie et les autres disciplines (psychiatrie et nutrition). Ceci se concrétise d'abord par le taux de fréquentation puisque la soirée organisée sur le rôle des psychiatres et des psychologues réunit 27 personnes, celle qui traite de la nutrition et du parcours ETP en compte 28, alors que celle qui est consacrée à la chirurgie bariatrique en rassemble 62 (plus que les 30 à 40 adhérents annuels). L'une des premières explications de ces écarts est le profil thérapeutique des adhérents puisque malgré la revendication des associations de proposer un soutien à l'ensemble des personnes concernées par des problèmes de surpoids et d'obésité, 97% des adhérents sont inscrits dans une démarche chirurgicale. La première participation à une soirée thématique n'est pas soumise à adhésion², il est donc possible que certains membres de l'assistance soient des auditeurs libres. Les entretiens menés avec les 32 patients révèlent que ces instances sont perçues comme affiliées à la prise en charge chirurgicale. La conjonction de ces deux éléments permet une deuxième explication du bon score des soirées animées par les chirurgiens. Le croisement de ces données avec les entretiens menés avec les 14 personnes opérées, ou en passe de l'être, montrent que ces écarts s'expliquent également par la réputation même des différents praticiens : psychiatres et nutritionnistes sont perçus comme des censeurs, celles qui peuvent ralentir l'accès à l'opération voire l'empêcher, les chirurgiens, eux, font figure de sauveurs, leur technique permet de perdre du poids efficacement. Plus précisément, la notoriété de chaque discipline, si elle s'exprime collectivement, est en lien avec le rapport que chaque patient entretient avec sa propre trajectoire médicale, exprimant les goûts et les dégoûts pour chaque spécialité. Ces perceptions sont acquises au cours des interactions passées et présentes avec le corps médical.

¹ Bourdieu P. (1980), « L'identité et la représentation. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°35, p.66.

² Ce qui explique probablement en partie la présence de 28 personnes lorsque c'est la prise en charge médicale qui est présentée. La part des adhérents n'est pas comptabilisée lors de ces événements, cette hypothèse ne peut donc être statistiquement vérifiée. Toutefois les conversations informelles menées à l'issue de la réunion révèlent qu'effectivement cette soirée semble être celle qui réunit le plus de non-initiés.

La plupart expérimentent leur surpoids (même lorsqu'il n'est pas le motif des consultations) comme source de conflits avec les médecins¹. Ainsi, dans l'espace « obésologique » les bilans sont perçus comme des évaluations qui ne font que renforcer la culpabilité « *d'en être arrivés là* » ou de ne « *pouvoir s'en sortir* ». Seuls les chirurgiens, par l'acte technique qu'ils proposent, convertissent l'adiposité en problème mécanique réversible. C'est ce qui leur confère une véritable singularité : la valeur de la rareté. Dotés d'une légitimité, ils la réactivent dans l'espace associatif² à chaque prestation en mettant en scène, pour l'un, une relation chaleureuse avec les patients (tutoiement, accolades, plaisanteries, etc. ...) comme preuve de son engagement auprès des personnes obèses, pour l'autre, une rigueur scientifique comme preuve de son engagement dans la lutte contre l'obésité. Dans les deux cas l'auditoire est à la fois captivé et docile.

Quoiqu'il en soit, lorsque ces experts sont conviés à discuter du traitement qu'ils proposent auprès des seuls profanes, sans autre témoin professionnel qui pourraient venir modérer leurs propos, les stratégies pour tenter de s'imposer comme un interlocuteur incontournable du traitement de l'obésité varient selon le contexte.

Encadré 5 : Observation d'une réunion associative sur le rôle des psychothérapeutes dans le traitement de l'obésité.

Contexte : réunion où la psychiatre et la psychologue de la clinique sont conviées à exposer aux patients l'importance de l'évaluation psychiatrique et du suivi psychologique dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale. A part pour les cinq membres du bureau présents, je ne suis pas déclarée en qualité de sociologue. Cette observation se fait donc sous couvert d'anonymat pour la majorité de l'auditoire comme pour les deux intervenantes.

La psychiatre débute son exposé en rappelant les conditions d'accès à la chirurgie : un IMC supérieur à 40 Kg/m² ou à 35 s'il est associé à des comorbidités aggravantes ; un âge inférieur à 61 ans mais négociable selon l'état de santé et l'insertion sociale ; un environnement familial et professionnel stable ; une perte de poids en échec au cours du parcours préopératoire ; une masse musculaire suffisante et l'absence de risques anesthésiques.

Elle conclut cette introduction en insistant sur la souplesse du protocole et la rigueur de son service qui garantit l'accord de la Sécurité sociale.

La psychologue enchaîne en précisant que ni elle, ni sa collègue ne sont spécialisées dans le traitement de l'obésité mais que, de fait, cette patientèle monopolise une bonne part de leurs emplois du temps. Elle complète en expliquant que l'évaluation psychiatrique est indispensable pour déceler les drames refoulés notamment les abus sexuels qui concerneraient une part importante de la population obèse.

La psychiatre la coupe en affirmant : *On sait très bien ce qu'on cherche. Quelle que soit l'attitude des patients en entretien, on le trouve ! Avant même qu'ils s'en rendent compte. On cible dès les premiers instants.*

La psychologue poursuit : *On sait bien qu'après la chirurgie, l'effet carotte n'existe plus. Notre mission à nous c'est d'éviter qu'il y ait trop de patients perdus. Parce qu'après c'est des drames : divorces, suicides, complications médicales, complications sociales.*

¹ Soit parce qu'ils associent systématiquement les divers problèmes de santé à l'obésité du patient, lui renvoyant par la même occasion sa responsabilité, soit parce qu'ils nient la nécessité de traiter médicalement le surpoids. Ces éléments sont plus amplement analysés dans la partie 2.

² Leurs interventions sont d'ailleurs bien plus fréquentes que celles de leurs collègues puisque, en fonction des associations et des années, ils animent entre deux et trois soirées annuelles tandis que les autres disciplines sont soit évincées soit sollicitées une fois par an.

La psychiatre reprend la parole pour préciser que les recommandations de la HAS préconisent un rendez-vous psychiatrique avant l'intervention puis quatre après. Dans son service le protocole prévoit trois entretiens en amont et quatre à *posteriori*. Le choix du spécialiste est libre mais il est recommandé qu'il fasse partie du réseau. Puis elle reprecise que ce suivi est motivé par la nécessité de régler les événements douloureux du passé, de repérer des troubles psychiatriques précurseurs d'échec. Elle conclut que l'opération n'est pas une garantie de mieux-être.

La parole est alors donnée aux patients qui exposent des revendications à propos des tarifs pratiqués par les chirurgiens.

La psychiatre répond en ces termes : *le dépassement d'honoraires est largement justifié par la réputation du service et de ses chirurgiens. Vous vous faites quand même opérer par des chirurgiens qui sont réputés nationalement ! De toutes façons, souvent c'est pas vous qui payez, en général on s'aligne sur vos mutuelles.*

Membre du bureau : *ces dépassements d'honoraires c'est quand même du business ! On n'est pas des marchandises !*

La salle gronde.

Les patients reviennent sur les exigences du parcours préopératoire, l'associant à un parcours du combattant et le manque de clarté quant à l'éligibilité des patients. Les discours sont teintés de suspicion vis-à-vis de l'équité des décisions et d'amertume pour ceux dont l'opération a été différée.

Membre du bureau : *vous m'avez refusée, soi-disant pas assez de masse musculaire. Je suis passée de 0 heures à cinq heures de gym par semaine. J'avais le genou bousillé, je vois pas ce que je pouvais faire de plus. D'ailleurs j'ai rien fait de plus. J'ai appelé le chirurgien, c'est tout. La fois d'après c'était bon !*

Patiente : *c'est pas vous qui portez les 100 kilos !*

Patiente : *Y'en a qui passent, on se demande ! Parce qu'ils sont pas bien dans leur tête quand même ! C'est à se demander si vous faites bien votre boulot !*

Psychiatre : *les médecins conseillers de la sécu veulent tous être mutés ici pour travailler avec nous vu la qualité de nos dossiers.*

La présidente reprend la main pour revenir sur les bénéfices de l'activité physique et les multiples possibilités pour réduire les coûts de cette pratique. Les échanges s'apaisent.

La présidente conclut la séance en invitant l'ensemble des participants à partager une collation. Elle est la seule à discuter avec les deux psychothérapeutes pendant ce temps.

On assiste ici à une forme particulière d'exercice du pouvoir de la part de la psychiatre ; s'enchaîne une succession de stratégies pour tenter de dominer la situation. La première est directement adressée à sa collègue puisqu'elle monopolise la parole ne laissant que peu de temps d'intervention à la psychologue qui, d'ailleurs, valide sa supériorité. Ses propos sont quasiment exclusivement destinés à valoriser la psychiatrie comme pièce maîtresse d'une issue positive à l'acte opératoire. La seconde est de mettre en scène son propre *ethos* professionnel en s'appropriant la notoriété des chirurgiens et du service. Préciser que l'institution pour laquelle elle exerce dépasse les recommandations de la HAS, en proposant sept temps de psychiatrie à chaque patient au lieu de cinq, participe à donner une visibilité accrue à sa discipline. Ceci d'autant plus que les chirurgiens qui y opèrent sont « *réputés nationalement* » et que la clinique suscite les convoitises des administrateurs de la Sécurité Sociale en raison de la rigueur du suivi qui y est proposé. Pratique d'autant plus ostentatoire que ce discours ne s'attarde pas sur le caractère incitatif de ce protocole laissant planer le doute, pour les patients, sur l'obligation d'honorer ces sept consultations. Ce travail symbolique qui œuvre à l'hégémonie de l'expertise psychiatrique survient également lorsqu'en quelques mots, elle laisse supposer à chacun qu'elle les a, ou qu'elle s'apprête à les percer à jour malgré eux. Se

dotant d'attributs surnaturels, elle se met à distance des profanes, tout en reconnaissant à ceux qui ont été opérés qu'ils ont passé avec succès cette épreuve puisque sa magie n'a pas permis de déceler de troubles psychiatriques précurseurs d'échec. Une autre tentative de faire alliance avec une partie de la patientèle est d'affirmer que malgré son apparente rigidité, le protocole qu'elle défend peut s'assouplir au cas par cas. Manière de signifier qu'au-delà des seuils (d'IMC, d'âge, de masse musculaire) la psychiatrie, en offrant un espace de parole aux patients, peut, à condition de compliance et d'environnement stable, permettre à certains d'accéder à l'opération malgré des données biologiques contre-indiquées.

Toutefois, en suggérant ainsi que sa science est capable de séparer le bon grain de l'ivraie, elle accentue la frontière (et la violence symbolique qui l'accompagne) qui sépare les bons patients des mauvais. Dès lors, il est aisé de comprendre l'hostilité observée puisque ce discours est adressé à des individus qui expérimentent de longue date leur corpulence comme le stigmate d'une faiblesse morale. Dans la relation d'auscultation, recourir à la défection est impossible, l'entretien avec la psychiatre est obligatoire pour accéder au traitement, prendre la parole est trop risqué. Reste la seule *loyalty* telle que définie par Albert Otto Hirschman¹. C'est-à-dire que le contexte et leurs conditions les contraignent d'accepter la situation sans apporter pour autant de crédit à la praticienne. Avec le groupe comme support, la prise de parole devient possible à l'encontre de cette « obésologue » dont les méthodes sont suspectes :

Elle m'avait sorti tout un document avec toutes les horreurs qui peuvent arriver si ça échoue, voilà ! ... en fait, elle, elle me disait de bien réfléchir, qu'il fallait vraiment que je fasse attention et prendre la bonne décision, elle disait que pour elle, c'était pas cette opération à faire.

[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Lorsqu'Emma est invitée à présenter les programmes d'éducation thérapeutique hors chirurgie, dans une association dont elle sait qu'elle attire les patients qui s'inscrivent dans un parcours chirurgical, son objectif est de démontrer que chirurgie ou pas, sa discipline est indispensable puisque que c'est elle qui mesure les effets métaboliques de l'obésité. Ce message s'adresse d'abord, bien-sûr, aux patients. Pour cela elle présente un exposé didactique, diaporama à l'appui, sur l'étiologie et la mécanique de la maladie. Le vocabulaire utilisé (déséquilibre de la balance énergétique, germes intestinaux, métabolisme, génétique, troubles médicamenteux, restriction, diète, sarcopénie², pathologie endocrinienne, atteinte hormonale,

¹ Hirschman A.O. (1970), *Défection et prise de parole. Théorie et application*, Paris, Fayard.

² Diminution de la masse musculaire.

ghréline¹, leptine², nutriments, acides gras) place clairement sa science comme la mieux à même de comprendre l'obésité. Puis, elle détaille les programmes d'ETP proposés par son institution en rappelant que l'objectif est de ré-équilibrer la balance énergétique et d'améliorer la composition métabolique à partir d'une co-construction entre le patient et l'équipe. Ce qui ne manque pas de souligner que le dispositif qu'elle défend, s'il s'appuie sur l'expertise médicale, entend gommer l'asymétrie de la relation thérapeutique pour donner au patient un rôle crucial dans la trajectoire de sa maladie. Enfin elle présente le parcours chirurgical en précisant que cette technique engendre de nombreuses complications notamment en termes de carences alimentaires, ce qui confirme l'importance d'un suivi médical à vie, avant de conclure :

La chirurgie n'est pas une solution en soi.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Manière de se déclarer ouvertement en concurrence avec cette discipline qu'elle considère comme assujettie à la sienne puisque, selon ses convictions, ce n'est pas au chirurgien de lui adresser ses patients pour les préparer à l'opération ou s'assurer de ses effets à *posteriori*, mais à elle de lui confier les quelques rares malades pour qui elle est sûre que l'intervention participera à l'amélioration de leur métabolisme (à condition d'une surveillance médicale).

La tribune associative est ainsi une manière indirecte d'adresser un message aux chirurgiens. Répondre à l'appel des membres du bureau, qui souhaitent se défaire de leur image d'association de bypassés, est une opération sur le marché du don/contre-don³. Sa présence permet d'attirer de nouveaux patients, potentiellement futurs adhérents. En contrepartie, son alliance avec ceux qui semblaient tout acquis à la chirurgie est non seulement scellée mais aussi publicisée par le biais du programme qui circule dans toutes les salles d'attente.

Que ce soit au sein des équipes ou lors des journées d'étude tous les médecins rencontrés présentent l'interdisciplinarité comme un indispensable. Celle-ci traduirait la complémentarité des différentes expertises. Toutefois, parce que les résultats de la prise en charge demeurent incertains, parce les frontières qui définissent le territoire de l'« obésologie » sont floues mais aussi parce la division du corps médical en plusieurs segments est propice à la concurrence, l'agencement concret des activités médicales révèle une tentative, pour chaque groupe professionnel, de s'approprier le monopole de « *la définition du bon traitement* »⁴. Cette quête

¹ Hormone qui stimule l'appétit.

² Hormone qui régule la satiété.

³ **Mauss M. (1924)**, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, op. cit.

⁴ **Castel P. (2005)**, « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », art. cité, p.445.

engage à la fois les interactions entre professionnels mais aussi avec les patients dont le taux d'adhésion à telle ou telle pratique publicisera le succès d'une discipline par rapport à une autre. En attendant de guérir durablement les patients qui souffrent d'obésité, capter la patientèle est une stratégie pour agencer l'activité médicale (dont le financement dépend du taux de remplissage des lits¹) à son profit. Sortir de l'espace clos des consultations pour participer aux réunions associatives donne une dimension ostentatoire à cette pratique. Ses effets sont doubles.

D'un côté, les patients qui y participent ont le sentiment de pouvoir réduire la distance qui les sépare des médecins : habituellement assujettis à la prescription du thérapeute, ils peuvent questionner ces décisions ; profanes, ils peuvent être en proximité des experts ; déviant, ils peuvent partager un temps de convivialité avec les entrepreneurs de morale. Les professionnels le savent et ne manquent pas de cultiver cette apparence : le médecin prolonge sa présence pour rencontrer les participants sur des questions médicales personnelles, les chirurgiens reviennent inlassablement vulgariser leurs techniques, se familiariser avec leurs patients. Autant d'occasions de cultiver leur notoriété.

D'un autre côté, ces praticiens s'attirent la méfiance de leurs collègues (et d'une part de la patientèle) qui les accusent de prosélytisme. Attitude jugée, par les patients, comme non-adéquate avec la représentation qu'ils ont de la figure du médecin, un expert qui doit garder ses distances avec les profanes. Cette dissonance se calque sur l'asymétrie des rôles dans la relation thérapeutique, le risque étant que l'« obésologue » ne travaille pas à guérir. Au sein du corps médical, que les professionnels participent ou non à ce genre d'exercice, chaque orateur est soupçonné de raréfier la patientèle au profit de sa seule thérapeutique. Cette tension recouvre les conflits de discipline, mettant en tension la construction même du territoire de l'« obésologie ».

1.1.b) Négociations de l'agencement des activités paramédicales.

Si les infirmières ont toujours travaillé aux côtés des médecins, le caractère chronologique de l'obésité ouvre une « voie royale » à d'autres groupes professionnels dits paramédicaux. Dans le cas de cette pathologie pondérale les disciplines conviées, en complément de la science infirmière, pour éduquer les patients à la maîtrise de leur poids sont la diététique, l'APA et la psychologie. Leur participation à la prise en charge est d'emblée justifiée par la définition plurifactorielle de cette maladie. A chaque approche sa cible : les données biologiques, l'alimentation, l'activité physique et les troubles psychiques. Complémentarité qui donne à voir une définition claire du territoire de chacun. Il n'est pas

¹ **Domin (2016)**, « La réforme de l'hôpital public Un management sans ménagement. », art. cité.

attendu que la diététicienne conseille la pratique d'un exercice physique ni que la psychologue pèse le patient. Les soignants rencontrés affirment d'ailleurs que cet agencement de l'activité paramédicale, en clarifiant les missions de chacun, participe à asseoir leur identité professionnelle.

Par exemple, les diététiciennes qui ont une expérience en libéral expliquent avoir empiété sur le territoire des autres disciplines dans un souci de proposer une prise en charge globale aux patients. Si dans le milieu hospitalier, elles sont sollicitées pour participer au traitement d'une multitude de pathologies, en cabinet de ville la majorité des personnes qui leurs sont adressées le sont pour réguler un problème pondéral¹. Convaincues que l'équilibre de la balance énergétique ne peut se contenter d'une hygiène alimentaire, leurs prescriptions peuvent aller jusqu'à la recommandation d'exercices physiques, tutorat à l'appui. De plus inviter les patients à décrire l'histoire de leur prise de poids, leurs habitudes de vie peut les amener à investir un rôle de psychothérapeute. Dans les deux cas, s'éloigner de leur spécialité peut se révéler inconfortable.

Pour les enseignants d'APA, cette mise en tension de leur identité professionnelle s'est faite dans le sens inverse puisque leurs parcours en institutions médicales leurs a appris à défendre leur territoire face à des kinésithérapeutes qui n'ont pas toujours vu d'un bon œil leur arrivée dans les équipes pluridisciplinaires. Il est alors nécessaire de redéfinir les prérogatives de chacun pour justifier de la légitimité de cette nouvelle discipline aux côtés d'un groupe professionnel ancré de longue date dans le secteur paramédical.

Plus que la reconnaissance des attributs de chaque spécialité, cet agencement de l'activité paramédicale donne une place à chaque groupe professionnel dans la division horizontale du travail. Chacun a besoin des compétences des autres pour réaliser ses propres tâches. C'est à cela que servent les transmissions et les réunions d'équipe. Il n'est pas question de faire de *forcing* sur la pratique d'activités physiques ou le suivi d'une hygiène alimentaire si l'état psychologique du patient ne le permet pas. Il n'est pas non plus question de tirer des conclusions hâtives sur l'absence de perte de poids si la personne est assidue aux séances de gymnastique et respecte à la lettre les consignes de la diététicienne.

Tous ces éléments recueillis lors des entretiens laissent supposer, là encore, une chaîne de coopération où chacun est légitime. Pour le vérifier l'observation du travail concret et des interactions lors des ateliers animés en binôme et des réunions d'équipe est un matériel précieux. Elle permet de mesurer écarts et concordances entre idéaux discursifs et réalité des

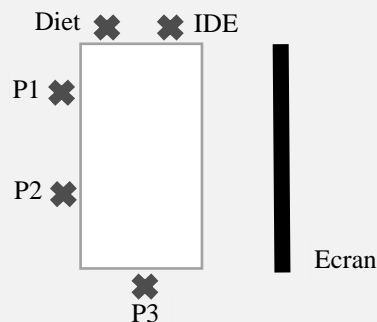
¹ Bard E. (2019), *Faire bon poids, bonne figure : sociologie des suivis diététiques en libéral*, op. cit.

pratiques. L'observation des ateliers proposés au sein des associations de patients croisée avec les entretiens menés avec les acteurs obèses, en rendant compte de l'appropriation de l'offre paramédicale, permet d'évaluer si toutes ces disciplines rencontrent la même notoriété.

Encadré 6 : Observation de l'atelier « Analyse sensorielle ».

Contexte : atelier organisé lors de la journée d'hospitalisation à mi-parcours des patients engagés dans le programme d'ETP de trois ans. Animé par une diététicienne et une infirmière, il réunit trois à quatre patients. Il fait l'objet d'un bilan individuel présenté à l'ensemble de l'équipe en milieu de journée, avant restitution des avis, par l'infirmière, à chaque patient et inclusion dans les dossiers médicaux informatisés. L'observation se déroule pendant le 2nd stage d'immersion à l'hôpital. Mon statut de sociologue est connu des professionnels, ma présence approuvée par les patientes.

Les patientes sont accueillies par la diététicienne qui les invite à s'asseoir autour d'une table de manière à être face à l'écran sur lequel sera projeté une vidéo qui fait partie d'un kit pédagogique conçu par l'IREPS (Instance régionale d'éducation et de promotion santé)¹. Une patiente s'installe en bout de table, la diététicienne lui précise que cette place est la sienne et l'invite donc à se déplacer.



Elle débute la séance en se présentant puis invite les patients à en faire de même tout en leur proposant d'inscrire leur prénom sur un chevalet.

Alors que la première patiente (P1) écrit, la diététicienne lui demande de décrire son parcours au sein du service : la façon dont elle a eu connaissance du programme, les options choisies et son ressenti sur les effets produits.

Pendant que P1 se présente, l'infirmière entre dans la salle, les bras chargés de documents. Elle va s'asseoir à côté de sa collègue.

Lorsque la troisième patiente (P3) a fini de se présenter, la diététicienne demande à sa collègue d'en faire de même, puis explique l'objectif de la séance pendant que l'IDE étale plusieurs parts individuelles d'aliments sur la table (barre de chocolat, pâte de fruit, biscuit, fromage)².

La diététicienne demande à chacun de choisir la denrée qu'il préfère. Ceux-ci restent sur la réserve. P1 déclare que son diabète lui interdit de céder à son goût pour la pâte de fruit en optant pour un fromage.

P1 : *ce n'est pas trop ?*

Diet : *ce sont des tailles standards de portions individuelles, il n'y a aucun problème.*

Les deux autres patientes prennent une barre chocolatée pendant que l'IDE se lève pour distribuer des documents à chacun.

Après avoir expliqué qu'un aliment s'apprécie d'abord « hors bouche » avec les sens physiques (vue, toucher, ouïe) puis « en bouche » avec les sens chimiques (odorat, goût), la diététicienne lance les premières minutes du film pédagogique qui présente la séance à venir.

La diététicienne interpelle les patients pour savoir s'ils ont des remarques. Après quelques hésitations, P2 résume : *l'alimentation est à la fois un besoin et un plaisir.*

Diet : *le plaisir augmente quand on décortique par tous les sens.*

¹ Disponible en ligne : <https://resodochn.typepad.fr/nutrition/2013/05/laventure-sensorielle-dans-l'alimentation.html>

² Ces produits proviennent de l'économat de l'hôpital. Ils sont classiquement proposés en guise de collation aux patients hospitalisés, respectant à la fois le grammage alimentaire et l'hygiène d'un emballage individuel mis en place dans les restaurations collectives.

Le film est relancé, la diététicienne en profite pour choisir une barre chocolatée puis l'IDE prend un biscuit.

Après le visionnage de la séquence sur la vue, la diététicienne demande si la vue est trompeuse. Les patientes acquiescent en donnant plusieurs exemples d'aliments irrésistibles (tomate, mirabelle, litchi).

P1 : en pleine saison des mirabelles, manger le fruit dans l'arbre est un vrai plaisir mais ce n'est pas bien car ça fait manger entre les repas.

Diet : il faut travailler ça lors de vos rendez-vous annuels. C'est pour ça que l'analyse sensorielle est essentielle, elle permet de distinguer entre envie et manger.

Le groupe devient bavard. La diététicienne y met fin en demandant le silence pour que chacun analyse visuellement son mets puis en rédige un descriptif et les ressentis associés sur la grille prévue à cet effet. Un tour de table est ensuite engagé clos par une description très détaillée, par l'IDE de son biscuit.

S'enchaînent, sur le même format, les séquences du toucher, de l'odorat et du goût.

En fin de séance la diététicienne interpelle P2 qui a déjà assisté à ce type d'atelier lors de son hospitalisation au service C pour savoir si depuis, elle a mis en place cette analyse sensorielle chez elle.

P2 : oui mais on se moque de moi, je ne le fais plus depuis longtemps mais je vais le refaire. Ça donne de nouvelles idées sur les aliments. Moi j'aimais les noix de cajou, maintenant je sais que c'est gras, salé, pas bon, j'en mange plus.

Diet : l'idée intellectuelle de départ est différente de l'expérience du goût.

P2 : au [service C] on a fait pareil avec un paquet de chips, sauf que chez moi ça marche pas ! En atelier, on joue le jeu.

Diet : si vous réutilisez ces apprêts, ça vous aidera à augmenter le plaisir, donc à diminuer la consommation. L'expérience peut être faite avec des aliments qu'on n'aime pas pour découvrir un intérêt.

Une discussion s'engage sur la faisabilité de cet exercice au quotidien. La diététicienne y met fin en déclarant que la séance est finie et que chacun peut soit finir son aliment test, soit l'emporter, soit le laisser. L'infirmière mange son biscuit, les patientes l'imitent puis quittent la salle.

Nous rangeons la salle. Les deux soignantes s'installent à un bureau pour rédiger le bilan de la séance. La diététicienne rédige et demande l'accord de sa collègue avant chaque validation. Cela prend très peu de temps, elles sont systématiquement en accord.

A première vue, cette séance (en adéquation avec les autres observées) semble révéler un véritable déséquilibre dans la distribution des rôles entre l'infirmière et la diététicienne plaçant la première en posture d'exécutante et la seconde en position dominante. D'ailleurs Jocelyne explique que définir son territoire dans ce type de co-animation a été compliqué puisque « *c'était un peu : tu ramasses la vaisselle* ». Si la diététicienne tire du bénéfice de la situation, s'appropriant de manière quasi-exclusive les attributs du savoir (c'est elle qui enseigne), voire de l'autorité (c'est elle qui discipline), l'infirmière n'en donne pas moins de valeur à son rôle propre puisqu'en jouant la quatrième apprentie (en blouse blanche), elle signifie sa proximité des patients, s'appropriant la légitimité de la dotation en *care* :

Moi j'ai des patients qui m'ont dit ça : mais vous savez, des fois, on en a marre de toujours répéter la même chose en hospit de jour, au niveau diététique : il faut faire ci, il faut faire ça. Ce serait là qu'il faudrait peut-être accorder plus de temps à l'entretien infirmier. Nous on est moins dans les conseils, plus dans l'écoute.

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Ce bénéfice est également décrit par Jocelyne puisqu'elle explique que c'est en défendant sa culture professionnelle, qu'elle a progressivement réussi à transformer la place de subalterne que lui assignait sa collègue en véritable collaboration :

Peu à peu, moi j'animais, je coanimais les ateliers avec la diet. En fait, moi, j'essayais un peu de rattraper le discours c'est-à-dire que ... bon ce que unetelle a voulu dire c'est que dans certaines circonstances, pour certaines personnes, elles ont absolument besoin d'un cadre mais peut-être que c'est pas votre cas ! [...] Et le plus beau cadeau c'est quand ma collègue diet me dit : ben écoute je te remercie de m'avoir apporté tout ce que tu m'as apporté ;

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

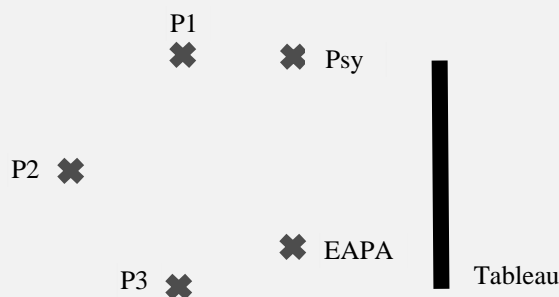
La mise en scène qu'offre l'animation en binôme permet à chaque soignant de définir auprès des patients le périmètre d'action de chaque discipline. Manière, pour soi, de faire coïncider identité attribuée et identité incorporée. Mais aussi manière, pour le collectif des « obésologues », de démontrer à la patientèle le bien-fondé du traitement pluridisciplinaire.

Encadré 7 : Observation de l'atelier « Activité physique et relaxation ».

Contexte : atelier organisé lors de la journée d'hospitalisation à mi-parcours des patients engagés dans le programme d'ETP de trois ans. Animé par une psychologue et l'enseignant d'APA, il réunit trois à quatre patients. Il fait l'objet d'un bilan individuel présenté à l'ensemble de l'équipe en milieu de journée, avant restitution des avis par l'infirmière à chaque patient et inclusion dans les dossiers médicaux informatisés. L'observation se déroule pendant le 2nd stage d'immersion à l'hôpital. Mon statut de sociologue est donc connu des professionnels, ma présence approuvée par les patientes.

La psychologue et l'enseignant ont poussé les tables pour laisser place à cinq chaises installées en cercle.

Une fois prêts ils font entrer les patients et les invitent à prendre place. Elles s'assoient côte à côte, laissant les chaises dos au tableau aux deux professionnels.



Les deux professionnels s'assoient à leur tour. L'enseignant d'APA quitte sa blouse et introduit la séance en expliquant que son objectif est d'exprimer les sensations produites par l'activité sportive. La psychologue poursuit en exposant la croyance de l'équipe au bien-fondé de la relaxation pour reconnecter le corps à l'esprit.

L'enseignant d'APA distribue deux haltères d'un kilo à chacune des patientes en leur demandant si elles en possèdent personnellement. Deux patientes (P1 et P3) répondent qu'elles se servent de bouteilles d'eau. L'enseignant d'APA se saisit de l'occasion pour demander à P1 de montrer aux autres la façon dont elle se sert de ses bouteilles. Avant de s'exécuter, elle précise qu'elle n'a pratiqué aucune activité physique depuis 2 mois, consacrant beaucoup de son temps au jardinage. Le professionnel valorise cette activité en expliquant qu'elle est aussi physique puis l'invite à nouveau à soumettre au groupe une façon d'utiliser les bouteilles en guise d'haltère. Elle effectue des flexions de l'avant-bras sur l'épaule en alternance. Le soignant l'imité et propose aux deux autres patientes

d'en faire de même. Pendant l'exercice, il demande aux personnes de décrire les sensations produites.

P3 : *c'est douloureux.*

P2 : *oui, c'est douloureux.*

EAPA : *comment peut-on adapter cet exercice pour que ce soit moins douloureux ?*

P2 : *moi, même si c'est douloureux je sais pas m'arrêter, c'est ce que me reproche mon kiné.*

Psy : *est-ce qu'il y a des signes précurseurs à la douleur que vous pourriez écouter ?*

P2 : *le kiné me dit d'écouter mon corps mais c'est difficile. Moi j'ai de gros problèmes au dos. Mais je marche tous les jours. Quand ça fait trop mal, je m'arrête, je souffle un bon coup et je repars. Il faut se dépasser ! Du coup je marche jusqu'à plus pouvoir.*

P1 : *moi je vais au travail en marchant. La limite est fixée par l'arrivée. Et ça fait pile 30 minutes par jour ! N'est-ce pas Monsieur le coach !*

La psychologue précise que pour trouver ses limites psychiques, il faut trouver ses limites physiques.

P2 exprime son émotion par quelques larmes. Les deux autres patientes tentent de la réconforter. Pendant ce temps P1 continue de faire l'exercice.

L'enseignant d'APA revient sur les tests qu'il a fait passer plus tôt aux trois patientes et leur signifie qu'elles ont toutes amélioré leurs performances en un an. P3 lui répond que pourtant le discours de certains soignants est cassant et explique que lors de son dernier rendez-vous avec son kiné celui-ci lui a reproché la persistance de son manque de souplesse. Elle souligne que la confrontation entre les exigences qu'induisent un tel engagement et ce genre de jugement négatif de la part des professionnels qui les encadre est non seulement difficile à accepter mais est une atteinte directe à la motivation et à l'image de soi. Les deux soignants se saisissent de cette remarque pour préciser que l'objectif des hospitalisations de jour annuelles est justement d'encourager les patients dans leurs efforts.

La psychologue ré-interpelle P2 en lui demandant quels sont ses objectifs.

P2 : *perdre du poids.*

P1 : *moi aussi mais j'ai appris à m'accepter et à ne pas me rendre responsable de tout. Il faut se prendre en main mais l'objectif doit être le bien-être. Bon, je veux quand même perdre du poids mais je sais que je perdrais pas tout. Même si je suis déçue par les résultats aujourd'hui, il faut que je continue mon cheminement.*

P3 : *moi je ne m'accepte pas du tout. Je suis un peu feignante, j'ai du mal à faire de moi-même. Je préfère faire en groupe mais « Sport pour tous » c'est qu'en ville. Moi j'habite trop loin. Les clubs sportifs c'est trop cher.*

Psy : *divers sports gratuits sont possibles. La marche à pied, par exemple.*

P3 : *c'est pas très varié. Et puis j'ai besoin d'un coach pour progresser.*

EAPA : *Vous ne faites pas rien, vous avez fait beaucoup de progrès en un an. Votre condition physique et votre état de santé se sont améliorés.*

Psy (aux trois patientes) : *il est important de savoir capitaliser ce que l'on fait.*

La conversation se poursuit sur les pratiques sportives des unes et des autres, les facilités et les difficultés rencontrées. Les deux soignants tentent de valoriser les expériences de chacune.

P3 finit par désigner les haltères : *on a bien travaillé !*

EAPA : *nous n'avons pas beaucoup pratiqué mais il y avait plein de choses à dire. La séance a été riche grâce à vous.*

Les deux soignants se lèvent. L'enseignant d'APA explique que pour la séance de relaxation les patientes ont le choix de rester sur leurs chaises ou de s'allonger sur un tapis de sol. Si la psychologue précise qu'il est préférable de s'allonger, P2 fait le choix de rester assise. L'enseignant d'APA distribue des tapis aux 2 autres patientes et s'installe également au sol.

La psychologue s'installe en retrait du groupe puis lit un texte qui vise à guider la relaxation par visualisation sur un fond de musique zen. Tous ferment les yeux et semblent réceptifs à la proposition. La séance dure un quart d'heure.

Après avoir attendu que toutes reprennent contact avec la réalité, la psychologue propose à chacune de s'exprimer sur les effets ressentis de cette activité. Unanimement les patientes louent les bienfaits expérimentés. Lorsque la thérapeute les invite à s'accorder ce type de temps à domicile, P1 fait la remarque que cela lui semble difficile car elle ne possède pas l'accompagnement sonore qui lui semble indispensable pour pouvoir se laisser porter. L'enseignant d'APA lui explique que la musique était diffusée à partir d'un site internet d'hébergement gratuit et lui propose de faire de même chez elle. P3 déclare que ce type de pratiques est tout à fait impossible à domicile au regard de l'agitation permanente qui y règne.

La psychologue conclut la séance : *vos corps ont des compétences !*

Une fois les patientes parties, les deux soignants rédigent directement, sur le serveur de l'hôpital, une synthèse individuelle de l'atelier pour chaque patiente.

L'intitulé même de cet atelier laisse supposer une division équitable du travail entre enseignant d'APA et psychologue. Si les observations de plusieurs séances de ce type révèlent que finalement, la pratique d'activité physique se limite à un exercice unique¹, en début de session, Mathieu y met clairement en scène son identité de *coach*. Quitter sa blouse, faire les exercices (relaxation comprise) en même temps que les patients, a un double effet : celui d'un rapprochement physique avec les patients en partageant par corps les mêmes expériences tout en se distinguant du corps soignant en quittant l'uniforme médical. La force symbolique de l'enchaînement de ces deux gestes n'est pas de devenir un simple profane mais bien d'endosser son habit professionnel d'enseignant d'APA. Investissement identitaire qui balise chacune de ses interactions avec les cohortes de patients réunis à mi-parcours du programme puisque mesures de la condition physique et encouragements sont sans cesse mobilisés. De son côté, la psychologue use également de cette division horizontale des tâches pour définir le rôle de sa discipline dans la prise en charge : si son collègue est délégué à la mise en forme physique, elle, est mandatée pour transformer le psychisme. Si l'un ne va pas sans l'autre, à chacun sa part de travail, mais aussi sa posture, pour accompagner les patients vers une amélioration de leur état. Dans l'espace d'un atelier « activité physique et relaxation », avant de se mettre en retrait pour guider les patients « *pour reconnecter le corps à l'esprit* », il s'agit pour la psychologue, dans un premier temps, de rester à sa place, de ne pas investir la mise en mouvement corporel proposée par l'enseignant d'APA pour signifier son « écoute active » des biographies de chacun et ainsi les encourager à prendre la mesure des contraintes qu'ils s'imposent. Deux manières complémentaires d'inviter les patients à prendre en main leur destin qu'il soit corporel ou psychique, qui permettent à chacun de délimiter son territoire tout en légitimant la pluridisciplinarité.

A côté de ce travail de preuve, auprès de la patientèle, les interactions entre professionnels montrent que l'agencement des activités paramédicales n'est pas exempt de négociations où chacun œuvre à légitimer le « faisceau de tâches »² propre à son métier. Les tensions entre identité incorporée et identité attribuée se jouent à plusieurs niveaux. Soit de manière directe, en équipe, où la négociation pour définir le territoire propre à chaque discipline se traduit bien souvent par une hiérarchisation de celles-ci. Soit de manière indirecte lors des

¹ Les haltères sont parfois remplacés par de la gymnastique sur chaise.

² Hughes E. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit.

entretiens avec la sociologue, en tentant de démontrer l'ascendant de sa discipline sur la construction de l' « obésologie » ou en décrivant le travail des autres groupes professionnels pour mieux définir les atouts de son propre art.

Le rôle le plus en tension est celui des infirmières qui, malgré la place qui leur est faite au sein des équipes, ont à se débattre pour définir leur territoire parmi les spécialistes car leur mandat est perçu comme généraliste, si ce n'est sous-médical. Dans l'espace des réunions de synthèse, alors qu'au même titre que leurs collègues, elles mènent des entretiens individuels ou des ateliers, la retranscription du travail accompli se limite au relevé des différentes constantes tandis que les autres disciplines sont invitées à formuler des avis sur les perspectives de traitement pour chaque patient. Non seulement, contrairement à leurs collègues, leur grille d'entretien ne prévoit pas d'encart pour la rédaction de prescriptions ou même de conseils (Cf. annexe C6) mais, lors du tour de table, les infirmières ne sont que peu sollicitées. Pendant l'entretien avec le patient, comme leurs collègues, elles recensent les données socio-démographiques et les démarches antérieures d'amaigrissement, évaluent l'environnement social et la connaissance du programme. La spécificité de leur intervention est de prendre les constantes et de relever (en 5 mots) les représentations que le patient a de l'obésité. Pour finir, elles lui demandent d'évaluer, en un mot, son engagement pour perdre du poids sur une échelle qui va de la détermination au découragement. Pendant la réunion, elles sont interpellées pour rappeler les constantes et pour retranscrire la terminologie choisie par chaque patient pour évoquer l'obésité. Elles sont dépossédées des thématiques qu'elles partagent avec leurs collègues puisque l'anamnèse, l'environnement social et les souhaits du patient sont exclusivement évoqués d'un point de vue psychologique, diététique et d'activité physique. Quant à l'auto-évaluation de l'engagement des acteurs obèses, elle est soumise à débat pour être réévaluée par les autres professionnels en fonction des données qu'ils ont recueillies lors de leurs propres examens. La synthèse rédigée à l'intention du médecin traitant, en complément de ces données, fait apparaître les perspectives de prise en charge. Le programme détaillé sur le plan diététique, psychologique, physique et médical, en hiérarchisant le rôle que jouera chaque groupe professionnel, écarte de fait celui des infirmières puisque le traitement médical est le propre du médecin :

Encadré 8 : Extrait de diagnostic ETP.

ÉVALUATION DES PRIORITÉS

Diététique	APA	Psy	Médecin
1 /4	1 /4	4/4	3 /4

Totalement exclue du verdict et de l'homologation du traitement à venir, c'est pourtant à l'infirmière de relater à chaque patient s'il est admis dans le protocole de soins (et selon quelles modalités) ou, à plus longue échéance, de l'informer du maintien ou de la rupture de l'engagement de l'équipe médicale à son égard. Ceci pourrait ressembler à une reconnaissance de compétences particulières à cette discipline (pédagogiques, communicationnelles voire un positionnement identifié dans la hiérarchie médicale au nom d'une capacité reconnue au diagnostic). En réalité personne ne veut de ce rôle, ni la médecin qui dirige l'équipe, ni les autres paramédicaux qui se rangent derrière la spécificité de chacune de leur discipline. L'infirmière, seule généraliste du soin et de surcroît en position subalterne vis-à-vis de la médecin (IDE et médecin se rejoignent pour qualifier la subordination qui caractérise leur relation) est alors toute désignée pour le « *sale boulot* »¹ : être en première ligne avec la patientèle et lui annoncer soit tout un programme, soit une déprogrammation.

A l'instar de ce que démontre Anne Paillet à propos des infirmières des services de réanimation néonatale², par cette mise à l'écart, les infirmières partagent, avec les patients, une certaine homologie de position dans la prise de décision. Le coût pour ces professionnelles est le risque de « *perdre la face* »³ dans les multiples interactions qui peuvent en découler avec la patientèle. Pour la chirurgie, en cas de refus ou de report, il s'agit de faire accepter la décision tout en tentant de préserver la qualité de la relation afin de maintenir la motivation du patient dans sa démarche de perte de poids. En cas d'accord (avec lequel elles sont régulièrement en désaccord) l'enjeu est de faire « bonne figure » et d'accompagner, malgré leurs convictions, les patients jusqu'à l'opération. Pour le suivi médical, l'annonce de l'arrêt de prise en charge ou du déclassement du patient sur l'échelle qui évalue son engagement nécessitent également de négocier pour qu'il n'abandonne pas son projet de transformation de soi.

Si un sentiment de disqualification peut être exprimé par les IDE face à ces tentatives de circonscrire leur territoire dans le champ de l'« obésologie », celui-ci ne semble en rien altérer leur identité professionnelle. Au contraire, s'approprier le « faisceau de tâches » qui leur

¹ Hughes E. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis, op. cit* ; Arborio A.M. (1995), « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. », art. cité.

² Dans le prolongement de « théorie écologique des professions » d'Andrew Abbott, la sociologue montre que les interactions de proximité que les IDE construisent avec les parents corrélées à une homologie entre leurs expériences professionnelles et les expériences profanes des parents dans la chaîne des décisions médicales constitue le secret professionnel en véritable atteinte de l'*ethos* infirmier puisqu'il s'agit à la fois d'y collaborer, malgré elles, en étant soumises aux injonctions contradictoires de devoir de silence et de parentalisation ; mais aussi de le subir en étant exclues par les médecins de certains aspects du diagnostic. Paillet A. (2009), « Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical. », in Demazière D. et al., *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La découverte.

³ Goffman E. (1967), *Les rites d'interaction, op. cit.*

est délégué semble un moyen de mettre en scène le propre de leur culture professionnelle. Par exemple, nettoyer et calibrer les différents appareils de mesure n'est pas interprété, par Irène, comme une délégation avilissante mais bien comme la légitimation de ses connaissances et de ses savoir-faire en matière d'hygiène. Cette activité est la mise en œuvre de compétences qu'elle et ses homologues sont les seules à détenir. Autre illustration, recueillir un spectre large de renseignements à propos des patients (par le biais des questionnaires et des mesures) n'est pas lu comme une mise au ban des pratiques thérapeutiques et éducatives, partagées par l'ensemble de leurs collègues, mais comme une intégration au cœur du projet de soin pluridisciplinaire. En effet, ces informations déterminent non seulement la concrétisation du protocole à mettre en œuvre pour chaque patient mais constituent également les indicateurs étalons qui permettront d'apprécier le succès ou l'échec de la prise en charge. Autant d'éléments qui, finalement, permettent aux infirmières de défendre les valeurs qui sont propres à leur métier : être en position intermédiaire entre le corps soignant et la patientèle. Le taux de change d'une telle transaction est d'ailleurs positif puisque ce groupe professionnel est celui qui suscite le plus d'avis favorables auprès des patients qui les trouvent à la fois plus compréhensives et bienveillantes que leurs collègues.

En complément de ce travail de légitimation officiel, les IDE se saisissent de la situation d'entretien ethnographique pour s'employer à retourner le stigmate d'une discipline plus pensée comme « sous-médicale » que paramédicale. Ceci se manifeste soit par un discrédit des pratiques des autres groupes professionnels, soit par la revendication d'attributs classiquement considérés comme le propre des autres professions en présence. Dans le premier cas, l'exemple le plus significatif est celui de Jocelyne qui a exercé au sein du service C, et qui n'a de cesse de définir ses compétences en opposition à celles mobilisées par le groupe des diététiciennes. Non seulement elle considère que les prescriptions de ces professionnelles sont en opposition avec l'essence même d'une prise en charge d'éducation thérapeutique, qui souhaite bannir la restriction alimentaire des pratiques des patients puisqu'elle serait un facteur aggravant de l'obésité :

Les régimes c'est bâtard, on le sait depuis longtemps ! [...] Je sais pas, vous avez peut-être pris connaissance du rapport de l'ANSES de 2010 ? Euh ... voilà ! Il montre l'effet délétère que peuvent avoir les régimes ! Notamment sur la relation à la nourriture et comportement alimentaire ! C'est pas tant le régime en lui-même, c'est vraiment ce que ça implique. Personne n'est capable de tenir ! Ceux qui arrivent à tenir ce sont les anorexiques et souvent ils basculent anorexie-boulimie, donc ça veut dire que contrôle, perte de contrôle, ils font que ça, quoi ! [...] Et dans les programmes d'ETP proposés par les CH, que font les diéts ? A partir du

*moment où on a des obligations et des interdictions, ça s'appelle un régime, hein !
Faut pas chercher plus loin !*
[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Mais elle affirme aussi sa conviction que les acteurs obèses sont en réelle difficulté dans la relation d'auscultation avec ce corps de métier, préférant nettement plus interagir avec des infirmières dont les manières d'être, d'agir et de penser sont plus propices à l'alliance thérapeutique, à garantir l'objectif de transformation de soi :

La plupart du temps ils annoncent : je veux perdre du poids ! C'est vraiment leur entrée ... entrée en matière. Et puis ... allez, je vais dire y'a un tiers qui dit ça et les deux tiers qui disent : j'en peux plus, j'en peux plus de tout, en fait ! C'est tellement vague. J'en peux plus de ce poids mais j'en peux plus de faire des régimes qui marchent pas, j'en peux plus de pas m'aimer, j'en peux plus ... C'est : je veux plus voir de diététicienne. Je suis infirmière et ça je peux leur apporter. Parce que ils savent pertinemment que moi j'irais pas leur proposer, même si je dis l'apaisement alimentaire, ils ont toujours en arrière-pensée que je vais leur proposer un régime si je suis diet ! Je suis pas diet, je propose pas de régime ! Ils en ont marre de leurs échecs, de vivre avec leur corps fait d'échecs. Et : est-ce qu'un jour ils peuvent ne pas être dans l'échec ?
[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Restreindre la prescription diététique au seul régime, nier les capacités empathiques des diététiciennes sont autant de façons de revendiquer l'hégémonie des infirmières dans le traitement de l'obésité. D'ailleurs pour cette IDE, les diététiciennes n'y ont tout simplement pas leur place :

Ça ne veut pas dire que le rôle de la diet il existe pas, mais dans d'autres pathologies ! Pas dans l'obésité !
[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Son homologue, Irène, se saisit également de l'entretien ethnographique pour œuvrer à la légitimation du territoire infirmier, non en termes de conflictualité, mais en revendiquant des attributs qui instituent l'identité professionnelle des psychothérapeutes :

Donc y'a cette relation de confiance qu'ils ont avec nous et on a un rôle d'écoute surtout. Et, moi j'essaye de leur faire prendre conscience ben pourquoi, essayer de dire, essayer de leur faire prendre conscience : comment vous êtes arrivé à ce poids-là ? Pour qu'ils réfléchissent par rapport à leur propre histoire parce que des fois, souvent, les gens sont un peu rebutant quand y faut faire un travail psychologique. Donc les faire s'interroger pour qu'ils cheminent aussi.
[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Pour démontrer sa capacité à tenir le poste d'infirmière « obésologue », Irène use également de l'acquisition d'un sens pratique qui s'appuie sur sa connaissance de la maladie, des patients, sur sa longue expérience de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire et son *ethos* professionnel. Ses compétences pour la relation et l'écoute ne sont pas là pour nier la valeur de la licence des psychologues mais pour se positionner à la place de celle qui recrute pour eux :

Moi je me dis on travaille, on est une équipe. Et quand je vois que le patient n'est pas bien, qu'il a besoin d'un soutien psychologique, je lui en fais part, au patient, je lui dis : voilà, vous savez on a deux psychologues dans le service, que la prise en charge est faite au niveau du CHU, parce que des fois ça peut être un problème financier que les gens vont pas voir une psychologue, ça, ça peut rebuter, ça.

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Irène redéfinit ainsi le territoire des infirmières au cœur du dispositif d'éducation thérapeutique. Non seulement sa capacité à déceler d'éventuels troubles qui pourraient perturber le traitement lui procure le sentiment d'occuper une place centrale au sein de la chaîne de coopération, mais l'usage qu'elle fait de son positionnement intermédiaire entre patients et soignants l'élève au rang de médiatrice alors que la littérature conditionne la réussite de l'éducation médicale à l'alliance thérapeutique.

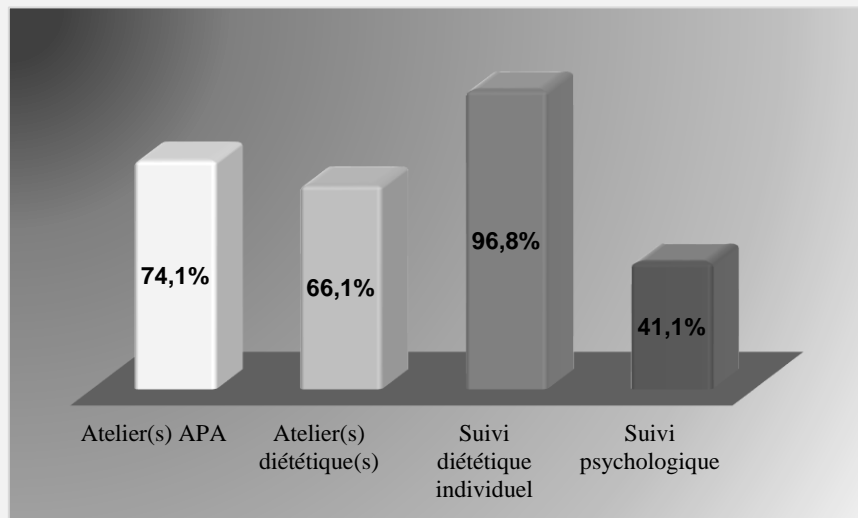
Qu'il résulte de l'organisation même du travail hospitalier ou des enjeux de concurrence entre disciplines paramédicales pour définir le territoire de chacune, le mandat infirmier est particulièrement en tension puisqu'il s'agit, à la fois, de faire équipe (en animant ou en co-animant des ateliers, en participant aux discussions pluridisciplinaires) tout en étant assignées en position subalterne (en sachant rester à sa place « sous-médicale »). Pour autant c'est de cette position que le groupe professionnel tire du bénéfice. Fortes d'un « rôle propre », les infirmières usent (avec des stratégies qui varient selon leurs trajectoires individuelles) de la force symbolique de l'homologie de la place de dominées qu'elles partagent avec les patients, et des représentations sociales des acteurs obèses qui leurs prêtent plus d'empathie qu'aux autres soignants, pour élargir leur champ de pouvoirs. Dans un espace où le traitement est incertain, où les soignants considèrent qu'il est difficile de faire alliance avec une patientèle dont la nature de la pathologie et la déviance des comportements opposent une fin de non-recevoir aux résultats tangibles d'une thérapeutique efficace, placer l'action avant les discours consiste à entretenir la notoriété du groupe professionnel auprès des patients. Passer du temps, être à l'écoute, rassurer, ne pas juger sont autant de manières de défendre les valeurs du métier. Plus largement, dans un contexte où la rationalisation du travail hospitalier vise à un accroissement

de la productivité et se traduit par une redistribution des tâches entre professions, à l'intérieur des groupes professionnels (spécialisations ou division du travail entre le soin hospitalier et le soin de ville), participer à un programme d'éducation thérapeutique est une manière de donner de la visibilité à l'action infirmière. Le suivi au long court, l'absence ou la faible présence des aides-soignantes, la durée et la répétition des consultations permettent de « *mettre en avant des tâches d'écoute et d'accompagnement des patients* »¹ dont Françoise Acker a montré qu'elles constituent les normes du métier.

Les trois autres disciplines paramédicales (diététique, psychologie et APA) ne sont pas directement en concurrence les unes avec les autres pour définir leur territoire. Que ce soit lors des interactions avec les patients, pendant les réunions d'équipe ou au cours des entretiens ethnographiques, l'hyperspécialisation de chaque groupe professionnel paraît dessiner des frontières franches, acceptées de tous. A chacun sa spécialité. Ceci est d'autant plus aisé que la définition même de l'obésité implique que les patients bénéficient de prescriptions d'activité physique, d'hygiène diététique et d'un soutien psychologique. Il n'est pas pour autant question de proposer un programme « clé en main » qui se reproduirait inlassablement d'un patient à l'autre. Les biographies, les besoins et les disponibilités de chacun sont pris en compte. Ce qui importe c'est que les acteurs obèses trouvent dans un même lieu une offre complète, à charge pour eux de faire leur menu. Au sein des équipes pluridisciplinaires, il suffirait donc que chacun reste à sa place pour que la chaîne de coopération fonctionne. Pour le garantir les bilans de synthèse du service A prévoient une hiérarchisation des types de prise en charge qui varie en fonction de chaque patient. Sur une échelle de quatre (traitement médical inclus) plusieurs disciplines peuvent se retrouver *exæquo* sur un rang (cf. encadré 8, p.171). Au sein du service B les patients choisissent, à la carte, un nombre d'ateliers parmi tous ceux proposés (quatre à huit en préparatoire et deux en post-chirurgie). Le service C, lui, fonctionne sur le modèle d'un forfait où les ateliers et entretiens imposés sont complétés par des options. Dans ces deux derniers cas, pour des raisons tout à fait pratiques d'organisation, chaque discipline bénéficie de la même quotité de temps afin de rentabiliser le présentiel de chacun des professionnels. Seul varie le nombre de patients par atelier mais ce qui n'est en soi pas significatif d'éventuels écarts de légitimité de telle ou telle pratique auprès de la patientèle, puisqu'au service B un patient qui souhaite user de la totalité de ses droits passera finalement par tous les ateliers ; et qu'au service C le forfait de 15 jours d'hospitalisations répartis sur cinq semaines produit le même résultat. Cependant l'analyse statistique des dossiers médicaux du service A révèle de réels écarts :

¹ Acker F. (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. », art. cité, p.170.

Encadré 9 : Distribution de la patientèle selon le type de prise en charge.



Source : Traitement statistique des 560 dossiers de patients inscrits dans un programme d'ETP entre 2008 et 2017.

Outre les indications thérapeutiques, l'adhésion aux différentes consultations proposées est laissée au choix des patients selon leurs disponibilités, leurs pratiques en dehors de la prise en charge et leurs goûts pour les modalités de traitement. Du côté de la patientèle, deux facteurs principaux justifient ainsi la moindre fréquence des suivis psychologiques : une défiance pour ce type de suivi en général et pour le risque qu'il représente dans le cadre d'un traitement pluridisciplinaire en particulier ; l'existence d'une psychothérapie déjà engagée par ailleurs. L'écart entre les ateliers et les suivis individuels en diététique s'explique, eux, par le refus d'une partie de la patientèle de participer à des activités en groupe perçues soit comme trop scolaires, soit comme infantilisantes. Une différence de taille existe entre les ateliers diététiques et APA : les premiers sont des séances uniques (maximum quatre réparties sur trois ans) alors que la fréquence des seconds est hebdomadaire. C'est ce qui explique, en partie, qu'un quart des patients ne font pas ce choix soit par manque de disponibilité, soit par manque de moyens pour se déplacer. Une autre raison est que les patients pratiquent déjà une activité sportive de manière régulière.

Dans le cadre d'une analyse de l'agencement de l'activité paramédicale, c'est la nette domination de la diététique qui retient l'attention de la sociologue. Elle est la seule discipline à proposer les deux types de suivis¹ (entretiens individuels et ateliers) et elle capte près de la totalité de la patientèle. Historiquement la diététique est la discipline paramédicale la plus ancienne à intervenir dans le traitement de l'obésité. Malgré l'ouverture du champ de

¹ L'atelier co-animé par la psychologue et les tests effectués par l'enseignant APA le sont lors des journées d'évaluation. Ils ne font donc pas, à proprement parlé, du programme d'éducation.

l' « obésologie » à d'autres territoires, elle reste la plus établie. Le regard médical sur la maladie a certes évolué, admettant que ses causes sont plurifactorielles, cependant les représentations collectives veulent que le premier comportement à éduquer soit celui de l'alimentation. La force symbolique de cette croyance unanime fait que le suivi par une diététicienne va de soi : du côté des soignants, il arrive systématiquement au premier rang des priorités ; du côté des patients, perdre du poids exige de modifier de mauvaises habitudes alimentaires. Qu'il s'agisse de diminuer les quantités ou d'équilibrer les apports, c'est la diététicienne qui est pensée comme dotée du savoir nécessaire pour les y aider (ainsi beaucoup d'entre eux ont déjà eu recours à cette spécialité avant de pousser les portes de l'hôpital). D'ailleurs l'institution hospitalière privilégie cette discipline à l'APA et à la psychologie dans le traitement de l'obésité puisqu'en termes d'équivalents temps pleins, elle est la mieux représentée au sein des services A et C. Au sein de l'unité chirurgicale, le territoire des paramédicaux se partage entre infirmière et diététicienne. Même au GROS, qui pourtant revendique une approche différente où toute forme de contrôle diététique¹ est bannie, c'est le groupe professionnel le plus représenté (72,1%)². Au-delà de cette visibilité qui assoie la légitimité de leur présence auprès des patients, deux des diététiciennes du service A complètent, ou ont complété, leurs activités de praticiennes « obésologues » par la participation à des groupes de travail pluridisciplinaires qui anticipent les évolutions à apporter au PNNS. L'évidence du rôle central de la diététique dans le traitement de l'obésité est tellement acquise par l'ensemble des soignants qui s'y emploient que, lorsqu'ils expriment leur façon de penser la pluridisciplinarité paramédicale, le rôle de la psychologie et de l'activité physique sont décrits comme ses étayages : la première pour stabiliser les comportements et ainsi faciliter l'observance des prescriptions *hygiéno-diététiques*, la seconde pour en façonner la corporéité :

Les psychologues c'est assez récent et ça c'est vraiment un plus ! Donc on en manquait vraiment quand y'en avait pas dans l'équipe. Parce qu'on peut pas travailler sur l'alimentation si les troubles psy sont pas réglés.

[Mélanie, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]

Dans le parcours pour la chirurgie bariatrique il s'agit quand même d'évaluer des choses en amont tant du point de vue de ce qu'on appelle généralement, mais c'est un terme que je n'aime pas, la compliance, que de l'aptitude, finalement, à pouvoir observer les consignes hygiéno-diététiques où à se rendre aux rendez-vous post-opératoires.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

¹ Le congrès programmé en novembre 2020 a pour thématique « Alimentation intuitive. Peut-on éviter le piège du contrôle ? ». Source : https://www.espace-e.com/ee_docs/gros2020_programme.pdf

² Source : <https://www.gros.org/praticiens>

Le gros problème c'est la motivation ! [...] L'éducateur sportif, lui, il a plus ces liens-là, en fait, entre soigner les patients, ici, à l'hôpital mais faire des activités aussi extérieures. Quand je suis arrivée on avait pas ça et c'est indéniable ça les motivent ! Du coup c'est plus confortable.

[Mélanie, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]

Ma mission c'est de rencontrer les patients, les conseiller par rapport à l'activité physique adaptée, qu'on puisse mettre ensemble, élaborer ensemble un petit programme d'activité physique pour qu'ils puissent faire de l'activité physique régulièrement, si possible tous les jours afin de favoriser la dépense énergétique et la perte de poids. [...] Avec l'objectif qu'ils aient bien pris en compte toutes les recommandations sur l'hygiène de vie pour continuer après sur le plan alimentaire.

[Mathieu, 26 ans, enseignant d'APA, obésologue depuis 3 ans]

Que ce soit pour les psychologues ou les enseignants d'APA, collaborer à maintenir le territoire des diététiciennes est finalement une manière de définir le leur puisqu'ils se rendent indispensables pour que les prescriptions diététiques aient une chance d'opérer.

Les psychothérapeutes tirent largement profit de cette convention qui établit que, pour produire une activité paramédicale collective, chaque groupe professionnel a intérêt à reconnaître la spécificité des compétences de l'autre. Identifiées comme les spécialistes de l'écoute thérapeutique, leurs collègues expriment la place centrale qu'elles jouent dans le traitement. Une première manière, donc, d'asseoir leur légitimité. D'ailleurs être régulièrement classée en dernière position des priorités ou se voir attribuer le suivi restreint de 41,1% de la patientèle n'altère en rien la notoriété de la discipline parmi les soignants. Au contraire, cela ne fait que renforcer la singularité de cette discipline puisque tous s'accordent sur le fait que, si le travail psychothérapeutique est essentiel pour les patients (« *pour moi le pilier ici c'est la psy !* ») il doit, plus que les autres, rencontrer leur pleine adhésion. Considéré comme un travail plus éprouvant (pour le patient comme pour le soignant), cette exigence fonde sa valeur (qui fructifie par sa rareté). Tous en sont convaincus, une transformation de soi réussie est conditionnée par un suivi psychologique.

Une analyse comparée du travail de ces « obésologues » (observé sur place) avec celui produit par les psychologues inscrites dans les institutions médico-sociales qui accueillent adultes et enfants en situation de handicap (observé au cours de mes expériences professionnelles précédentes) révèle que cette tâche prescrite n'est pas la seule réalité de leur activité (et de leur notoriété). Cette écoute est également largement plébiscitée par leurs collègues. A charge pour les psychologues, lors des réunions d'équipe (et parfois lors de

rencontres informelles, entre deux portes), de recueillir la parole de soignants, d'accompagnants, aux prises avec la pénibilité psychique inhérente à la prise en charge de publics aux histoires de vie, aux comportements difficiles ; et si possible de formuler des solutions pour trouver les bons mots, les bons gestes afin de remplir les missions éducatives qui leurs incombent (ou au moins assainir les relations conflictuelles). Si un temps d'analyse des pratiques est souvent institutionnalisé dans les structures médico-sociales avec un espace dédié à ce soutien aux équipes (assuré par des psychothérapeutes extérieurs), ce n'est pas le cas dans les services d'éducation thérapeutique. Le fait est que, dans les deux situations, les interactions avec la psychologue de l'équipe transforment le travail prescrit, (contribuer à l'approche pluridisciplinaire pour garantir une prise en charge globale), en un travail réel qui, en l'inscrivant autant en professionnelle incontournable pour que l'accompagnement réussisse qu'en soutien de ses collègues, augmente son champ de pouvoirs.

De leur côté, les enseignants d'APA se voient confier la transformation concrète des corps. Pendant que les patients attendent de ce travail un remodelage de leurs silhouettes, une amélioration de leurs conditions physiques ; les soignants espèrent une normalisation du métabolisme. Dans les deux cas, les professionnels de l'activité physique sont missionnés pour fournir des résultats tangibles de la prise en charge. Ceux-ci seront soit visibles à l'œil nu par les profanes, soit démontrés scientifiquement par l'évolution des différentes mesures :

Encadré 10 : Extrait de synthèse ETP.

Évaluation de la condition physique :

Mesures	Récupération des anciennes données	Nouvelles données	Évolution entre les deux mesures
Résultat du test de marche	300 m	380	80
Test de force musculaire des membres inférieurs	8 répétitions	11	3
Test de souplesse	-11 centimètres	- 4	+7

Si, comme les professeurs d'EPS, les modalités de leurs interventions auprès de la patientèle les distinguent de leurs collègues (s'adressant plus à la « nature » qu'à la « culture », ils entretiennent une certaine proximité physique avec les patients, pendant que les entretiens psychologiques et diététiques supposent une distanciation) ils n'en subissent pas les mêmes conséquences¹. Dans l'ordre social de l'éducation thérapeutique des patients obèses, où ces trois

¹ Arnaud Sébileau montre que ces mêmes catégories distinctives relèguent les professeurs d'EPS à une place mineure au sein des institutions scolaires limitant leur légitimité pédagogique tant dans les conseils de classe que

disciplines paramédicales sont pensées par leurs praticiens comme les piliers du programme, les attributs de ce groupe professionnel, loin d'être minorés, sont d'emblée légitimés. D'ailleurs lorsque l'APA n'est pas classée au premier rang des priorités, cela ne signifie pas l'absence de prescription dans ce domaine. Tous les patients repartent avec des objectifs, soit pour augmenter leur pratique, soit pour la réguler afin de limiter les risques liés à des efforts trop intenses.

Dans les espaces correctifs des corpulences, travailler les corps fait partie de la culture légitime à dispenser. Ceci définit clairement le poste des enseignants d'APA. La définition du titre, elle, est beaucoup plus floue. Si leurs collègues sont désignées par un terme unique : psychologue, diététicienne, infirmière, eux, endossent une pluralité d'appellations : enseignant d'APA, éducateur sportif, *coach* ou même APA. Ces imprécisions traduisent la difficile construction identitaire de ces professionnels qui depuis leur formation¹ et leurs premières expériences professionnelles ont expérimenté, à la fois, la difficile compréhension, par les autres professions, de la spécificité de leur support d'intervention², et la difficile reconnaissance, par les institutions, de leur statut.

Si leur participation au traitement de l'obésité est totalement légitimée (la vision thermodynamique de la maladie qui domine la pensée médicale en est la garantie), les enseignants d'APA semblent encore aux prises avec ce souci identitaire³. Amalgame qui démontre la subsistance d'une confusion entre mission pédagogique de transmission de savoirs et mission éducative de normalisation. Sans référence d'homologues sur le terrain puisque l'insertion de la profession dans le secteur de la santé est très récente, ils ont à imposer leur titre. Les enseignants d'APA sont beaucoup plus clairs sur la nature de leur pratique puisqu'ils revendiquent de façon quasi systématique la propriété de l'activité physique adaptée, par opposition au sport ou à l'activité sportive. Mais si cette distinction est au fondement de leur culture professionnelle, celle-ci ne va pas de soi, ni pour certains de leurs collègues, ni pour une

lors des réunions « parents-professeurs ». **Sébileau A (2011)**, « Le monopole professoral en question. Le cas de l'éducation physique et sportive en France », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°188, p.76.

¹ Arnaud Sébileau montre également que, durant leur formation, les étudiants en STAPS qui se destinent à l'enseignement d'EPS sont invités à réfléchir sur l'identité professionnelle de cette corporation. Un peu comme si la difficile reconnaissance de leur discipline, au sein de l'institution scolaire, était un principe actif de la fabrication de ces professionnels. (**Sébileau A (2011)**, « Le monopole professoral en question. Le cas de l'éducation physique et sportive en France », art. cité, p. 76). Les deux enseignants APA témoignent du même façonnage cognitif au cours de leur *cursus*, qu'il se fasse de manière didactique, lors des temps universitaires, ou de manière pratique lorsqu'ils interagissent avec leurs maîtres de stages. Ainsi en témoigne ce verbatim d'Alexandra : « *En stage, tous les jours on me disait que j'aurais pas de boulot.* ». La minoration de la discipline se constitue ainsi autant en mythe qu'en routine propres à ce groupe professionnel.

² Claire Perrin montre comment le titre d' « enseignant d'activité physique adaptée », tente de les distinguer des autres professionnels de la santé motrice, autant que des éducateurs sportifs qui convoitent l'activité « Sport-Santé » **Perrin C. (2016)**, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en activité physique adaptée dans le monde médical. », art. cité.

³ Mathieu, lui-même, alterne les intitulés de son propre titre.

grande majorité des patients, qui s'évertuent à les associer à la prescription d'activités sportives. En écho aux processus engagés par la Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA)¹ pour établir la profession, ces mandataires locaux, malgré leur engagement dans un secteur favorable pour définir les frontières de leur territoire, ont encore à œuvrer pour en clarifier les contours. Transaction qui semble les inviter à négocier le titre avec eux-mêmes (héritiers du conflit entre déclassement et utilité sociale que Claire Perrin met en exergue) ; et à négocier le mandat avec la persistance des représentations sociales qui classent le sport en position dominante dans le champ de la mise en mouvement des corps.

Observer les interactions entre groupes professionnels au sein d'équipes pluridisciplinaires, invitées à produire une action commune, permet de comprendre les mécanismes concrets de négociations engagés par les représentants de chaque discipline pour définir leur utilité respective dans la prise en charge d'une maladie définie comme plurifactorielle. Séparer les activités médicales des activités paramédicales permet de saisir (en écartant provisoirement les effets liés à la subordination des secondes aux premières) les représentations qu'ont les soignants de cette division horizontale des tâches et leurs conséquences sur le travail concret de coopération.

L'agencement des activités médicales (que le terrain d'enquête réduit aux seules équipes tournées vers la chirurgie) montre une réelle domination du groupe des chirurgiens. La maîtrise du geste technique qui saura transformer les corps de manière significative en est l'explication principale. Plus que de doter ses détenteurs d'un pouvoir quasi-surnaturel, elle confère aux autres experts la prérogative de participer à un traitement qui obtient des résultats visibles alors que leurs homologues (des services exclusivement médicaux) sont confrontés à l'absence de preuves de l'efficacité de leur travail qui se mesure – quoiqu'ils en disent – au poids perdu. Les conventions établies par la HAS, en soumettant les pratiques chirurgicales à l'expertise des autres médecins, n'engendrent pas une surenchère de concurrences entre ces groupes professionnels mais créent une logique de consécration interdépendante où le calcul le plus rentable est l'autorisation d'opérer. A la clé, une perte massive de poids qui garantit un gain de notoriété pour chacun puisqu'en unissant leurs compétences ils auront su sélectionner les bons

¹ Référence à Claire Perrin qui, au croisement du système des professions définit par Andrew Abbott et de la sociologie du mandat de Everett Hughes, retrace les dynamiques engagées par le groupe professionnel pour définir son territoire au sein du champ médical. *Ibid.*

dossiers. Les quelques débats qui subsistent derrière les portes closes des salles de réunions sont alors des tentatives de valorisations individuelles.

L'agencement des activités paramédicales révèle également que, même si certaines frontières restent un peu floues, les soignants voient dans la coopération le moyen le plus fructueux pour signifier à leurs collègues, aux patients et à la sociologue l'indispensabilité du « faisceau de tâches » qui leur revient dans une prise en charge holistique de l'obésité. Toutefois les espaces où cette pluridisciplinarité est mise en scène actent une certaine hiérarchie disciplinaire que chaque groupe professionnel tente de capitaliser au profit de son territoire. Le « rôle propre » qui revient à chacun pour prendre en charge toutes les dimensions de l'obésité est un facteur limitant des enjeux de concurrence. A ceci près que le champ de l'« obésologie » place ces professionnels dans une situation paradoxale. A la fois, il offre une opportunité à chacun d'élargir le champ de leurs pouvoirs alors que tous ont expérimenté, au cours de leurs trajectoires antérieures, une difficile reconnaissance de leurs compétences. En même temps, il contraint à travailler dans l'inconfort de résultats incertains.

1.2 Jeux de dominations dans un espace hiérarchisé.

« Des fois je fais des courriers en disant : ben cette personne-là il faut pas l'opérer mais une fois que le chirurgien a dit au patient : on va vous opérer, si la psy elle dit non, c'est trop tard entre guillemets, quoi ! »

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Elliott Freidson¹ montre que les médecins ont acquis le monopole du diagnostic et du traitement des maladies (au détriment des autres guérisseurs). Au sein des institutions hospitalières, ils ont également dû apprendre à partager le territoire avec une pluralité de professions paramédicales². La reconnaissance juridique de l'ETP³ désigne le travail en pluridisciplinarité comme un dispositif nécessaire dans la prise en charge de certaines pathologies, au premier rang desquelles arrivent les maladies chroniques. Pour ne pas troubler l'ordre établi qui confère aux professions médicales le pouvoir de l'expertise c'est à elles que revient la gestion des équipes. Sur le terrain d'enquête, les trois services observés sont

¹ Freidson E. (1984), *La profession médicale*, op. cit.

² Les portes des CHU s'ouvrent aux psychologues dans les années 50, aux diététiciennes en 1967 et aux enseignants APA en 2007. Les infirmières, elles, remplacent progressivement les religieuses dès 1820, en parallèle de la laïcisation des hospices.

³ Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21/07/2009.

coordonnés par des médecins-nutritionnistes. Traditionnellement, seules les infirmières entretiennent des relations hiérarchiques avec les médecins dont le pouvoir s'appuie sur une légitimité légale-rationnelle. La subordination des autres professions paramédicales tient plus de la légitimité charismatique attribuée par le pouvoir de guérir et dont les professions médicales sont les seules détentrices établies¹. Croiser l'observation des interactions entre ces deux catégories de groupes professionnels (celle au cœur de l'activité médicale et celle assignée à sa périphérie) avec les discours que les uns et les autres tiennent sur cette convention permet de comprendre ce que fait la division verticale du travail aux entités disciplinaires en présence.

D'un point de vue organisationnel, le service B se distingue des services A et C puisque Anne ne reçoit pas les personnes obèses. Lorsqu'elle le fait, c'est parce que son équipe exprime une difficulté à gérer l'incompliance d'un patient, « *pour un petit peu le recadrer* ». Convention tacite qui attribue à la praticienne médicale l'ascendant de l'autorité sur les patients (elle est l'ultime recours pour les remettre dans le droit chemin) autant que sur les soignants. Lui adresser volontiers les cas difficiles revient à créditer son habileté à les manager pour « *toujours essayer de faire mieux* ». Sa mission, en qualité de médecin, est de coordonner, contrôler, synthétiser, valoriser² le travail des paramédicaux, c'est de là qu'elle tire un pouvoir symbolique jamais remis en cause par son équipe :

Moi je suis là, normalement, pour coordonner l'équipe. Donc, en fait, je vois ce qu'elles font en atelier, je vérifie que les ateliers qui soient faits correspondent aux patients qui sont en atelier. Je fais le courrier de synthèse du passage des patients et puis je vois les patients quand y'a un besoin individuel. Normalement on doit pas faire ça ! C'est de l'éducation thérapeutique donc on doit pas faire ça !

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Ne pas recevoir les patients en consultation ne lui retire en rien ses compétences au diagnostic, à décider du traitement adapté. Que ce soit lors des réunions d'équipe, de visites dans son bureau ou entre deux portes, c'est d'abord sur ces données qu'elle est sollicitée :

Quand y'a des choses un peu plus, vraiment très, très médicales, des gros antécédents médicaux, là je me réfère souvent à elle en disant : est-ce que je peux faire ça ? Qu'est-ce que vous pensez ?

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

¹ Malgré le développement du caractère chronique des maladies, la division verticale du travail thérapeutique persiste à s'articuler autour de la distinction de noblesse entre le *cure* et le *care*. Le premier, puissant marqueur de domination sociale, tant l'état de bonne santé est investi socialement, restant l'apanage des professions médicales, le second étant une délégation du « sale boulot » aux professions paramédicales. **Rothier Bautzer E. (2013), *Le Care négligé. Les professions de santé face au malade chronique*, Liège, De Boeck Estem.**

² Lors des RCP c'est à elle que revient la charge de faire état du travail fourni auprès de l'équipe chirurgicale.

Parce qu'elle fait figure de référence, au sein de l'espace institutionnel, dans le traitement de l'obésité¹, parce qu'elle fait preuve d'une hyper-disponibilité à l'égard des paramédicaux (son bureau est toujours ouvert), être en retrait de la prise en charge concrète entretient le mythe de son hégémonie : « *c'est un puits de science !* ». Médecin émérite qui a débuté sa carrière en qualité de diététicienne, qui a usé de son DU de psychiatrie psychanalytique pour monter un service consacré aux TCA et qui « *booste* » son équipe à la manière d'un *coach* : infirmière, diététicienne, psychologue et enseignante d'APA la considèrent comme une référence pour continuer de parfaire leur expertise dans chacune de leur discipline. De cette omniscience, chacune des protagonistes tire profit. Les unes en tentant de s'appropriier les attributs du maître (« *si je pouvais être comme elle plus tard.* »), l'autre en récoltant les fruits de sa précellence (« *de toutes façons ils ont besoin de moi !* »).

Lors des interactions entre médecin et paramédicaux, mais aussi dans les discours tenus, la domination médicale paraît propice à la construction de l'« obésologie » comme science interdisciplinaire. Chacune coopère à la cohérence d'une action collective. Chaque professionnelle est intégrée² puisque ses activités sont en adéquation avec les conventions internes qui établissent autant le « faisceau de tâches » qui revient à chacun, que l'ascendant de la médecin sur les autres soignants. Cet agencement de l'activité sert les intérêts d'Anne, de son groupe professionnel, et correspond à l'*illusio*³ du corps médical. Dotée d'une emprise normative sur l'éducation des patients obèses, elle use de sa triple légitimité⁴ pour définir ce que doivent être les bonnes manières d'incarner chaque discipline, d'exercer chaque profession pour que l'« obésologie » demeure l'expertise des médecins. Plus que le corps des patients, ce sont alors les esprits des paramédicaux qui sont pensés comme malléables :

On a fait venir la psychologue qui est là, qui est montée en activité, c'est-à-dire que je lui ai dit : il faut faire de la sophrologie, elle a fait de la sophrologie, je lui ai dit : il faut faire de la pleine conscience, elle a fait huit semaines de pleine conscience.

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Omnipraticienne, titulaire de plusieurs titres, qui recouvrent justement les spécialités en présence dans un programme d'éducation thérapeutique adressé aux patients obèses (excepté

¹ Pour rappel, la direction est venue la chercher, elle a été pionnière dans l'ouverture locale de consultations libérales dédiées à l'« obésologie ».

² **Becker (1982)**, *Les mondes de l'art*, op. cit.

³ **Bourdieu (1979)**, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, op. cit.

⁴ Légitimité charismatique du champ large de ses connaissances, légitimité traditionnelle de son statut d'émérite et légitimité légal-rationnelle de sa licence et de son mandat.

l'APA), faire œuvre de pluridisciplinarité ne signifie pas un partage de territoire avec les paramédicaux mais une délégation de la part technicienne de son propre art pendant qu'elle s'en réserve la part intellectuelle. Division du travail qui élargit le champ de ses pouvoirs puisqu'elle n'a plus besoin d'ausculter pour incarner la figure du médecin. Pendant qu'elle dispense son savoir auprès de ses jeunes collaboratrices, elle n'est pas non plus soumise au contrôle social du marché de la patientèle, puisque le programme qu'elle coordonne conditionne l'accès à une chirurgie qui ne manque pas de patients-candidats.

Cette subordination consentie des paramédicaux à la médecin devenue *leader* est d'ailleurs scénographiée jusque dans les uniformes puisqu'elle est la seule à porter véritablement une blouse blanche. L'habit de travail des autres soignantes est coloré. Elles argumentent une volonté première de dédramatiser le cadre hospitalier auprès des patients (« *c'est quand même plus gai.* »), qui a pour bénéfice secondaire d'identifier chaque discipline puisque chaque professionnel a opté pour une couleur différente (rose, vert, bleu et jaune). Mais lorsque l'on sait que de nombreuses institutions hospitalières ont recours à ce code couleur pour signifier la hiérarchie interne (les médecins gardant systématiquement le monopole du blanc), quoi de plus ostentatoire pour coopérer à la publicisation de la domination de celle qui endosse la blouse blanche ?

L'organisation du travail du service B et la trajectoire singulière de sa médecin ne suffisent pas à expliquer la subordination consentie des paramédicaux puisqu'elle est également opérante au sein du service A. Les observations des réunions organisées hebdomadairement pour coordonner les avis sur les patients et décider de l'orientation des prises en charge montrent toute la force symbolique attribuée au titre. Ces espaces et les interactions qui s'y jouent sont une théâtralisation collective, à laquelle chacun participe, de cette figure du médecin-chef. Tout d'abord l'organisation spatiale est très révélatrice. Plutôt que d'avoir lieu dans des salles prévues à cet effet (pourtant existantes et libres sur les créneaux prévus), ses synthèses se déroulent dans des chambres d'auscultation équipées d'un unique petit bureau. Quel que soit l'ordre d'arrivée des participants, cette place symbolique, puisque attribuée à l'expert dans la relation thérapeutique, lui est réservée. Les autres soignants arrivent avec leur chaise, s'installent en demi-cercle face à elle et prennent des notes sur leurs genoux. L'organisation temporelle est tout aussi parlante. La réunion débute à l'heure précise où elle est prévue (« *l'heure, c'est l'heure* »), sans attendre d'autres éventuels retardataires qu'elle-même. Dans tous les cas, c'est Emma qui lance les discussions, sans autre forme d'annonce que le nom du premier patient, la mise au travail est alors instantanée. La séance est levée selon les mêmes

préceptes, si ce n'est que le respect de l'horaire est plus aléatoire et peut écourter (voire annuler) le temps de déjeuner qu'elle envisage comme secondaire (« *Il faut faire le boulot, manger ils peuvent le faire entre deux consults.* »). Le rythme des échanges est presque mécanique, pour chaque patient, chacun est invité, successivement, à exprimer oralement observations et prescriptions qu'il a pris soin de rédiger auparavant sur le dossier partagé du malade et qu'elle a sous les yeux. Ses interventions interrogent rarement le fond mais la forme. Ainsi fautes d'orthographe, défauts rédactionnels sont systématiquement relevés. L'étude de chaque cas se clôt par une synthèse qu'elle formule à l'adresse particulière de l'infirmière qui aura à charge de retranscrire verbalement avis et conseils à chaque patient l'après-midi même. Emma, elle, se charge du courrier à adresser au médecin traitant. A la fois « *cadre experte* » et « *cadre hiérarchique* »¹, ses compétences et leurs mises en scène semblent « aller de soi » pour tous. Malgré ce caractère très académique, l'atmosphère n'est pas spécifiquement austère puisque le médecin n'hésite pas à user de l'humour pour taquiner ses collaborateurs, voire tourner en dérision ses propres incompréhensions lorsque les échanges révèlent que les paramédicaux ont une connaissance plus fine des patients, de leurs histoires de vie. Cependant, lorsqu'il s'agit de prendre des décisions (classer les priorités - cf. encadré 8, p.171), arrêter ou reporter une prise en charge, réorienter le patient vers un autre service) tous s'en remettent à elle. Détentrice des privilèges de l'humour et de l'homologation des synthèses, elle en use avec habileté et personne n'y trouve rien à y redire ni dans cet espace, ni dans celui, plus confidentiel, des entretiens ethnographiques.

Ce pouvoir attribué aux médecins ne repose pas simplement sur la croyance des paramédicaux en la légitimité des Docteurs en médecine et des règles qu'elles édictent. Même s'il est difficile d'y échapper (tant le dogme est partagé collectivement, par-delà des frontières de la seule institution hospitalière), reconnaître voire contribuer à la domination de la médecin sur le travail pluridisciplinaire participe aussi d'un certain sens pratique. Diététiciennes, psychologues, enseignants d'APA et infirmières sont, ici, invités à faire part de leur expertise disciplinaire, alors que dans d'autres situations de travail (antérieures et/ou simultanées) c'est le sentiment d'invisibilité qui domine :

Là on est vraiment dans un système extrêmement rigide, voilà ! Où y'a pas tellement ... enfin ... on pourrait se passer de nous ... enfin voilà c'est très très mineur ... Donc là je m'y retrouvais carrément pas en plus, hein ! En termes de prise en charge, en termes de compétences, en termes de [silence] de plus-value qu'on peut amener aux patients quoi ! [...] Mais le travail avec les médecins ...

¹ **Pochic S. (2005)**, « Faire carrière : l'apport d'une approche en termes de genre. », art. cité.

Alors pas sur l'ETP, donc c'est pour ça que je nuance mon propos parce que sur le volet ETP en tout cas, y'a de l'écoute. Par contre sur d'autres activités ... euh ... là on a pas du tout la même écoute de la part de l'équipe médicale.

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Nous on intervient dans les situations particulières, un petit peu compliquées à gérer mais pour les patients qui n'ont pas besoin de voir la diététicienne, leur alimentation est prise en charge par les aides-soignantes des services. Or on est face à des problèmes d'effectifs, beaucoup de patients ... euh ... dont la durée de séjour est pas si longue que ça. Il faut faire ... ben beaucoup de soins qui peuvent être très lourds et du coup l'alimentation elle peut être un petit peu reléguée à un plan moins prioritaire, quoi ! [...] Et moi, ce qui m'intéresse dans la pratique en éducation thérapeutique, c'est que c'est pas de donner des directives à appliquer mais c'est plutôt construire avec le patient, en fait, petit à petit, son alimentation pour qu'il réussisse à perdre du poids.

[Mélanie, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]

Travailler en interdisciplinarité à la frontière entre les disciplines, là où généralement c'est assez mal partagé mais justement de pouvoir partager ces choses-là.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

L'expérience de l'assignation à la périphérie du travail médical, de relations très asymétriques avec le corps médical, sont un levier majeur de la reconnaissance du *leadership* des médecins qui donnent une place à chacun dans l'espace des débats. Peu importe la prépondérance des décisions médicales, les soignants sont inscrits au cœur d'un système dont la force symbolique est d'anoblir chaque spécialité. Participer à l'accroissement des privilèges des médecins est moins un abandon de pouvoir qu'un retournement de stigmatisme (rendu possible par la visibilité de la participation à la production collective). Cette opération permet également de mettre en scène l'attachement au rôle¹, où la subordination des activités paramédicales aux décisions médicales n'est pas un problème puisque chacun peut faire œuvre de sa propre identité professionnelle.

Toutefois, toutes les professions paramédicales ne tirent pas un égal bénéfice de cette division verticale du travail. Les infirmières obtiennent de moindres avantages, qu'ils soient pratiques ou symboliques. Leur lien de subordination aux médecins, hérité de l'histoire de l'organisation du travail hospitalier, n'en est pas l'unique explication. Techniciennes parmi les spécialistes, elles sont également perçues par une partie de leurs supérieures hiérarchiques comme ayant fait le choix de la disqualification de leurs propres compétences en abandonnant

¹ Goffman (2002), « La "distance au rôle" en salle d'opération. », art. cité.

« leur cœur de métier »¹ au profit d'un exercice considéré comme confortable. En hôpital de jour, non seulement l'amplitude horaire n'est plus atypique, réduite du lundi au vendredi, mais les responsabilités sont réduites puisque le pronostic vital des patients n'est pas engagé à court terme :

Quand on a réorganisé, elles ont suivi le mouvement plus pour un attrait d'horaires de travail d'hospitalisation de jour que pour une spécialité, je dirais.

Elle est contente des nouveaux programmes, d'être plus prise en considération parce que elles font pas que du travail de prise de mesures, elles ont des entretiens et tout ça, mais y'en a une vraiment où je me demande si elle s'intéresse à ça ou si c'est pas pour le confort du poste qu'elle aime bien.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Dans l'espace de l'éducation thérapeutique, le métier semble décidément défini par le négatif. Nous l'avons dit, ceci se traduit par une ségrégation professionnelle femmes-femmes qui les assignent aux tâches considérées comme les moins nobles puisque associées aux caractéristiques intrinsèques de la domesticité (nettoyer, faire la vaisselle) et du familial (être en proximité des patients, vulgariser l'expertise). L'activité de conduite d'entretiens, elle, est d'abord envisagée comme une gratification qui leur est accordée par les médecins. En échange il est attendu un retour sur investissement puisque leur intérêt pour cette mission, considérée comme exceptionnelle², fait l'objet d'une évaluation qui prend des teintes de suspicion. Pour Emma, être infirmière dans un service d'éducation thérapeutique témoigne d'un double stigmat (exercer une profession « sous-médicale » et être une femme) qui subordonne l'intérêt pour l'activité au seul fait de pouvoir déployer une stratégie pratique d'articulation entre vie professionnelle et vie familiale, au désavantage de l'investissement au travail. « *Comme si les processus de socialisation professionnelle rencontrés par les médecins depuis leur entrée dans le métier avaient pu leur faire intérioriser des convictions professionnellement fondées (et à ce titre autorisées), tandis que les infirmières ne passaient pas, elles, à travers des processus aussi efficaces de conversion* »³. Cette vision dualiste du monde médical, où les infirmières

¹ Les représentations, partagées par le corps médical, les patients et les IDE elles-mêmes, associent au métier une hyper-disponibilité qui exige aussi bien des capacités d'endurance, de polyvalence que de réactivité puisqu'il s'agit de mettre en œuvre ses attributions cliniques sur des amplitudes horaires atypiques et ce, dans des conditions de travail souvent précaires.

² Pourtant, dans le référentiel métier des infirmiers, la 5^{ème} compétence attendue « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs » décline notamment qu'il est attendu de ces professionnels de savoir « concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes. ». Source : <https://www.infirmiers.com/pdf/3annexe2competences.pdf>.

³ Paillet A. (2009), « Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical. », art. cité, p. 346.

demeureraient profanes parmi les spécialistes, est également partagée par Anne, qui, elle, ne mobilise pas la persistance d'une soumission aux normes sociales de genre (la vie familiale avant tout) mais s'appuie sur les effets d'un capital académique, considéré comme restreint, sur les compétences professionnelles :

L'infirmière aurait pu faire médecine si elle avait des parents ... quelqu'un qui la pousse. Mais elle a du mal à écrire, elle a du mal à lire.

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Au-delà d'une incorporation d'un système relationnel asymétrique entre médecins et infirmières, puisque les premières ont expérimenté tout au long de leurs trajectoires professionnelles la posture de donneuses d'ordre vis-à-vis des secondes, tout se passe comme si l'invitation des IDE à faire équipe (au même titre que leur collègues paramédicaux) était un bouleversement de l'ordre établi qui nécessiterait de creuser la distance sociale pour préserver le patrimoine distinctif des médecins. Au sein des services A et B, ce travail de disqualification ne provoque ni résistance, ni animosité de la part des infirmières. Inscrites dans un rapport pragmatique à la situation, le coût de revient leur paraît bénéfique. Malgré tout, elles expérimentent un travail qui est en accord avec les valeurs du métier : passer du temps avec les patients afin d'établir une relation de confiance propice à la compliance attendue et allier leur connaissance de la maladie (de son traitement) et des patients (de leurs difficultés) pour anticiper les éventuels défauts d'observance à venir :

Puisque nous, on considère que le patient c'est un être humain et que on veut prendre du temps [...] Je pense qu'il faut, qu'il faut qu'on rende le patient acteur et qu'on ait vraiment une relation de confiance et d'écoute avec lui

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Le dispositif de l'éducation thérapeutique leur permet de valoriser autrement leurs savoirs professionnels, elles en sont reconnaissantes à l'égard des médecins et ce même si les frontières entre les deux catégories de praticiennes se durcissent. D'ailleurs Irène est, parmi ses collègues paramédicaux, celle qui voue le plus d'allégeance à la médecin lui prêtant toute sorte de qualités : empathie, pédagogie, réflexivité, opiniâtreté, etc...

Ça fait longtemps que je travaille avec elle. J'ai beaucoup appris en l'écoutant. [...] Quand on a commencé à travailler sur l'obésité, on était plus directives dans notre façon de faire. Et puis ben on évolue, on se dit : ben que ça se fait pas, que ça marche pas. Et après, elle s'est interrogée et c'est après qu'on a étoffé l'équipe, qu'on a eu cette équipe pluridisciplinaire. [...] Ça n'a pas toujours été simple, il

a fallu se battre parfois. Et pis là avec la nouvelle organisation qui arrive¹ ... faut qu'elle négocie pour qu'on continue à avoir du temps, pour pas que ça devienne une usine ...

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

De son côté, plus que par sa seule participation à la chaîne de coopération pluridisciplinaire qui l'éloigne « des « soins d'entretien » et « des soins techniques » pour se spécialiser dans le travail »² d'éducation, Jocelyne ébranle la domination de la médecin du service C en s'affiliant au GROS. En diversifiant ses réseaux mais surtout en tentant d'importer ses nouveaux savoirs au sein du service, la négociation entre les deux protagonistes tourne à l'affrontement. Dans un premier temps, elle tente de convertir la médecin, manière discrète de tenter de faire fructifier ses propres capitaux, de prendre le pouvoir puisqu'en cas de succès elle aurait pris, au moins symboliquement, l'ascendant sur la prise en charge proposée par le service. Cette tentative se heurte à l'*ethos* de la médecin dont le pragmatisme est adossé à une rationalité scientifique et dont l'*illusio* la désigne comme seule détentrice de la culture légitime :

J'ai essayé de voir parce que l'infirmière, elle a essayé de me faire lire des choses mais je suis assez résistante ! Et puis y'a un côté un peu miracle, ça va apporter la solution à tout. Et là, moi, je peux pas rentrer dans cet état d'esprit. Pour moi il faut être extrêmement équilibré et il faut aussi être face à la réalité ! [...]
L'alimentation y'a trois piliers, y'a le pilier équilibre, apports nutritionnels et puis l'aspect plaisir. Les trois sont aussi importants l'un que l'autre. Si on bascule sur la seule chose qui compte c'est le plaisir [...] c'est-à-dire en étant à l'écoute de ce que mon corps me dit je vais pouvoir, enfin mon alimentation automatiquement va s'équilibrer, moi je demande encore à voir !

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Désigner les convictions de Jocelyne comme dissidentes (« *qui pour moi vont dans l'extrême* ») est une opération équivalente aux discours disqualifiants tenus par ses deux homologues : une manière de nier le rôle des rapports de forces sociaux, défavorables aux infirmières, dans les négociations qui se jouent entre les deux groupes professionnels pour définir le territoire de chacun. Processus qui confirme que, malgré ses efforts pour s'établir, la profession infirmière a encore quelques batailles à mener pour obtenir la reconnaissance qu'elle revendique.

¹ Au moment de l'enquête la rationalisation de l'activité hospitalière a pour perspective une réduction du nombre de lits et d'accroître le travail administratif des infirmières qui auraient à charge la programmation des auscultations.

² Acker F (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. », art. cité, p. 174.

La division verticale du travail qui s'organise au sein de l'espace de l'éducation thérapeutique a ceci de particulier qu'elle met en relation d'interdépendance des groupes professionnels auxquels l'organigramme attribue des écarts de statuts hiérarchiques : si tous les paramédicaux travaillent sous le contrôle de la médecin, seules les infirmières leurs sont réellement subordonnées. D'un côté, les scènes sociales que constitue chacune des équipes (une médecin, des paramédicaux) sont une manière de concrétiser la légitimité du pouvoir médical. Douées d'une expertise (validée par leur titre) qui leur garantit que leurs activités ne sont évaluables que par leurs pairs¹, les médecins font l'économie de devoir justifier leurs actions auprès de leurs collaborateurs paramédicaux. La contrepartie de cette légitimité « naturelle » est de dépendre du travail fourni par ces mêmes coopérateurs puisque seuls les résultats obtenus collectivement sont publicisés pour évaluation par leurs confrères. D'un autre côté, ces équipes pluridisciplinaires sont propices à la légitimation du « rôle propre » de chaque discipline. Expérimentés dans le déclassement que produisent les licences paramédicales dans l'espace hospitalier, les soignants mesurent les bénéfices d'une telle opportunité. Le coût est d'accepter d'œuvrer dans l'ombre des médecins puisque ce sont elles qui incarnent publiquement les différents programmes.

De ces situations complexes naît une chaîne de coopération pragmatique entre collègues où le calcul le plus sûr est que chacun reste attaché à son rôle. Cette procédure est conforme aux normes de deux conventions tacites. Celle qui définit la nature-même de la pluridisciplinarité, et celle de la « *bonne volonté culturelle* » des paramédicaux à l'égard de la culture médicale dominante. En fonction des trajectoires et des insertions de chacun dans d'autres sphères sociales, ce travail fluctue entre reconnaissance de la légitimité de la médecin, désir d'acquérir tout ou partie de ses attributs, et allégeance. Les rares tentatives dissidentes, elles, sont contraintes aux logiques de consécration de la domination médicale et ne semblent pouvoir trouver d'autres issues que la disqualification de celle qui tente de transgresser l'ordre établi.

Au final, les reconfigurations de l'activité thérapeutique, invitant à un travail interprofessionnel, présentées, par les pouvoirs publics, comme une nécessité d'adapter le système de santé à la chronicisation des pathologies, si elles invitent les professionnels paramédicaux à collaborer activement avec les médecins, ne remettent pas en question les statuts de chacun. Les premiers demeurent les auxiliaires des seconds. Dans le cas de la prise

¹ **Freidson E. (1984)**, *La profession médicale*, *op. cit.*

en charge de l'obésité, parce que cette organisation concerne des professions marquées par un manque de reconnaissance par la communauté médicale, par les institutions et par les patients, faire preuve de loyauté à l'égard de ce nouveau mode de gouvernance¹ n'est pas synonyme d'une adhésion aveugle. Il s'agit plus d'un calcul rationnel pour contribuer, simultanément, à la définition des territoires de chaque groupe professionnel et à la valorisation des identités de chacun. Dans le sens horizontal, la collaboration permet autant de se rendre indispensable que de bénéficier de l'audience (même fluctuante) des autres. Dans le sens vertical, la coopération valide la domination des médecins pendant que les paramédicaux tirent profit de leur proximité avec eux. Ainsi, plutôt que de diversifier les manières de penser et de pratiquer l'activité thérapeutique, au prisme des cultures propres à chaque métier, le travail pluridisciplinaire s'oriente vers l'appropriation uniforme du regard médical. Dès lors, il sera intéressant d'observer ce que fait cette apparente harmonisation des *habitus*, au travail concret des « obésologues », notamment lorsque la chronicité de l'obésité vient heurter le pouvoir de guérir qui fait l'hégémonie de la médecine.

II – Travail en réseau et enjeux de reconnaissance institutionnelle.

Le travail « obésologique » ne se divise pas simplement à l'échelle des équipes, où chaque professionnel est invité à faire de son mieux par mettre sa discipline au service de la production d'une prise en charge efficace. Alors que les experts s'opposent sur les manières de procéder pour guérir les patients obèses, l'injonction gouvernementale impose le maillage des territoires en réseau afin de rentabiliser le parcours de soin des malades. La situation est d'emblée paradoxale. D'un côté, des groupes de soignants (réunis en service, en établissement, en association de professionnels) en concurrence pour tenter d'emporter la mise sur la définition du bon traitement. D'un autre côté, des gestionnaires qui conditionnent leurs faveurs (agrément, financements) à une coopération inter-entités. Alors comment se négocie cette tension ? Puisque l'« obésologie » s'est érigée, pour chacun des professionnels en présence, en perspective pour redonner de l'éclat à leur blouse blanche, quelles stratégies sont mises en place pour rester dans la course ? Sur un marché local déjà en tension entre une chirurgie qui attire

¹ L'objectif est que le déséquilibre annoncé entre l'essor de pathologies au long cours et la désertification médicale ne mette pas à mal la fonction régaliennne qui incombe à l'Etat de protéger la santé de sa population : « *Les professionnels de santé sont inégalement répartis en termes géographiques et certains ont une démographie qui s'annonce inquiétante. Pourtant les besoins ne vont et n'iront pas en diminuant et la régulation devient un souci prégnant pour les pouvoirs publics.* ». **Hénart L. (2011)**, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, op. cit., p.1.

les convoitises médiatiques autant qu'elle est décriée par une part des professionnels, et une approche médico-éducative à l'équilibre entre patient-acteur et gouvernement des corps, comment l'approche bio-psycho-sensorielle tente-t-elle de se faire une place ? L'ensemble de ces questions seront successivement abordées pour tenter de comprendre les effets de cette polarisation entre captation de patientèle et labélisation gouvernementale sur les prises en charge proposées par les uns et par les autres.

2.1 Processus de construction de certitudes pratiques dans un contexte incertain.

« Les choses évoluent, c'est en perpétuel questionnement. Si demain on nous dit : chez les personnes obèses, on sait qu'au niveau intestinal y'a ceci, y'a cela et que si on fait ça ben ça va améliorer ça, nous on l'intégrera dans notre prise en charge ! On n'est pas statique ! C'est ça qui est intéressant ! »

Jocelyne, 59 ans, infirmière,
obésologue depuis 6 ans

Autant les programmes d'éducation thérapeutique sont vivement recommandés pour prendre en charge les maladies chroniques, autant ils font l'objet d'une demande d'agrément auprès des ARS pour pouvoir être labélisés, autant leur mise en œuvre reste à la discrétion des équipes¹. D'un point de vue organisationnel, le rapport entre entretiens individuels et ateliers collectifs varie nettement d'un service à l'autre. L'équipe A propose une majorité de consultations en tête à tête. Seuls les deux ateliers du bilan intermédiaire sont récurrents, les sept autres activités de groupe sont optionnelles, celles qui s'articulent autour de pratiques diététiques sont des séances uniques. Au service B, le programme se centre autour des seuls ateliers proposés à la carte, les patients composent leur propre menu. Exceptée la consultation initiale de prise de mesures par l'infirmière, les entretiens sont rares, ils n'interviennent que pour pallier les éventuelles difficultés de prise en charge. L'unité C, elle, privilégie un équilibre entre les deux types de propositions. A l'intérieur d'un cadre qui dirige les patients vers une alternance entre les deux modalités d'accompagnement, ces derniers peuvent moduler leur prise

¹ Les arrêtés successifs qui définissent le cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique définissent les pathologies concernées par ce type de prise en charge, ainsi que les compétences requises au sein des équipes soignantes, les modalités de coordination et d'évaluation. Les contenus et les outils pédagogiques sont à formaliser par les équipes en tenant compte de ces différents critères. Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030135866&categorieLien=id>

en charge en fonction de leurs goûts (suivi collectif et individuel plus ou moins équilibré, partage temporel entre spécialités plus ou moins égal). Trois façons de comprendre l'éducation thérapeutique. Pourtant chaque professionnel, quel que soit son positionnement dans la hiérarchie interne, est certain du caractère absolu de l'approche proposée par son programme. Au point que les professionnels du service B sont convaincus de transgresser le cahier des charges qui définit ce que doit être l'éducation thérapeutique lorsqu'ils proposent un entretien individuel :

C'est de l'éducation thérapeutique donc on doit pas voir les patients en individuel.

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Alors, moi, mon but premier c'est du groupe. Après ben ça m'arrive de faire de l'individuel mais c'est vraiment très ponctuel, entre deux couloirs, quand y'en a un qui s'effondre dans un atelier, bon ben je vais pas lui dire : non, je fais pas d'individuel, attendez votre psy que vous avez rendez-vous dans deux semaines. Donc ça arrive plus souvent que ça ne devrait mais voilà, quand je vois un patient en individuel, ben c'est 15, 20 minutes grand maximum. Je suis pas ici pour faire de la thérapie [...] Finalement nous ici c'est que du groupe, du plus. Avec vraiment cette idée d'utiliser la dynamique de groupe pour engendrer, un petit peu, des prises de conscience, des changements, voilà des motivations et tout ce qui concerne le soi-propre et les difficultés personnelles, ça, ça relève de l'individuel.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Certains membres de l'équipe expliquent avoir initialement trouvé cette formule exclusivement collective étrange, voire à contre-courant de leurs propres représentations du métier ou de leurs goûts. Mais la socialisation professionnelle au sein du service, que ce soit par l'expérimentation de cet agencement de l'activité ou par les interactions avec leurs collègues, les a convertis et ils n'envisagent plus d'autres possibles pour éduquer leurs patients. C'est, par exemple, le cas de Vinciane, jeune diététicienne, qui après avoir exercé en libéral, essentiellement à domicile, voit dans la création du service une possibilité d'harmoniser vie professionnelle et vie familiale tout en sécurisant ses revenus grâce au statut de salariée. Habitée aux relations individuelles au sein des sphères intimes des patients, l'animation de groupe lui demande un effort qu'elle considère comme un sacrifice nécessaire à sa double convoitise : stabiliser sa situation professionnelle et travailler avec des patients obèses. Quelques années plus tard, elle voit dans la prise en charge collective le salut de l'éducation thérapeutique, non seulement parce qu'elle mise sur la dynamique de groupe comme facilitatrice de la transformation des patients, mais aussi parce que ce format accroît la durée

des séances qu'aucune consultation individuelle ne pourrait égaler. En un mot, l'animation de groupe serait gage de qualité :

-
- Q : Vous avez participé à la création de ce service ?*
R : Hum !
- Q : Pourquoi est-ce que vous avez choisi de travailler en collectif exclusivement ?*
R : Parce que c'était comme ça. En fait on était ... C'était le service qu'était comme ça, c'était de l'éducation.
- Q : Vous répondiez à une commande ?*
R : Oui, tout à fait.
- Q : Et vous qui n'étiez pas très collectif, c'était quoi la motivation pour aller au-delà de ça ?*
- Q : Je voulais pas que ce fait du collectif empiète sur ce que je voulais vraiment faire, quoi. Ça a pas été facile au début mais voilà ! Maintenant j'ai l'expérience ! [...] Et le patient, des fois, il pose une question, je dis : ben ça, vous voyez ça avec votre diététicienne en libéral. Moi j'essaye de pas empiéter, enfin voilà !*
- Connaissant ce que c'est être en libéral je ... chacun sa spécialité. Là on est plutôt dans du concret, de la mise en pratiques, en fait. Y'a des choses qu'on aimerait faire en libéral et je sais très bien qu'on a pas le temps de les faire, quoi ! Alors que là, la lecture des étiquettes, j'ai trois quarts d'heure pour essayer de les aider au maximum. Trois quarts d'heure c'est pas le temps d'une consultation en libéral !*
- [Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]
-

Cette diététicienne partage, avec l'ensemble de ses collègues, une vision segmentée de la prise en charge de l'obésité. Au service B l'éducation thérapeutique qui ne peut se traduire qu'en ateliers, gage d'un travail concret de transformation des patients grâce à la mise en pratique tout autant qu'aux effets d'entraînement qu'impliquent les interactions entre des personnes qui partagent la même pathologie (dont le défaut d'entraîn serait justement l'un des symptômes). Aux libéraux les consultations individuelles pour traiter « *le soi-propre et les difficultés personnelles* ». Le bénéfice de cette adhésion collective est la valorisation d'une expérience spécifique et non substituable : être les spécialistes de la création et de l'animation d'ateliers éducatifs à destination de la patientèle obèse (qui fait le choix de la chirurgie).

C'est précisément cette vision dualiste de la prise en charge (l'individu et le collectif ; la théorie et la pratique ; le médical et l'éducatif) que les soignants des services A et C mobilisent pour souligner la qualité de leurs propres prestations. Au sein de l'unité A, les ateliers optionnels sont un soutien des consultations, adressés à des patients dépourvus de ressources individuelles pour rester motivés ; les ateliers du bilan intermédiaire, un moyen de valider les acquis et donc de réajuster l'accompagnement individuel *a posteriori*. Pour le service C, l'un ne va pas sans l'autre : à chaque théorie, sa mise en pratique, et à chaque épreuve du collectif, un temps individuel pour consolider l'alliance thérapeutique nécessaire à toute

transformation de soi. Ces deux unités agissent, finalement, sur le modèle de la rationalisation du traitement de l'expérience décrit par Lise Demailly¹ où la synthèse des savoirs n'est plus abandonnée aux patients-apprenants, mais encadrée par les équipes de soignants-enseignants. Une manière pour les professionnels de capitaliser à la fois leurs propres expériences et celles de ceux qu'ils aspirent à transformer.

Cette certitude du bien-fondé exclusif de chaque mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, lorsqu'elle est confrontée au constat partagé par tous d'un faible taux d'amaigrissement des patients² révèle un véritable processus d'adhésion.³ Quelle que soit la trajectoire professionnelle antérieure des soignants (initiation à l'éducation thérapeutique en formation, au sein d'autres services ou sur leur terrain actuel), quel que soit leur degré d'implication dans la mise en place de ces programmes, tous arrivent avec leurs propres représentations du travail médico-éducatif et de leur mandat d' « obésologue ». La socialisation au sein de ces différentes unités opère une conversion des *habitus* de chacun pour construire une manière propre à chaque équipe d'envisager ce que « doit être » la prise en charge de l'obésité. Cette certitude absolue se fonde moins sur des résultats qui objectiveraient la transformation des corps, que sur une habitude collective de fonctionnement qui se constitue en preuve de la vérité. Cette cohésion idéologique (aux allures de transfert de dispositions) s'explique très probablement par l'incertitude qui entoure le traitement de l'obésité : l'absence d'un protocole médical clairement identifié comme la solution à la maladie laisse place à autant de possibles pour pouvoir prétendre à la définition du traitement idéal. Mais aussi par les effets induits par un contexte concurrentiel où chaque service s'isole de l'autre pour protéger à la fois sa part du marché, de la patientèle, tout en tentant de faire fructifier sa notoriété au sein d'une communauté médicale plus large. Alors que les unités A et C sont censées collaborer, pour une circulation des patients d'un programme à l'autre, les professionnels de l'équipe A ne manquent pas d'être critiques à l'égard du protocole de soins proposé par le service C. L'immersion hospitalière bi-hebdomadaire pendant cinq semaines, avec des soignants qui alternent ateliers et consultations, amputerait les patients de leur capacité à être acteurs de leur transformation. Les professionnels du service A sont alors contraints de tout reprendre depuis le début pour

¹ Demailly, L. (2001), « La rationalisation du traitement social de l'expérience professionnelle. », *Revue des sciences de l'éducation*, n°27, pp. 523–542.

² Dans le cas du service B, l'amaigrissement est assuré *a posteriori*, suite à l'intervention chirurgicale.

³ « L'adhésion est ce processus qui, en sa forme aboutie, fait donc passer d'une diversité de façons de voir et de faire à la certitude qu'il n'y en a qu'une qui vaille, convertit la subjectivité consciente d'une opinion relative en pseudo-objectivité inconsciente d'une certitude absolue. ». Viala A. (1999), « « L'éloquence galante : une problématique de l'adhésion », Images de soi dans le discours : la construction de l'*ethos* », in Amossy R. (dir.), *Textes de base en sciences des discours*, p. 178.

guider les personnes obèses sur la voie de l'autonomie, que seul leur programme permet puisque tout est optionnel et que les rendez-vous ne sont pas systématiquement renouvelés.

Ce processus d'adhésion est particulièrement visible dans les manières de penser et de pratiquer l'éducation thérapeutique des patients obèses de Jocelyne, qui exerce aujourd'hui en libéral. Initialement socialisée à la prise en charge de l'obésité au sein du service C, ses formations au GROS ont transformé son regard sur la maladie et son traitement : l'injonction du « lâcher-prise » se substitue à celle de la maîtrise de soi. C'est l'impossibilité de faire entendre cette nouvelle voix à son équipe qui la pousse à démissionner pour expérimenter une carrière indépendante. Convaincue que son nouveau statut est une plus-value pour concrétiser un travail bio-psycho sensoriel qui saura résoudre les maux de sa nouvelle patientèle (à condition qu'elle soit réceptive), elle ne peut se résoudre à abandonner l'organisation de la prise en charge telle qu'elle l'a expérimentée sur son ancienne unité : alterner consultations individuelles et ateliers collectifs. Malgré l'expérimentation d'échecs et l'invitation de ses co-adhérents au GROS à reconsidérer cette perspective, au regard des difficultés pour constituer un groupe thérapeutique en dehors de toute structure hospitalière, elle ne peut se résigner à renoncer :

C'étaient quatre personnes, un groupe de copines, j'ai envie de dire, et ça a capoté à un moment parce que je pense qu'elles se sont trompées de cible. C'est-à-dire que c'était le groupe de bonnes copines et moi j'ai dit je suis pas là pour ça. C'est-à-dire qu'au début elles étaient vraiment participatives et pis après c'était un bon moment. Et j'en discutais avec d'autres collègues et qui disaient : ben moi aussi j'ai eu des groupes et en fait je leur ai conseillé qu'elles se fassent plutôt une bouffe ensemble tous les 15 jours que de venir me voir parce que ... C'est un travail, hein ! Ça nécessite une réflexion, un investissement.

Mais je perds pas espoir, je referai du groupe, il faut que j'y arrive parce que je suis convaincue que pour y arriver il faut accompagner quelqu'un de A jusqu'à Z.
[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Longuement praticienne en service de gériatrie, elle découvre l'obésité et l'éducation thérapeutique simultanément en intégrant le service C, dont l'organisation du programme est mise au point par les seuls médecins. Si elle se montre critique à l'égard des conditions mêmes de la construction du projet (prises de décisions soumises à la hiérarchie interne et aux conditions d'allocations de ressources), elle incorpore l'alternance entre temps individuels et temps collectifs comme le seul fonctionnement possible pour organiser la prise en charge de la maladie :

Ce programme, du coup, on arrivait tous d'horizons différents. Alors ce sont les médecins qui ont dû monter le projet, puisqu'on était soumis à accord de l'ARS, ils ont monté le projet [...] il fallait rentrer dans les codes institutionnels qui sont en vigueur au CHU. Et donc, ben là, il a fallu un petit peu louvoyer. Bon voilà ... Et ensuite l'établissement a ouvert, moi j'étais donc infirmière. J'ai fait des formations en éducation thérapeutique, pour animer des groupes, enfin voilà. [...]
Je voyais pas la prise en charge différemment par rapport aux patients obèses.
[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

En complément du processus d'adhésion, le concept de métamorphose d'*habitus*, emprunté à Gérard Mauger¹, est intéressant pour comprendre les incidences des expériences sociales successives de cette soignante sur ses dispositions à considérer ce que doit-être son travail de thérapeute libérale du GROS. Ses découvertes simultanées de la maladie, de l'ETP et de l'organisation du service C convertissent son identité d'infirmière. Il n'est plus question de s'envisager comme technicienne du soin mais exclusivement comme thérapeute de l'obésité : « *ça a renforcé mon idée que c'était ça !* ». Dans le même temps, elle assimile une manière unique d'accompagner la patientèle « *de A jusqu'à Z* ». Ses multiples implications au GROS (formation, congrès, groupes de travail) finalisent cette conversion de la manière d'intervenir auprès des patients obèses : « *en tant qu'infirmière, aller dire à des gens : mangez cinq fruits et légumes par jour, c'est juste plus possible.* » Pour autant ces deux expériences successives n'interfèrent pas dans sa construction identitaire, elles se complètent (d'un côté incorporation d'un *habitus* fonctionnel, de l'autre façonnement d'un *ethos* relationnel) pour fabriquer un tout : une experte de l'« obésologie », capable de proposer un traitement global de la maladie, affranchi des normes dominantes. Là où ses *habitus* entrent en conflit c'est lorsque ses dispositions acquises, lors de sa socialisation institutionnelle, résistent à son nouveau statut de thérapeute libérale. La survivance de ces primo-croyances est alors si puissante que, deux ans après ce tournant de carrière, elle refuse d'admettre les contraintes inhérentes à ces nouvelles conditions d'exercice et s'obstine à envisager de compléter ses consultations individuelles par l'organisation d'ateliers indépendamment de toute structure, même privée, puisque qu'elle a fait le choix d'interventions exclusivement à domicile.

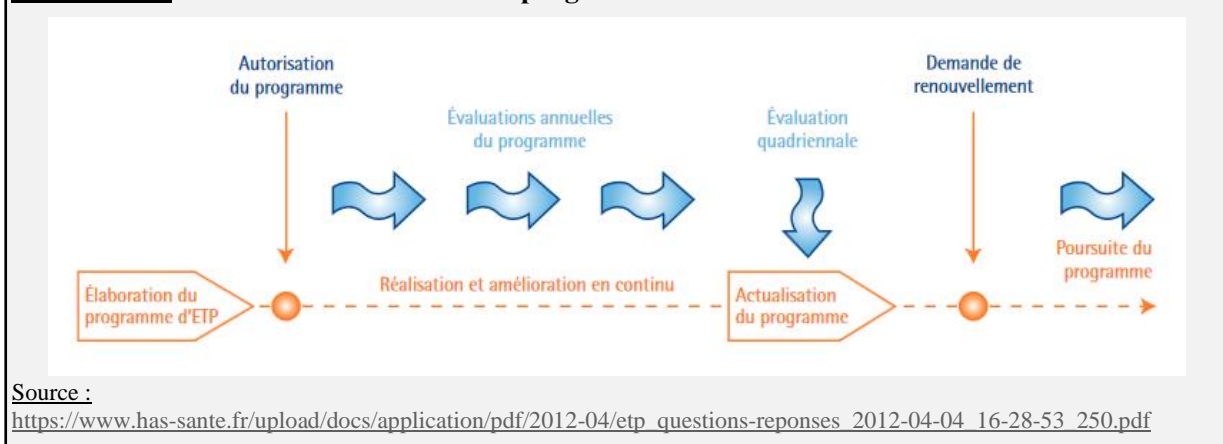
Au-delà de cette certitude de participer à un programme dont l'organisation est la plus à même de répondre aux besoins des patients, tous les soignants rencontrés revendiquent une adhésion à des valeurs fortes qui constituent l'*ethos* du travail : l'amélioration des pratiques s'y constitue en véritable mythe. La sociologie a déjà montré que les bonnes manières de faire le

¹ Mauger G. (2009), « Sens pratique et conditions sociales de possibilité de la pensée « pensante » », Cités, n° 38.

travail sont des construits sociaux, élaborées par les dirigeants et incorporées par les professionnels¹. A ce titre, la place centrale accordée à l'amélioration des pratiques est fabriquée par le *management* de la qualité qui érige cette capacité en véritable compétence professionnelle. Marcelle Stroobants² analyse la compétence comme un investissement individuel et perpétuel qui résulte d'une logique de compétition assimilée par les professionnels. Michel Lallement³ montre que ses usages managériaux sont des outils de domination, au même titre que la division technique du travail, puisqu'elle classe des individus qui doivent apporter la preuve de leurs capacités. Si les entretiens et observations confirment cette appropriation, par les soignants, de l'amélioration des pratiques comme labellisation du travail fourni, ils permettent surtout de voir comme elle se met concrètement en pratique.

Améliorer ses pratiques s'inscrit dans un processus d'évaluation de celles-ci. Le cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique impose d'ailleurs une auto-évaluation qui conditionne le renouvellement d'autorisation délivrée par l'ARS :

Encadré 11 : Processus d'évaluation des programmes d'ETP autorisés.



Les matériaux d'enquête ne donnent pas accès aux réunions annuelles qui visent à évaluer et améliorer la qualité des programmes. Par contre, puisque la HAS recommande le recueil des opinions des bénéficiaires, ce sont sur les usages, et les représentations qu'ont les soignants de ce type de démarche que portent les observations pour comprendre le sens pratique de cette apparente appropriation de cette injonction performative.

Un premier indicateur est que cette pratique fait partie intégrante du travail puisque lors des entretiens, lorsqu'ils sont invités à décrire leurs activités, la plupart des soignants précisent

¹ Boltanski L. et Bourdieu P. (1975), « Le titre et le poste : rapports entre le système de production et le système de reproduction », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°2, pp.95-107.

² Stroobants M. (1993), *Sociologie du travail*, Paris, Armand Colin.

³ Lallement M. (2007), *Le travail. Une sociologie contemporaine*, Paris, Gallimard.

spontanément qu'ils clôturent systématiquement les séances collectives par une enquête de satisfaction. Les observations des ateliers proposés par le service A le confirment. Les formes de cette investigation varient selon le type d'animation. Aux activités incluses dans les journées de bilan intermédiaire, un *debriefing* collectif où chacun est invité à s'exprimer sur les apports d'une telle séance ainsi qu'à partager un point de vue plus global sur le programme. Aux ateliers optionnels, un questionnaire anonyme à remplir sur place¹. Les observations révèlent que dans les deux cas ce temps semble plus compris comme une formalité tant par les soignants que par les patients. Que ce soit à l'écrit ou à l'oral, les acteurs obèses se saisissent peu de cette instance pour formuler des critiques. Lorsqu'il s'agit de débriefer collectivement, ils semblent plus interpréter l'exercice comme une prolongation d'une séance elle-même perçue comme une évaluation de leur engagement. Les questionnaires qui interrogent sur le contenu des séances (prise en compte des besoins et des attentes, ambiance) et des propositions d'améliorations, ne sont que partiellement remplis : les questions ouvertes de la seconde partie ne suscitent que peu de réponses. Du côté des soignants, ces outils sont plus utilisés à titre individuel que collectivement. Lors des échanges oraux, aucune note n'est prise, les seules paroles de patients qui sont rapportées pendant la réunion d'équipe, qui clôture la journée, sont celles qui s'expriment en termes d'apprentissage : « *il dit (ou elle) dit qu'elle va se servir de ce qu'elle a appris aujourd'hui* » ou au contraire « *il dit (ou elle) dit ne pas pouvoir mettre en pratique à domicile* ». C'est alors bien l'engagement du patient qui fait l'objet d'une évaluation collective et non les modalités de transmission. Les questionnaires, eux sont traités entre professionnels d'une même discipline (l'enseignant APA échange avec son homologue de l'association « Sport pour tous »). L'objectif est de mesurer le taux de satisfaction (« *90% des personnes sont ravies et ne regrettent pas !* »). Les conditions de passation, elles, ne font l'objet d'aucune analyse alors que l'anonymat, notamment lors des ateliers diététiques, est difficilement tenable. Une moyenne de quatre patients sont assis autour d'une table présidée par l'animatrice évaluée. Une partie des enquêtés (au moins un par séance observée) pallie des difficultés de lecture ou d'écriture en se faisant assister d'un autre patient, voire de la soignante. Et lorsque certains participants expriment une déception à l'égard du contenu d'une séance (là est le seul *grief* recensé par les professionnels), les soignants expliquent être confrontés à la lourdeur d'un système qui les empêche de se rencontrer pour apporter des modifications qu'ils considèrent pourtant comme indispensables.

¹ Pour les ateliers diététiques, la passation se fait à l'issue de chacune des séances uniques, pour les ateliers APA, l'évaluation a lieu annuellement.

Encadré 12 : Déconvenues d'un atelier.

Contexte : Parmi les quatre ateliers diététiques proposés par le service A, l'un d'entre eux s'intitule « Quantités ». Son objectif est de rompre avec les idées-reçues imposées par la médiatisation des régimes alimentaires qui voudraient qu'une alimentation saine (quantité et groupes d'aliments) soit le produit d'une seule formule mathématique dont les variables seraient l'âge, le genre, l'IMC et l'activité physique. Le travail vise à une analyse sensorielle des besoins et estimations des quantités alimentaires.

Exercice 1 : les patients sont invités à associer des menus types à des profils socio-morphologiques (jeune cadre rugbyman, personne âgée chétive et sédentaire, etc. ...). D'une séance sur l'autre séance, les participants proposent les mêmes associations où la quantité varie selon le genre, l'âge et à mesure de l'activité. La diététicienne corrige finalement en expliquant que les données en leur possession sont insuffisantes pour estimer les besoins alimentaires de chaque individu, seules des données métaboliques fines peuvent définir ces choix. Démonstration qui laisse systématiquement l'auditoire dubitatif.

Exercice 2 : la diététicienne demande de classer des photos d'aliments selon la quantité estimée. Les patients comparent alors différentes formes de pains puis des conditionnements différents d'aliments solides et liquides. Là encore leurs propositions sont erronées puisque les pains font tous le même poids et que les quantités des autres aliments sont toujours identiques : l'impression varie selon la texture (tranches de jambon mixées ou entières, verres hauts ou larges, assiettes creuses ou plates). La soignante explique alors l'utilité de détourner ces illusions d'optique pour limiter les quantités et donc préférer des contenants plus petits pour tromper le cerveau. Cette proposition rencontre une adhésion plus ou moins marquée.

Exercice 3 : cette activité met les patients en situation concrète de se servir de la purée. A leur disposition plusieurs types d'ustensiles de taille différente (louches, cuillères de service, spatules en bois). La diététicienne note au tableau les choix de chacun. Une fois servis, ils doivent estimer le poids de leur assiette. Rares sont ceux qui se risquent à une annonce. L'exercice se conclut par une pesée que la soignante commente en expliquant que les quantités choisies doivent viser la satiété, au risque du grignotage. Face à l'étonnement récurrent des patients de l'absence de recommandations plus strictes, elle précise soit l'importance d'éduquer le tube digestif à des ingestions à heures fixes, soit celle d'équilibrer les apports.

Exercice 4 : chacun muni d'une cuillère à soupe, les patients sont invités à se servir du sucre à quatre reprises. L'observation porte ici sur le caractère plus ou moins bombé de chaque cuillerée pour conclure que les quantités annoncées dans les livres de recettes considèrent la cuillère rase comme valeur étalon mais qu'en réalité cela doit varier selon le goût de chacun.

Au final, les quatre exercices proposés laissent souvent dans l'impasse des patients venus chercher des données quantitatives précises sur ce qu'ils peuvent s'autoriser à ingérer en fonction notamment de la nature de chaque aliment : grammage de matière grasse, de sucre, etc ... De leur côté les professionnelles veulent démontrer que la règle n'est pas le poids mais la diversification et la qualité des conditions de préparation et de dégustation. Intituler un atelier « Quantités », vocabulaire numérique dont on comprend l'écho pour des acteurs stigmatisés par leur apparente démesure, alors qu'il s'agit de faire la promotion de la qualité sensorielle du rapport à l'alimentation, est ainsi bien souvent un rendez-vous raté dont chacun repart frustré.

La transaction que les soignants ont à faire entre objectif idéalisé et la réalité des pratiques se solde alors par de multiples insertions de données numériques lorsqu'ils animent l'atelier, manière de sauver la face en captant malgré tout l'attention de leur public ; mais aussi et surtout par une faible incitation des patients à y participer, manière d'user du pouvoir discrétionnaire accordé à chaque acteur dans un système hospitalier en apparence très réglementé :

Et puis l'atelier « Quantités » je le propose pas, pourquoi, parce que je l'aime pas, je trouve qu'il est pas bien fait donc ... euh ... c'est compliqué.

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

En parallèle de cet atelier jamais officiellement revisité ni dans ses modalités, ni dans son titre, mais toujours adapté individuellement selon les contextes, d'autres soignants

expliquent être sans cesse en quête de nouvelles façons de faire. L'objectif est double. Capitaliser l'expérience acquise tant dans l'animation que dans la connaissance de la maladie et de ses porteurs. Éviter de s'enfermer dans une routine perçue comme un risque majoré dans une prise en charge déjà routinière, puisque spécialisée dans une seule maladie et adressée à une patientèle où « *il y a énormément de comportements qui se ressemblent* ». Il s'agit alors de revisiter le contenu pour que le taux de change reste positif.

Ainsi améliorer ses pratiques est plus un moyen de faire fructifier des compétences individuelles, qu'une obligation d'œuvrer à une appellation contrôlée collectivement. Les outils de mesures sont alors la satisfaction des patients ou le sentiment du travail bien fait. Et lorsqu'il s'agit d'objectiver ces interprétations subjectives de l'évaluation personnelle, pour rendre compte de la rentabilité d'une activité soumise à des procédures de labellisation, ce sont les compétences des patients qui sont mesurées. Les services utilisent notamment des questionnaires qui testent leurs connaissances sur la maladie et son traitement, afin de rendre compte à l'ARS de l'efficacité pédagogique du programme, et que les soignants comprennent comme une évaluation des pratiques :

On est en train de faire une analyse de pratiques avec un questionnaire qu'on a mis en place sur les connaissances des patients, justement. Pour voir ce qu'on leur apporte etc...

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Cette pratique est, en fait, une recommandation de la HAS qui préconise une analyse des compétences acquises par le biais de questionnaires de connaissances, de tests vrai-faux¹. Leur usage par Clémence, et ses collègues, montre la construction collective d'une certitude, devenue absolue, que plus qu'un programme médical, la prise en charge de l'obésité est un projet éducatif. Pour évaluer leurs pratiques, les soignants ne mobilisent pas simplement la preuve des résultats métaboliques mais aussi celle des acquis pédagogiques. Cette croyance est d'autant plus forte que les patients sont pensés comme dépourvus de connaissances lors de leur arrivée dans le service :

Une population qui n'est pas très cortiquée non plus.

Je sais pas si c'est les médias, si c'est les médecins, je sais pas ce qui se passe en ce moment mais, là, depuis quelques mois, ils ont l'impression qu'ils vont devenir

¹ Source :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_annuelle_maj_juin_2014.pdf

David Beckham ou ... [...] Alors est-ce que c'est un problème de connaissances ou d'intelligence ? Je sais pas.

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Ce sont des personnes qui ont été prises en charge pour cette question de poids qu'ils n'arrivent pas à endiguer ou bien parce qu'ils sont également suivis pour une question de diabète ou d'hypertension, et ils se voient proposer d'entrer dans le programme ETP. Donc ils n'ont pas désiré, véritablement, entrer l'ETP, n'ont pas imaginé, d'ailleurs que ce programme existait et là moi j'ai la sensation de les cueillir beaucoup plus à froid, finalement ! [...] Des personnes qui se trouvent amenées dans un dispositif mais qui n'en savent pas grand-chose, qui n'ont pas lu grand-chose, non plus, sur ce type de prise en charge. Donc qui sont moins informées, qui ont moins pris de recul.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Frontière symbolique entre des soignants, qui voient dans la blouse blanche une manière de publiciser leur détention de savoirs, et des patients pensés comme « *pas très cortiqués* », qui se traduit également par l'absence totale d'acteurs obèses au sein des instances qui pensent, évaluent et mettent en œuvre les programmes d'éducation thérapeutique. Pourtant cette participation est largement envisagée par les pouvoirs publics puisque, lors de la demande d'agrément auprès de l'ARS, pour décrire l'équipe, une question interroge une éventuelle présence de patients (« *L'équipe comporte-t-elle un ou plusieurs patients intervenant dans la mise en œuvre du programme ?* »), pour décrire le programme, sur huit *items* à renseigner, quatre concernent leur éventuelle participation au dispositif :

Encadré 13 : Extrait de demande d'autorisation d'un programme d'ETP auprès de l'ARS.

Intitulé : Le programme (pour les programmes dont le coordonnateur est un médecin ou un autre professionnel de santé) :

- Le programme a-t-il été coconstruit avec une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique ?
Oui Non
Si oui, avec quelle association ?
- Cette association participe-t-elle à la mise en œuvre du programme ?
Oui Non
- La participation d'un ou de patients au programme est-elle prévue ?
Oui Non
Si oui, est-il ou sont-ils formés à l'ETP ?
Oui Non
- Et à quelle(s) étape(s) du programme se fait cette intervention ?
Coordination animation évaluation
- Le programme d'ETP concerne le problème de santé suivant :
Affection de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD), asthme, une ou plusieurs maladies rares

- Préciser :
 - Une priorité régionale. Préciser :
 - Autre. Préciser :
- Quelle est l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels du programme ?
- Le programme est-il réalisé :
 - En ambulatoire □ Au cours d'hospitalisation □ Les deux ?

Joindre en annexe le programme, en veillant à ce que l'ensemble des éléments de la section « Le programme » du cahier des charges y figure.

Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000030136349/2015-01-24/#LEGIARTI000030136349>

Interrogés à ce sujet¹, les soignants évoquent des difficultés matérielles à organiser ce type de rencontres. Exceptée l'une d'entre eux, qui trouve cela regrettable, les professionnels s'inscrivent autant dans un héritage de l'histoire sociale passée de l'organisation d'une pratique médicale cloisonnée entre des soignants qui agissent et des patients qui sont agis, que dans la persistance d'une mythologie collective (médicale et sociale) qui prête des compétences limitées aux acteurs obèses :

R : On se pose toujours des questions par rapport à cet atelier parce que les gens ils s'attendent à ce qu'on leur dise combien ils vont manger et donc ils sont un peu déçus. J'ai déjà eu des retours de patients qui me disent : « ça va pas, montez autre chose ».

Q : Qui c'est qui les construits les ateliers ?

R : Ah ben ils ont été construits ... euh ... y'a ... je sais pas moi, ça fait au moins 4/5 ans alors déjà, moi, en tant que professionnelle, ça me questionne. Moi j'aime bien revoir mes pratiques, donc questionner. J'aime bien remettre en place des choses quand ça fonctionne pas mais moi je suis pas seule dans une équipe, donc voilà ! Donc j'ai « moi je trouve qu'il fonctionne pas ».

Q : Et est-ce que ce serait envisageable qu'une délégation de patient soit invitée à réfléchir avec une délégation de diététiciennes pour penser des outils ?

R : Ça s'est pas fait à ma connaissance !

Q : C'est quelque-chose qui vous plairait ?

R : Faudrait déjà avoir le temps. Là, je vois pas comment. On n'a pas le temps, pas les moyens. Et pis franchement, les patients quand ils remplissent les questionnaires, ils sont globalement satisfaits alors je crois pas qu'ils oseraient dire grand-chose. C'est à nous d'améliorer nos pratiques. Eux ils ont déjà fort à faire. Qu'ils viennent déjà au rendez-vous, qu'ils comprennent ce que c'est leur pathologie, ce qu'il faut faire et puis qu'ils appliquent, c'est déjà pas mal !

[Mélania, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]

Qu'il s'agisse d'adhérer à un programme, comme manière exclusive de pratiquer l'éducation thérapeutique auprès de patients obèses, ou à une vision unanime d'un *ethos*

¹ Cette question ne faisait pas partie de la grille d'entretien initiale, elle n'a donc pas été abordée avec une partie des soignants du service A.

professionnel qui mise sur l'engagement individuel de chaque soignant pour penser ses pratiques, ou même de participer à la conversion d'un projet de soin en programme didactique, ces croyances procèdent de manières inconscientes pour gérer les incertitudes inhérentes à l'« obésologie »¹. Dans un contexte paradoxal, où l'évolution de la figure du patient invite les professionnels à reconsidérer la relation thérapeutique de manière plus horizontale, et où les représentations collectives définissent l'obésité par le manque de volonté et l'excès d'incompétences, la conséquence directe de ces adhésions matérialise les frontières, autant entre chaque équipe, qu'entre les soignants (normo-pondérés) et les patients obèses. Les perspectives de la construction d'un savoir « obésologique » commun, s'en trouvent, de fait, limitée. Reste à savoir ce que font ces *illusio* au travail concret.

2.2 Faire équipe : le jeu des identifications réciproques.

« Comme dit souvent la direction : c'est la maman poule avec ses poussins, quoi ! Hop ! Dès qu'il y a un problème, elle écarte les ailes et on est derrière ! »
[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Être persuadé de proposer le meilleur dispositif possible (compte-tenu des difficultés et comparativement aux autres offres), contribuer à une amélioration permanente de l'existant parce « *qu'on peut toujours faire mieux* », nécessitent de faire corps avec son groupe d'affiliation. Au-delà de répondre à l'injonction au travail pluridisciplinaire, ce processus se traduit par la reconnaissance d'attributs spécifiquement valorisables aux individus qui tiennent les différents rôles. Les enseignants d'APA et leurs méthodes de travail sont, par exemple, présentés par leurs collègues respectives comme les plus performants de leur catégorie. Lui pour ses qualités de *coach*, elle justement parce qu'elle met tout en œuvre pour se distinguer de ce rôle. Savoir-faire et savoir-être qui sont en exacte adéquation avec ce que chacun de ces deux professionnels défend de son mandat auprès des patients. Pour leurs collègues, définir la meilleure façon de tenir le rôle d'enseignant APA ne se fait pas d'après une grille objective de classement, mais par appropriation de ce que chaque protagoniste défend des valeurs de son métier. Il est parfaitement compréhensible que chacun des professionnels en présence ne maîtrise, ni même ne connaisse, le code déontologique ou le référentiel métier propre à chaque

¹ Absence de juridiction de la discipline, résultats médicaux trop incertains pour faire preuve d'un traitement efficace, gouvernance managériale du système de santé plus propice à la concurrence qu'à la collaboration entre services.

groupe professionnel. Dans le cas des enseignants d'APA ceci est largement accentué par leur récente insertion dans le secteur sanitaire. Les autres soignants n'ont finalement pas ou peu d'éléments de comparaison et sont enclins à transformer la subjectivité de ceux qui mettent en scène ce métier en élément pseudo-objectif d'évaluation. Mais faire coalition avec ses collègues de terrain ne se manifeste pas par la seule adhésion à l'autodéfinition que chacun fait de son mandat, le plus souvent ce sont les expériences des uns qui sont valorisées par les autres. Expériences d' « obésologues » bien-sûr : c'est parce que l'une des infirmières a connu toutes les évolutions de la prise en charge de l'obésité qu'elle est reconnue, ou encore parce que les diététiciennes du service A sont, ou ont été inscrites, dans des groupes de travail dédiés au PNNS, que leurs collègues attribuent une plus-value à leur collaboration avec elles. Mais aussi expériences polyvalentes : l'atypie du parcours de Laure, psychologue qui a initié sa carrière dans le *marketing* pour ensuite s'investir dans la recherche sur l'éthique et la pratique des soignants engagés dans des centres de procréation médicalement assistée, ou la fabrication progressive de la médecin initialement diététicienne, sont ainsi largement plébiscitées. Quelles que soient la forme qu'elles prennent, les expériences de chacun les dotent d'attributs remarquables, gages pour les autres d'être insérés dans une équipe qui saura se distinguer par sa performance.

Si ces présentations de l'autre s'immiscent dans le discours de la plupart des soignants, « *on a vraiment une bonne équipe* », elles sont particulièrement mobilisées par les médecins. Coordinatrices des programmes, il est aisé de comprendre le pragmatisme d'une telle démarche. Affirmer collaborer avec les meilleurs n'est pas neutre. A *minima*, c'est une manière de valoriser leurs propres capacités à détecter le potentiel de chacun, preuve de leurs compétences managériales à mettre en œuvre la pluridisciplinarité. D'ailleurs, elles ne tarissent pas d'éloges pour les rares soignants pour lesquels elles ont participé au recrutement. C'est le cas de Mathieu et de Sophie (psychologue) :

Y'avait pas d'APA avant, c'est moi qui ai insisté. Il est d'abord venu en stage quand il était étudiant et après j'ai bataillé pour créer le poste ! C'est vrai qu'il est particulièrement bien, je suis contente ! Et pis c'est vrai que depuis 3 ans, qu'il est là, il a aussi développé des outils ! Parce que il a des étudiants, parce qu'il est maître de stage et à chaque fois il leur fait faire un travail. L'année dernière, il a ... alors, lui, quand il était étudiant, il avait fait un carnet d'exercices de renforcements musculaires. L'année dernière, il a fait faire une vidéo donc les gens ils peuvent regarder sur You tube, c'est quand même mieux de regarder un truc que de suivre un carnet pour faire des exercices ! Et puis là, il est en train avec l'étudiant de cette année, de faire des fiches d'évaluation, justement, pour que les patients ils remplissent et qu'on puisse mieux les suivre.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Et c'est là, qu'on a fait, après, trois ou quatre curriculum vitae, on a fait venir la psychologue qui est là, qui est montée en activité. [...] Et elle apprend ! Et elle fait. Ça, c'est super quoi !

[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]

Dans le contexte concurrentiel local, affirmer collaborer avec les meilleurs est aussi une démonstration de force, un moyen d'affirmer sa domination du marché, sa capacité à définir le bon traitement. Il n'est ainsi pas rare que cette affirmation s'accompagne d'une disqualification des compétences des professionnels des autres équipes :

Maintenant ils disent je ferai le suivi ! Alors qu'ils ont pas du tout le même suivi, hein ! C'est pas du tout la même chose. Après, moi, je veux pas émettre de jugements, rien du tout, mais je pense qu'il est important qu'ils soient vus par un médecin nutritionniste qui ait des compétences pas juste une diet ou une infirmière quoi !

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Là-bas, même la psychologue, elle ne fait que de la thérapie de groupe. Moi j'appelle pas ça un travail psy ! Nous la psychologue elle fait que des entretiens individuels, ça permet un vrai travail sur soi, une démarche réfléchie.

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Ce travail de coalition ne se fait pas uniquement dans le sens horizontal ou descendant. Là où la définition des qualités supérieures de l'autre prend le plus d'ampleur, c'est finalement lorsque les paramédicaux parlent des médecins, qu'elles soient directement coordinatrices de leurs actions ou qu'ils soient actifs au GROS. La stratégie employée est alors la même que celle utilisée par les médecins des trois services : les éloges à l'égard de leur *mentor* s'accompagnent souvent d'opprobre pour les *leaders* opposés.

Les soignantes de l'équipe B, qui vouent une ferme allégeance à leur médecin, expriment, par exemple, toute leur fierté lorsque cette dernière revient de RCP en annonçant qu'elle a obtenu, conformément à leurs attentes, un report ou un refus d'opérer. Cette victoire est pensée comme collective. Cependant, tous les mérites sont attribués à la médecin : c'est autant parce qu'elle a exigé d'elles d'étayer leurs arguments pour arriver avec un dossier, que parce qu'elle est capable de tenir tête aux praticiens du service D que la partie est remportée. Le vocabulaire compétitif employé (qui nécessite de « *se serrer les coudes* ») démontre, par lui-même, tous les enjeux concurrentiels qui se mettent en place dans la relation entre équipe en périphérie de la chirurgie et équipe chirurgicale. En *coach* engagée dans un combat pensé comme inégal puisque « *les chirurgiens ont le pouvoir* » et que les soignantes paramédicales

ne sont pas directement conviées à débattre avec eux, la médecin incarne alors l'*ethos* d'une équipe consciencieuse en opposition à ceux qui, avides, ne respectent pas les règles :

R : Je suis pas forcément d'accord avec tout ce qui se passe au staff. Notamment, les choix des chirurgiens.

Q : Sur l'autorisation ou non d'opérer, vous voulez dire ?

R : Voilà, c'est ça. Ouh, y'a des choses, au niveau éthique qui posent quand-même question. [...] Des personnes qui sont acceptées où moi je sais que ça va être très compliqué et ça me questionne beaucoup.

Q : Est-ce que ça veut dire que vous considérez que les critères de la HAS sont un peu rabotés ?

R : C'est ça ! Eux, ils sont chirurgiens, médecins, ils voient le côté ... y'a un chirurgien, en particulier, qui fonctionne comme ça [...] disons que au-delà des spécialités qui se confrontent, eux c'est des libéraux et nous, on est pris en charge dans la structure donc c'est vrai, que nous, le nombre de patients qui se fait opérer c'est pas du tout, ça change pas notre salaire.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

De son côté, Jocelyne alterne entre enthousiasme pour les experts qui contribuent à la réflexion menée par le GROS et disqualification des praticiens locaux qu'elle a côtoyés lorsque les services collaboraient. Qu'ils soient professeur spécialisé dans la physiologie de l'obésité (« un gars qu'a travaillé toute sa vie là-dessus »), chirurgien qui dénonce un recours abusif et dangereux à l'acte opératoire, médecin-nutritionniste « toujours en train de réfléchir comment il peut évoluer » ou spécialiste réputé de l'institut Pasteur, tous les praticiens du GROS font figure d'excellence parce qu'ils savent « qu'on apporte une réponse qui est insuffisante parce que pas la bonne ! ». *A contrario*, médecins et chirurgiens locaux sont taxés de médiocrité, soit parce qu'ils sont « un peu limite question éthique », soit parce qu'ils n'ont « pas de scrupules à opérer ». Dans tous les cas les traitements qu'ils proposent ne sont pas jugés à la hauteur de leurs prétentions.

Ces stratégies défensives sont symptomatiques d'un climat concurrentiel où la transaction la plus rentable, dans la situation artificielle de l'entretien ethnographique, semble être de disqualifier les concurrents pour mieux se valoriser, pour donner une signification sociale à son engagement pour tel type de prise en charge. Cependant, une analyse des catégories lexicales, mobilisées par ces soignants, pour décrire leurs manières de voir, de penser et de faire l'éducation thérapeutique révèle que les paramédicaux s'approprient à l'identique le langage propre à chacun de leurs *leaders*. Tous les soignants de l'équipe A (coordonnée par Emma qui a fait sa thèse sur le métabolisme), quels que soient leur discipline, leurs socialisations professionnelles antérieures, expliquent œuvrer pour l'amélioration de la

composition organique. Que l'obésité soit la cause ou la conséquence de dysfonctionnements chimiques, ce sont ces derniers qu'il faut traiter. Puisque la bonne transformation des apports est empêchée, il faut maîtriser l'équilibre de la balance énergétique pour contenir les effets de ses troubles. Là, interviennent enseignant d'APA et diététiciennes sous le contrôle des données recueillies par l'infirmière. Le travail des psychologues consiste à faire accepter ce changement d'objectif par les patients : ne plus transformer le corps de l'extérieur mais de l'intérieur. L'équipe B, emmenée par Anne, qui a un goût prononcé pour la psychanalyse, est convaincue que l'obésité est le produit ou la cause de dysmorphophobies¹. Il est alors nécessaire d'accompagner les patients pour se réapproprier et revaloriser leur corps. Toutes disciplines confondues, l'enjeu est de filtrer les patients pour qui la chirurgie sera une première étape sur la voie de la guérison de ce trouble. Les matériaux d'enquête ne permettent pas de mettre en évidence cette influence charismatique au sein du service C. En revanche l'analyse comparative du discours de Jocelyne avec le site internet de Jean Philippe Zermati², l'une des figures médiatiques de l'association, révèle que plus qu'un *consensus* sur les idées ou une reproduction fidèle de la démonstration (comme gage de la véracité scientifique), c'est l'articulation des catégories lexicales et des règles syntaxiques qui est parfaitement identique (Cf. annexe C7).

Dans les trois types d'interactions, il semble que l'on assiste à un véritable processus d'idéalisation des paramédicaux pour des médecins devenus *leaders* d'une équipe, d'un groupe de réflexion. Ces liens naissent de la gestion pragmatique que chacun fait de sa propre trajectoire professionnelle et de la situation concrète du travail d'« obésologue ». En tension entre plusieurs façons de comprendre la maladie (et son traitement), ce travail exige de chaque collectif de produire une *praxis* commune. C'est probablement de cette conjoncture que naît la dépendance entre promoteurs et coopérateurs. Les médecins ambitionnent d'être désignés comme ceux qui ont trouvé la solution à cette maladie qui résiste à tout savoir établi (les médecins des équipes locales revendiquent toutes la définition de ce que doit-être l'éducation thérapeutique des patients obèses pendant que leur confrère du GROS publicise la méthode « Zermati »). Les paramédicaux attribuent à ces *leaders*, à leur programme, le pouvoir symbolique d'apporter une plus-value à leurs propres identités professionnelles souvent mises

¹ Trouble psychiatrique caractérisé par une perception négative démesurée de son apparence physique, qui se traduit par des manifestations obsessionnelles (délire de persécution, pensées destructrices, TCA, besoin incontrôlable de camouflage voire de correction du défaut physique, etc.). Source : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-obsessionnels-compulsifs-et-troubles-similaires/dysmorphophobie>

² <http://www.docteurzermati.fr/>

à l'épreuve lors des expériences passées. L'incorporation de ces « univers de croyances »¹ est alors si puissante que les soignantes de l'équipe B, conscientes que la fin de carrière de leur coordinatrice est proche, s'inquiètent de son départ :

C'est quelqu'un de formidable donc ç'est vrai que moi c'est vraiment une personne que j'estime beaucoup. En plus personnellement ... enfin je me retrouve ... enfin on se retrouve ... enfin voilà, on a des caractères qui se retrouvent, ça nous fait rire, c'est drôle. Et si je pouvais être comme elle plus tard. Mme Joseph-Henri, le jour où elle va partir ça va être très, très compliqué.

Q : Et ça, c'est partagé avec l'équipe ?

R : Oui !

Q : Oui, tout le monde a vraiment ce sentiment ...

R : Le jour où elle va dire qu'elle arrête, comment on va faire, quoi ? C'est ... ça va être très, très compliqué. Elle a une place vraiment centrale.

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Envisager de collaborer avec un autre médecin pour travailler à l'éducation thérapeutique des patients obèses paraît même comme inconcevable pour deux d'entre elles qui associent à cette éventualité une possible motivation de départ. Ces jeunes professionnelles, qui ont trouvé en cette praticienne omnisciente leur *mentor*, considèrent que le taux de change de toute nouvelle collaboration serait nécessairement négatif. Pour éviter tout risque de souillure de leur identité d' « obésologue », il est alors préférable d'envisager de faire fructifier ce que leur a appris cette expérience, ce que leur a transmis Anne (savoirs, savoir-faire et savoir-être) en le mettant au service d'autres patientèles, voire d'autres pratiques professionnelles.

De son côté, Jocelyne, thérapeute du GROS, dont la trajectoire institutionnelle a été ponctuée de conflits avec ses collègues, avec le corps médical, avec les administrateurs, expérimente la méthode « Zermati » comme une manière d'acter sa dissidence tout en éprouvant un sentiment d'appartenance à un groupe qui, selon elle, transcende l' « obésologie ». Ainsi, explique-t-elle que ses immersions au sein de l'association sont souvent l'occasion d'exposer ses difficultés à faire entendre sa voix (auprès de ses anciens collègues, au sein des différents cabinets médicaux qu'elle démarche pour que des patients lui soient adressés). Et les réponses de ceux avec qui elle partage le stigmate du non-conformisme à la pensée dominante qui malgré « *les connaissances actuelles sur les effets délétères des régimes, persiste à dire : il faut quand même faire un régime sous couvert de professionnels* »², renforcent ses convictions de participer à une œuvre aussi rare qu'incomprise :

¹ **Dubar C. (1998)**, « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques », *Sociétés contemporaines*, n°29, pp. 73-85.

² Extrait issu du site du GROS (<https://www.gros.org/>)

Zermati m'a dit : mais lâche ! Accepte que les gens comprennent rien à ce que tu veux faire !

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Qu'il s'agisse de s'envisager comme les *outsiders* du traitement de l'obésité ou de considérer que le *leader* est indestituable, ces mécanismes renforcent les clivages nés d'un marché concurrentiel. Ils sont autant de manières de faire carrière¹ au sein d'une équipe qui se constitue en groupe d'appartenance et donc d'incorporer des procédés interprétatifs de ce que doit être le travail de transformation des corps obèses.

2.3 De l'injonction à faire œuvre commune aux processus d'unions parcellaires

« Donc ils ont ouvert leur truc, ils nous ont accueilli mais c'est un petit peu comme si ils avaient accueilli quelqu'un dans un couloir en disant : alors là vous y allez pas, là vous y allez pas. C'est-à-dire que nous on s'en foutait, on avait déjà notre programme et on avait pas envie de leur piquer quoi que ce soit ! »

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Au gré de leur socialisation professionnelle, les soignants s'investissent (à des degrés variables, selon les capitaux détenus, les trajectoires et les positions occupées) dans la compétition pour le monopole de la définition légitime du *nomos* du champ de l'«obésologie». Dès lors l'incertitude inhérente à des traitements qui manquent de résultats pour prouver leur bien-fondé nécessite de faire corps avec un programme, une équipe, un *leader*. Processus d'adhésion, d'union, voire d'idéalisation qui se traduisent par une fermeture de frontières entre chaque collectif de travail. Celle-ci s'exprime de plusieurs manières.

La première manifestation de ce protectionnisme est le travail acharné que déploie Anne pour se préserver de sa peur de l'espionnage. Sa quête pour définir le bon traitement de l'obésité se traduit autant par un *management* intensif de son équipe puisqu'il s'agit d'obtenir de chacune le meilleur d'elles-mêmes pour que les ateliers mis en place soient toujours plus innovants (à des fins de performance), que par une volonté d'entretenir le secret autour de ces innovations, du travail concret auprès des patients. Cette démarche se traduit par une stratégie singulière

¹ Au sens interactionniste du terme.

qu'Anne explique devoir mettre en place, au nom du principe de précaution, lors des visites de personnes étrangères au service. Si elle tient à publiciser l'investissement de son établissement dans ce programme récent qu'elle coordonne, elle contraint ces échanges à la seule visite des locaux, et à l'organisation de pique-niques entre équipes (dont celle du service C, mais essentiellement des praticiens hors territoire). Autant de manières de mettre en scène les moyens à disposition (« *tout est neuf* »), le dynamisme et l'engagement de son équipe « *capable de tenir bon, de donner et d'avoir des choses nouvelles* » ainsi que sa propre disposition à collaborer. Néanmoins, elle explique devoir opposer une fin de non-recevoir ferme et définitive lorsqu'il s'agit d'assister à un atelier, de consulter les outils utilisés (de l'organisation de la prise en charge aux matrices d'animation des différentes activités). Parce qu'il ne s'adresse pas uniquement aux concurrents directs, implantés sur le territoire, mais aussi à des équipes venues d'ailleurs, à la sociologue qui, de fait, n'a aucune prétention thérapeutique, ce processus ne peut être lu comme le seul produit d'une compétition sur le marché local de la captation de patientèle. Il est également le corollaire du pouvoir discrétionnaire dont s'emparent les praticiens des établissements de santé en général. Libre sur les manières de mettre en œuvre l'activité péri-chirurgicale, cette médecin a la charge de coordonner son équipe, d'organiser la prise en charge et les manières de la publiciser. Dès lors, la gestion de l'espace de démarcation entre son programme et les autres est soumis aux cadres interprétatifs qu'elle a incorporés de la structure sociale du champ de la médecine en général et de la pratique de l'éducation thérapeutique en particulier. Inciter les soignantes de son équipe à communiquer lors de congrès n'est pas simplement une contribution au débat collectif, c'est avant tout une manière de les inciter à améliorer leurs pratiques en s'inspirant de ce qui est proposé ailleurs, tout en suscitant la curiosité des autres. Accueillir les équipes qui précèdent celle qu'elle s'apprête à coordonner¹, vise à faire bonne figure sur un marché qu'elle sait concurrentiel. Échanger sur site avec les autres équipes, aspire à faire preuve d'ouverture tout en contrôlant ce qui est communiqué pour ne pas être l'objet d'un piratage. Convaincue de détenir la définition de ce que doit être l'éducation thérapeutique des patients obèses, ou en tout cas d'être sur la bonne voie, elle protège sa recette avec précaution. Culture du secret dont Georges Simmel² a déjà montré que le bénéfice minimum est de garantir à ceux qui en sont les instigateurs un sentiment de supériorité puisque seuls les initiés détiennent ce capital dont la rareté augmente la valeur.

¹ Chronologiquement, le programme d'ETP du service B est le dernier-né sur le territoire local.

² Simmel G. (1991), *Secret et sociétés secrètes*, Paris, Circé.

Autant d'éléments qui sont conformes avec l'identité professionnelle qu'elle revendique : celle dont les licences, les expériences et l'engagement sont gages de la supériorité de son expertise.

La rhétorique du soupçon est également présente dans les propos d'une partie des soignants des équipes A et C lorsqu'ils reviennent sur l'absence de collaboration entre leurs deux services. Les deux médecins coordinatrices expliquent qu'en fonction des besoins des patients, leurs deux programmes peuvent être complémentaires (20,9% de la patientèle bénéficie des deux traitements). De leur côté, les matériaux d'enquête révèlent que faire passer les frontières aux patients n'est pas si simple pour les équipes. Si le protocole prévoit que les acteurs obèses adressés par les médecins traitants, pour un suivi d'éducation thérapeutique, soient diagnostiqués par l'équipe du service A qui doit déterminer le programme le plus adapté pour initier la prise en charge, dans les faits, Emma, qui coordonne ce service (et donc cette journée d'évaluation), se montre réticente à orienter directement les patients vers le service C. Lors des observations des réunions de synthèse de ses journées, lorsqu'un paramédical fait cette proposition, elle est systématiquement différée. L'argument majeur est que le suivi plus intensif qui y est proposé représente un risque pour l'acquisition de l'autonomie pourtant nécessaire pour que les patients gèrent leur maladie :

*Ils ne vont pas vivre dans un cadre tout le temps. On les assiste trop les patients !
Il faut qu'ils soient autonomes. C'est le problème de la médecine en général
surtout avec les maladies chroniques. On est là pour leur faire comprendre
l'importance de toujours suivre une hygiène de vie mais pas pour faire de la
thérapie de groupe ou faire à leur place. Par exemple les rendez-vous. Les rendez-
vous il les prennent tous seuls. On leur fait pas un programme clés en main.*

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Si le débat s'engage, il se conclut toujours par une adhésion collective au fait qu'effectivement les patients qui finissent par passer par le programme C évoquent tous la violence de l'arrêt d'un tel accompagnement. A charge pour les soignants du service A, derrière, de les sécuriser pour qu'ils deviennent acteurs de leur traitement. Bien évidemment la médecin et l'ex-infirmière du service C ne partagent pas cet avis, considérant que c'est « *la relation médecin-patient quasiment qui est traitante* » et que cela passe nécessairement par un *coaching* de proximité. En 2016, confrontées à des difficultés de remplissage toujours plus prégnantes, elles interpellent la coordinatrice de l'unité A qui explique que les patients ne sont pas motivés pour suivre ce type de programme qui impose le groupe de manière intensive. Convaincue de la déloyauté de cette médecin, Jocelyne décide de prendre les choses en main et contacte les généralistes pour qu'ils leurs adressent directement des patients. Son initiative, hors protocole,

est rapidement écourtée. C'est sur ce compte qu'elle met la fermeture temporaire, quelques mois plus tard, de son service. Dans un espace où les autres équipes médicales sont suspectes puisqu'engagées dans une compétition de captation de patients, dépasser les frontières signifiait, pour elle, en fabriquer d'autres : construire un service d'éducation thérapeutique plus fort, capable de publiciser la diversité de ses programmes (« *les médecins traitants ne connaissaient même pas notre existence* ») contre un service chirurgical déjà largement médiatisé grâce à la réputation de ses chirurgiens et qu'elle soupçonne d'avoir eu recours à des pratiques d'espionnage :

Ils ont joué un jeu un peu pourri, clairement, puisqu'ils sont venus, on les a accueillis pour leur expliquer notre programme, ils ont pris les éléments du programme qui les intéressaient et ils sont repartis avec et ils ont ouvert l'hôpital de jour [...] Ils nous ont accueillis mais c'est un petit peu comme si ils avaient accueilli quelqu'un dans un couloir en disant : alors là vous y allez pas, là vous y allez pas. C'est-à-dire que nous on s'en foutait, on avait déjà notre programme et on avait pas envie de leur piquer quoi que ce soit !

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

« *Espionnage* », « *secret* », « *intimidation* » et autres terminologies habituellement réservées aux secteurs de défense stratégique (qu'ils soient géopolitiques ou économico-industriels) envahissent ainsi les discours d'une partie des soignants :

Alors c'est tout juste si il fallait pas se voir le samedi soir, à minuit, dans un endroit glauque.

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

La dernière fois que j'ai vu [le Dr X] c'était à la réunion de [l'association]. quand il s'est pointé, il était dans un coin, dans la pénombre à écouter ce que je disais.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Être mandatés pour soigner mais relégués dans un espace sans réelle juridiction¹, où le bien convoité (donner une plus-value à une blouse blanche, qu'il a souvent fallu conquérir, en œuvrant au traitement d'une maladie jusque-là insoluble) est soumis à autant d'incertitudes que de concurrences, dispose les équipes au repli sur soi. Et celui-ci dépasse les seules frontières qui opposent les différents établissements de santé. Au sein de l'hôpital public local, où cohabitent deux unités, les enjeux économiques qui soumettent la pérennité des programmes à

¹ L'absence de formation dédiée (et donc de licence), de pratiques et de savoirs communs mais aussi le défaut de monopole du marché (à côté de ces équipes institutionnelles, médecins et paramédicaux libéraux captent une grande partie de la patientèle) font de l'« obésologie » une spécialité qui peine à être reconnue.

la rentabilité des services ont ainsi deux effets complémentaires. Un processus fiduciaire, où il s'agit de faire fructifier le transfert de biens et de droits à l'éducation thérapeutique des patients obèses, qui se double de la fabrication d'une identité collective forte, où les soignants développent des intérêts et des représentations communes. Affiliés à la même institution, les services A et C sont finalement des segments en concurrence où tous les moyens sont bons pour obtenir le marché. D'un côté, une équipe qui peine à confier, avec conviction, les patients à ses collègues ; d'un autre, une infirmière qui s'affranchit de son statut dans la stratification sociale et du protocole d'intégration pour tenter de conquérir l'autonomie qu'elle croit nécessaire pour la survie du programme qu'elle défend. Le tout dans un climat de défiance et d'accusations mutuelles qui envahit les échanges entre coéquipiers et les situations d'entretien ethnographique. Tout se passe comme si la définition de l'*ethos* de chaque collectif ne pouvait se définir qu'en jetant l'opprobre sur celui des autres. Qu'il s'agisse de donner une signification sociale à ses propres affiliations (pour détenir le bon usage de la blouse blanche, il est nécessaire d'en dépourvoir les autres) ou au non-partenariat dans un contexte où l'injonction au travail en réseau tente de refaçonner les parcours de soin (l'absence de collaboration est le produit des insuffisances, cliniques et éthiques, des autres), fermer les frontières devient nécessité faite vertu. La plus-value, pour les soignants, est d'être reconnus pour leurs spécificités disciplinaires, tout en étant protégés de la concurrence d'un marché du travail en tension. Celle, pour les médecins-coordinatrices est de rentabiliser la montée en compétences des uns et des autres par une fidélité au poste et une loyauté à la figure du chef.

Cette fermeture de frontières dépasse les enjeux locaux de captation de patientèle. Elle est également observable à plus grande échelle. En particulier, lors du congrès organisé conjointement par l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF) et la Société française de santé publique (SFSP) à l'automne 2017. Soumettre un poster, qui propose une approche sociologique des enjeux du traitement de l'obésité, lors de ces trois jours qui visent à « *organiser les conditions d'un « transfert de connaissances » réellement opérant* » entre « *chercheurs, enseignants, acteurs de terrain et décideurs* »¹ est une occasion d'observer les interactions qui se jouent notamment entre plusieurs équipes venues présenter leurs pratiques d'éducation thérapeutique. La session intitulée « *Éducation thérapeutique du patient : associer et accompagner les patients, former les professionnels* » est particulièrement révélatrice des effets des incertitudes de la transformation d'une relation thérapeutique, qui vise

¹ Programme du congrès ADELFF – SFSP, « Sciences et acteurs en santé : articuler connaissances et pratiques », 2017, p.2.

à éduquer les patients à la gestion de leur maladie, sur les manières d'interagir entre soignants. Cinq équipes se succèdent pendant deux heures pour présenter la façon dont elles organisent ce type de prise en charge :

Encadré 14 : Session SC11 congrès ADELFF – SFPS.

SC11 - Éducation thérapeutique du patient : associer et accompagner les patients, former les professionnels.

- L'incontournable implication des patients en éducation thérapeutique
- *Empowerment* et participation des malades chroniques et de leurs aidants dans l'accompagnement de leurs pairs
- Éduquer le patient adolescent au changement : le défi posé par la transition pédiatrie - soins adultes
- L'éducation thérapeutique du patient : du diagnostic éducatif à l'étude des résistances au changement
- La formation en éducation thérapeutique du patient : de la posture éducative au programme autorisé, un exemple de développement coordonné de l'offre d'ETP en Picardie

Source : Programme du congrès ADELFF – SFSP (2017)

Si l'objectif est « *de dessiner les contours d'une collaboration interinstitutionnelle* »¹ en capitalisant différentes expériences, afin d'identifier des savoirs utiles et ainsi réduire autant que possible la part d'incertitudes liée aux « *transformations épidémiologiques, démographiques, technologiques, professionnelles, mais aussi [au] renforcement des contraintes budgétaires, [à] une aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé et d'accès aux soins* »², les discussions, à l'issue de chaque communication prennent plus l'allure de surenchères concurrentielles que celle de la construction d'un savoir commun. C'est-à-dire que les différentes présentations ne suscitent que peu de questions de la part des autres équipes mais plutôt une vive critique où chacun tente de dénigrer les protocoles mis en place, les hypothèses de travail tout en érigeant sa propre expérience, ses pratiques, en modèle. Dans ce sens la structure lexicale des commentaires peut se résumer à cette phrase emblématique : « *Déjà fait ! Ça marche pas !* ». Et, à l'inverse, les critiques font l'objet d'attitudes et de conclusions péremptoires qui laissent plus supposer l'entêtement de chacun, qu'une réflexivité collective pour comprendre ce que tous constatent : la difficile concrétisation d'un *leadership* partagé entre soignants et patients, dans l'objectif de basculer d'un modèle thérapeutique prescriptif vers un modèle collaboratif. Ainsi, en soulignant que l'absence de rémunération ou de prise en charge des frais des patients, qui participent à la co-animation des ateliers et aux évaluations des programmes, est une limite à leur véritable reconnaissance en qualité d'acteurs de la prise en charge (les assujétissant à des rôles de figurants), l'équipe du CHU X ne provoque pas le débat mais se voit opposer une fin de non-recevoir : « *on a déjà du mal à trouver les*

¹ Programme du congrès ADELFF – SFSP, p.17.

² *Ibid*, p.2.

budgets pour former les médecins à l'ETP ! ». Lorsqu'à son tour, la perspective de mettre en place des formations mixtes (malades chroniques / professionnels) comme outil facilitateur de la légitimation des patients partenaires à la mise en œuvre des programmes d'ETP, suscite le doute de l'auditoire, l'équipe picarde évince toute forme d'échange en affirmant : « *on va pas se poser toutes ces questions, c'est très positif et voilà !* ». Et lorsque l'un des échanges entre orateurs et auditoire (principalement composé des autres communicants de la session et de leurs équipes élargies) dépasse ce stade de l'évitement, il se transforme en joute oratoire, entre coordinateurs de projets, qui vise plus à discréditer les compétences cliniques et éthiques individuelles que les données médicales et épidémiologiques mobilisées par chacun pour étayer son propos initial :

Intervenant 1 : C'est pas vrai ce que tu dis ! C'est faux, absolument faux !

Intervenant 2 : Oui, je sais, je te connais bien. Avec toi, dès qu'on fait preuve d'esprit critique, c'est faux. Ça fait peur l'esprit critique !

Intervenant 1 : Arrête ! On sait bien que t'es ici juste pour vendre tes bouquins !

Intervenant 2 : Oui enfin moi je passe pas mes journées derrière un bureau, je teste, j'expérimente ce que j'avance.

La mise en scène de la fermeture des frontières entre chaque collectif de travail est scellée à l'instant où les modérateurs mettent fin à cet ultime échange verbal puisqu'une fois la séance levée, les équipes se retrouvent entre elles sans autre forme d'interactions. Evidemment, les matériaux d'enquête ne permettent pas d'établir si des échanges ultérieurs naissent de l'espace même du congrès, ni même les antécédents de telles tensions. Mais les observations instantanées, elles, révèlent que les sessions parallèles aux séances plénières, plutôt que de faire place au débat souhaité pour « *organiser la pluridisciplinarité* »¹ font œuvre symbolique de démonstrations de force dont chaque équipe tente de tirer la plus-value nécessaire tant à sa notoriété qu'à son union.

Que les choix d'une profession, d'investir le champ de l'éducation thérapeutique ou de participer au traitement de l'obésité, procèdent de convictions acquises lors des différentes étapes du processus de socialisation de chacun des professionnels, ou soient le produit de transactions pour tenter de faire fructifier leurs capitaux sociaux, tous partagent une double expérience commune. A la fois, le travail d'équipe pluridisciplinaire est une modalité *sine qua*

¹ Programme du congrès ADELFF – SFSP, p.2.

non de l'action et, en même temps, la compétition entre équipes qui partagent un même territoire qu'il soit géographique, thérapeutique (le traitement de l'obésité) ou méthodologique (l'éducation thérapeutique) est inévitable. Qu'il s'agisse de composer avec un marché en concurrence, ou d'une croyance partagée, entre quelques rares soignants, que les pratiques sanitaires, à l'œuvre dans la prise en charge labellisée de la maladie, sont inadaptées aux besoins singuliers de la patientèle obèse, ou, plus largement, de justifier les choix opérés par les « acteurs de terrains », faire corps avec son groupe d'appartenance, équipe de travail ou groupe de réflexion, est le compromis le plus avantageux pour chacun des soignants rencontrés.

Dans un contexte où les recompositions institutionnelles, corrélées aux transformations du regard médical, sont sources de nombreuses incertitudes, qui sont elles-mêmes une mise à l'épreuve de l'identité professionnelle des soignants, le coût de ces processus d'unions parcellaires, s'ils font la force de chaque équipe et de chacun de ses membres, est justement une moindre capitalisation des expériences pourtant pensée, par les décideurs, comme le moyen de réduire ces mêmes incertitudes. A force d'injonctions à la pluridisciplinarité et à la construction d'un savoir commun, les soignants, qui ont expérimenté la valeur différenciée de leurs blouses blanches, s'investissent dans des équipes qui ont leur propre grammaire, les éloignant *de facto* des attentes sociales réelles. Et lorsqu'ils sont relégués dans des espaces où les soins qu'ils dispensent sont moins héroïques car dépourvus de techniques curatives, faire corps avec son groupe d'appartenance peut aboutir à des stratégies aussi bien formelles qu'informelles, individuelles que collectives, pour tenter de protéger les frontières d'un territoire où il est au moins possible de faire valoir son professionnalisme *intra-muros*.

Conclusion du chapitre 2

D'abord confidentiel, mal identifié, noyé dans des services de médecine interne (le pendant de la médecine généraliste en milieu hospitalier), l'État, dans ses fonctions régaliennes de santé publique, est intervenu pour organiser le traitement de l'obésité et ainsi inviter une multiplicité de spécialistes à s'y investir. L'objectif de produire un savoir commun qui saura contenir le risque pandémique, mis en exergue par les épidémiologistes et relégué par l'OMS, devient ainsi une opportunité, pour différents acteurs de la santé, d'accroître la visibilité de leurs mandats respectifs.

Lorsque cette prise en charge collaborative est convoquée pour donner corps à une interdisciplinarité fonctionnelle, elle devient finalement le paradigme, à la fois, de la polarisation de l'activité thérapeutique et de la responsabilisation individuelle qui incombe à chaque professionnel. Pendant que les prescriptions cliniques demeurent monopolisées par la corporation médicale et que les prescriptions éducatives sont fractionnées entre toutes les disciplines en présence, il incombe à chacun de se conformer aux tâches assignées à sa position dans la division du travail. Les négociations engagées pour partager l'activité « obésologique » sont alors aux prises avec le pragmatisme qu'exige le travail d'équipe où se rencontrent des groupes professionnels « *ayant leurs propres intérêts, leurs propres définitions de la situation et leurs propres logiques d'action* »¹. Dans un espace tout aussi segmenté que hiérarchisé, se conformer à l'injonction de coopération entre disciplines, sans pour autant prétendre bouleverser l'ordre établi, n'est pas le simple fruit d'une croyance wébérienne au bien-fondé de la commande ou de la hiérarchie, mais s'inscrit dans une logique de reconnaissance de spécialités, médicales et paramédicales, en quête de légitimité.

Lorsque le travail en réseau entre institutions médicales est impulsé pour donner corps à un accès aux soins tout aussi égalitaire qu'universel, il devient, concrètement, le symptôme, à la fois, d'une économie de marché où la santé est un bien économique soumis aux lois de la concurrence et de la plus-value marchande ; mais aussi d'un espace médical où la quête de notoriété se trouve au cœur d'un jeu social défini par des luttes symboliques entre soignants. Les rapports de force engagés pour partager un même territoire se calquent alors sur la violence symbolique, qui anime l'espace des positions sociales, conceptualisée par Pierre Bourdieu. Sur la scène élargie de l'« obésologie », les médecins luttent pour définir le bon traitement et ainsi

¹ Cartier M. (2005), « Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold. », *Le mouvement social*, n° 211, p.42.

accroître leur visibilité, tout autant que leur rentabilité dans le jeu de la captation de patientèle. De leur côté, moins engagés dans des objectifs de rendement en raison de leur statut d'emploi et de leur position dans les rapports de production, mais pour autant désireux de visibiliser leur « bonne volonté culturelle » les paramédicaux font corps avec leurs équipes respectives. Signe tout autant d'une déférence à la culture légitime portée par les *leaders* que de stratégies individuelles pour légitimer leur volonté d'ascension sociale ou, *a minima*, de reconnaissance. Ainsi quelle que soit la position des soignants dans l'espace médical, fermer les frontières entre équipes, pour protéger le secret de fabrication de traitements encore expérimentaux, paraît plus sûr que de les ouvrir.

Finalement, l'ensemble de ces situations, et de leurs catégories d'interprétations, donnent corps à la frontière qui existe entre interdisciplinarité et pluridisciplinarité. Plus que de construire un savoir commun interdisciplinaire, le traitement de l'obésité demeure une superposition de savoirs et de rapports de forces entre pouvoirs discrétionnaires détenus par des « dominants dominés » puisqu'eux-mêmes déclassés du fait même de l'incertitude de leur mandat.



Conclusion de la première partie

Les trajectoires qui mènent au rôle d' « obésologue » sont multiples, inscrivant cette spécialité en cause ou en conséquence des choix opérés par les soignants au cours de leurs carrières sociales et professionnelles. De ces variations de dispositions, de socialisations familiales, scolaires et professionnelles découle une multiplicité de représentations de cette activité de soin dédiée à la transformation des corps obèses. Tâche d'emblée en tension puisqu'il s'agit, à la fois, de travailler au cœur de préoccupations sanitaires décrites comme majeures (risque de pandémie) sans bénéficier d'une réelle protection pérenne des instances gouvernementales¹ ; d'être inscrit dans une logique de performance et d'efficacité² alors même que les résultats des traitements demeurent incertains ; d'exercer une activité d'éducation thérapeutique au cœur d'un dispositif plus large qui vise à la responsabilisation individuelle de chaque patient-acteur dans la gestion de son propre destin corporel tandis que le stigmate social (et médical) des individus obèses est le défaut de volonté.

Devenus « obésologues » en même temps que l' « obésologie » se fait, ces professionnels de santé peuvent être considérés comme des figures modernes d'une médecine sociale qui se spécialise dans des pathologies conçues comme fléaux modernes. Par leurs interventions d'éducation thérapeutique, ils sont mandatés, au nom d'un héritage hygiéniste (aux prémices du paradigme de Santé publique), pour normaliser des corpulences emblématiques de comportements amoraux, socialement situés, qui risquent de se propager, et donc de fragiliser l'ensemble de la population, autant que l'entreprise morale des classes dominantes. Les « obésologues » deviennent des cas problématiques de cette intention médico-éducative qui se confronte à la réalité biologique de l'obésité devenue « *organe qu'a sa vie propre* »³ et qui, par conséquent, les prive de toute preuve tangible de l'efficacité de leur travail de diffusion des bonnes manières d'agir. Dans un monde médical, soumis à l'intensification de la contrainte financière, où seul le *cure* fait noblesse, le fléau devient un péril. Il met en danger

¹ Non-renouvellement du plan obésité, recommandations de prise en charge de la HAS laissées sans évaluations entre 2013 et 2020.

² Référence au changement de paradigme de la gestion publique qui impose, depuis le début des années 2000, le management par les résultats. La sociologie en a étudié ses nombreux effets sur les relations administration/administrateur/administré, interrogeant notamment les tensions entre légitimité scientifique et contraintes politiques. **Penissat E. (2012)**, « Publier des « chiffres officiels » ou les contraintes bureaucratiques et politiques qui façonnent l'expertise d'État. Le cas des statistiques du ministère du Travail. », *Gouvernement et action publique*, n°4, pp. 45-66 ; **Martin O (2016)**, « Chiffrer pour évaluer ? », *La vie des idées*, pp.1-8 ; **Pierru F. (1999)**, « L' «hôpital-entreprise». Une self-fulfilling prophecy avortée. », art cité.

³ Expression tirée de l'entretien de Florence, diététicienne.

la perspective de juridiction d'une clinique « obésologique » pourtant convoitée par ces praticiens en quête de revalorisation de leurs licences.

L'approche localisée de la prise en charge permet alors de saisir ce que fait ce déclassement clinique à l'impératif de pluridisciplinarité, comme preuve scientifique de l'adaptation du système de santé à l'accompagnement des patients chroniques. La division sociale et sexuée du travail réunit, au sein des trois équipes observées, une majorité de femmes, inscrites dans des positions soumises à une polarisation de l'activité thérapeutique, entre des médecins qui, parce qu'elles détiennent le monopole des prescriptions médicales, sont désignées responsables des programmes, et des paramédicaux qui partagent, avec elles, les prescriptions éducatives. Cette organisation du travail, héritée de l'histoire sociale de la professionnalisation du corps médical, si elle façonne les *habitus* de soignants, n'est pas pour autant le signe d'une adhésion aveugle à l'ordre établi. Dans le cas de l'activité « obésologique », où tous les professionnels ont en commun d'avoir expérimenté la relégation de leurs mandats dans les zones d'ombres de l'espace médical, se conformer à une coopération interprofessionnelle, sans remettre en cause les statuts de chacun, est plus le fruit d'un calcul rationnel. Il s'agit avant tout de légitimer le faisceau de tâche revenant à chaque groupe professionnel, dans l'espoir de se rendre indispensable à la construction de l'« obésologie ». Ces expériences passées de déclassements produisent un tout autre effet sur la pluridisciplinarité pensée au niveau inter-institutionnel. Associées à l'absence d'un traitement suffisamment stable pour être labélisé, dans un contexte de concurrence induit par une marchandisation du bien de santé autant que par la quête de notoriété qui définit le jeu social entre soignants, elles adressent une fin de non-recevoir à l'injonction au travail en réseau. Travailler à définir le bon traitement impose de fermer les frontières entre équipes.

Finalement, que le travail se partage à l'échelle d'une équipe ou d'un territoire, « faire l'obésologie » entre directement en tension avec « se faire obésologue », privant la spécialisation d'une gnose et de pratiques communes, contrariant les aspirations sociales et professionnelles des praticiens. Reste à savoir ce que ce *double bind*, entre espoirs et déceptions, fait à la relation thérapeutique. Puisque, par définition, celle-ci implique d'interagir avec des soignés, c'est aux manières de devenir patients obèses que la partie suivante s'intéresse.

DEUXIEME PARTIE :

Maîtrise et transformation de soi.

Comment devient-on patient obèse ?

Les statistiques épidémiologiques¹ révèlent que la prévalence de l'obésité augmente à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale, et que cette inégale répartition s'accroît chez les femmes. De leur côté, les sociologues établissent que la division symbolique de classe et de genre engage les acteurs dans des usages corporels différenciés². Aux classes populaires, un corps vécu et mobilisé pour son utilité aux tâches laborieuses qui leur reviennent, loin de toute prophylaxie ou spéculation esthétique. Aux femmes, une posture de dominées qui les soumet aux normes masculines d'esthétisation de leur propre apparence physique et d'hygiénisation de leur classe. Aux prises avec ces *habitus* contradictoires, le rapport à la corpulence de la population féminine des franges inférieures de l'échelle sociale varie selon l'intensité et la nature de leurs liens sociaux³. Lorsqu'ils sont exclusivement domestiques ou ouvriers, ils participent à contraindre à un « *fatalisme corporel* »⁴ qui creuse l'écart entre corpulence idéale et corpulence réelle⁵. Sur le marché de l'alimentation, ces femmes négocient entre fonctions nourricières, qui les invitent à protéger leur corps (et celui des leurs) par la préparation de repas consistants, et normes dominantes diffusées par les médias qui définissent la féminité par une minceur qui implique des règles d'hygiène alimentaire fondées sur la limitation des calories. Sur le marché de la santé, la négociation se joue entre la nécessité de se conformer à la « *matrice de maternité* »⁶, qui désigne toute consommation médicale comme amoral si elle n'est pas justifiée par une maladie qui empêche de remplir les fonctions de mère ; et l'appropriation du discours médical préventif expliquant que l'excès de poids est une

¹ **Basdevant A. (2009)**, *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, Neuilly sur Seine, INSERM, 56p.

² Variations d'usages notamment élaborées par Pierre Bourdieu et Luc Boltanski. **Bourdieu P. (1979)**, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, op. cit. ; **Boltanski L. (1971)**, « Les usages sociaux du corps. », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, art. cité.

³ Après les travaux fondateurs de Pierre Bourdieu à propos de ces « variations de la valeur accordée au corps, à la beauté et aux soins du corps » (*Ibid.*), Olivier Schwartz (**Schwartz O. (1990)**, *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, op. cit.) puis Enrique Martin-Criado (**Martin-Criado E. (2015)**, « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de familles des classes populaires. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°208, pp.74-87) contribuent à confirmer que derrière les moyennes épidémiologiques se cachent des divergences importantes d'usages et de rapports aux corps et aux injonctions à contrôler son poids.

⁴ Terminologie empruntée à Muriel Darmon. **Darmon M. (2006)**, « Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps. », *Adolescence*, art. cité.

⁵ En s'appuyant sur l'enquête sur les conditions de vie des ménages de l'INSEE de 2001, qui posait aux enquêtés la question : « Quel poids souhaiteriez-vous peser ? », Faustine Régnier montre que ce sont les ouvrières et inactives qui forment le plus d'écart entre ce qu'elles pèsent et ce qu'elles souhaiteraient peser. **Régnier F (2006)**, « Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux États-Unis. », *Cahiers de nutrition et de diététique*, art. cité.

⁶ Référence à la « matrice de fécondité » employée par Olivier Schwartz pour décrire comment la valorisation des marques de la maternité conduit les femmes des milieux populaires à résister aux injonctions médicales de contrôle du poids et de la fécondité. **Schwartz O. (1990)**, *Ibid.*

infraction au devoir maternel de santé (pour soi, pour les enfants). Ce sont ces doubles tensions¹, entre appartenance sociale et identité de genre, qui les rendent plus vulnérables à l'effet « yoyo » des régimes puisque les périodes de diète feraient nécessairement place à des périodes de lâcher-prise, sorte de retour au naturel, dont les effets sur l'accroissement pondéral sont désormais établis.

Ces caractéristiques qui construisent la figure de la « pauvre femme obèse », par ailleurs largement relayée dans les représentations collectives², constituent autant de freins à l'engagement médical qu'exige la prise en charge de l'obésité puisqu'il s'agit de s'astreindre à une carrière³ de patient, sur le long terme, dont l'objectif revendiqué par le corps médical est de naturaliser un rapport réflexif au corps. L'apprentissage dispensé, qu'il soit périphérique à la chirurgie ou non, vise à ne pas laisser le hasard continuer de diriger les destins corporels, et à ce que la rigueur ascétique des pratiques alimentaires et sportives ne soit plus une contrainte extérieure, une restriction cognitive, mais une discipline incorporée, naturelle.

L'ensemble de ces éléments expliquent que les patients, poussant les portes des institutions médicales pour maigrir, sont majoritairement des femmes (80,2% de la population étudiée), pendant que la distribution de la patientèle donne une vision radicalement différente des données épidémiologiques nationales⁴ puisque les professions de services (aux particuliers,

¹ Cette tension est particulièrement détaillée et analysée par Enrique Martin-Criado. **Martin-Criado E. (2015)**, « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de familles des classes populaires. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, art. cité.

² D'après l'enquête menée par Dieter Vandebroek, les acteurs sociaux, toutes classes confondues, lorsqu'on leur demande d'établir un rapport entre corpulence et position sociale, attribuent les corps les plus gros aux catégories les plus basses de l'espace social. Cette concordance s'accroît lorsque les silhouettes présentées sont féminines. **Vandebroek D. (2015)**, « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, art. cité. L'observation de l'atelier « Quantités », au sein du service A, confirme cette tendance. Le premier exercice consiste à associer des recommandations de portions alimentaires à des portraits photographiques. Le résultat est toujours le même : les hommes sont d'emblée autorisés à des quantités plus conséquentes que les femmes, puis la tenue vestimentaire de celles-ci agit en second censeur. Plus l'habit suggère l'archétype du féminin subalterne, plus les portions diminuent. L'argument exposé, par les patients, pour justifier que la femme vêtue d'une blouse, occupée à passer l'aspirateur, soit celle qui doit le plus se restreindre est sa passivité supposée, par opposition, notamment, à la femme dont le tailleur persuade de sa position sociale autant que de son dynamisme. La première étant « naturellement » exposée à un risque plus conséquent de surcharge pondérale que la seconde.

³ Au sens interactionniste du terme, c'est-à-dire comme processus de transformation de soi. Le concept de carrière permet, à la fois, de comprendre les significations que les individus accordent à leurs actions, à leurs expériences, au sentiment de leur propre identité, mais se réfère aussi à la situation officielle de l'individu, à des relations de droit, à son genre de vie et entre ainsi dans le cadre des relations sociales. La transformation corporelle, comme carrière, a notamment été mobilisée par Muriel Darmon à propos des jeunes filles anorexiques dont le travail, pratique et moral, inscrit la règle ascétique dans les corps. **Darmon M. (2008)**, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit.

⁴ Les deux groupes socio-professionnels les moins représentés parmi la patientèle observée sont les agriculteurs (1,4%) et les ACCE (artisans, commerçants, chefs d'entreprise = 1,3%), alors que les données de l'INSERM indiquent que 16,7% des premiers et 17,2% des seconds sont concernés par la maladie. A l'inverse si 11,7% des inactifs sont déclarés obèses, ils représentent près d'un quart (24,8%) des patients. **Basdevant A. (2009)**, *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, Op. cit.

à la personne et aux entreprises) sont les plus représentées lors du traitement des 1570 dossiers médicaux, opéré par nos soins. Mais que se cache-t-il derrière ce portrait statistique sommaire ? Qui sont réellement celles et ceux qui s'engagent dans cette maladie-métier¹ ? La diversité des profils sociaux des patients interviewés (en termes de classe, d'âge, de genre, et de professions) offre une piste d'élucidation. L'analyse croisée des trajectoires sociales, et médicales, de ces 32 patients montre la variation des conditions qui rendent possible leur recrutement. Cette partie examine deux points essentiels pour comprendre la nature des interactions entre patients obèses et soignants. D'une part, elle teste l'hypothèse que les rétributions attendues de cette remise de soi à l'institution médicale, sont conditionnées par la valeur différenciée des processus d'étiquetage, dont font l'objet les personnes obèses. D'autre part, elle rend compte de la manière dont la pathologie pondérale contraint la légitimité de ces acteurs à user des pouvoirs dont ils sont variablement détenteurs, lorsqu'ils interagissent avec les soignants qui attendent d'eux de remplir leurs fonctions de malades, c'est-à-dire de normaliser des corpulences lues comme socialement situées.

Deux chapitres organisent cette partie. Puisqu'il s'agit d'envisager l'obésité dans sa dynamique temporelle, un premier chapitre, en replaçant les trajectoires pondérales dans une pluralité d'expériences sociales et médicales, restitue ce que signifie, pour ceux qui la subissent, la stigmatisation des morphologies hors-normes. Déviants devenant malades lorsqu'ils s'engagent dans la prise en charge médicale de leur corpulence, le chapitre quatre s'intéresse aux effets des variables de genre, de classe sociale et d'âge sur les modalités d'entrée dans le rôle de malade. Il s'agit là de comprendre les négociations que cela implique avec soi, son entourage et avec les prescripteurs médicaux.

¹ Terminologie empruntée à Claudine Herzlich pour désigner le travail fourni par les patients pour guérir. **Herzlich C. (1969)**, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ecole Des Hautes Etudes En Sciences Sociales.

CHAPITRE 3 :

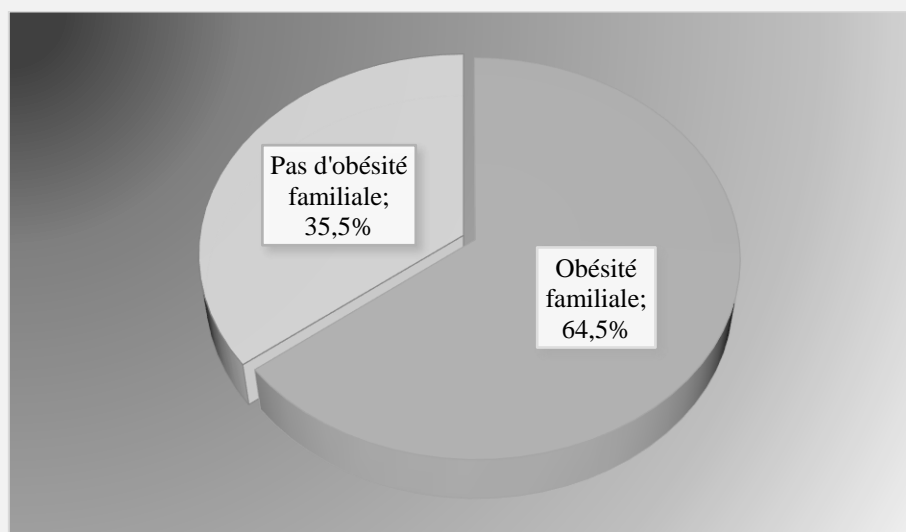
Variations d'expériences de la stigmatisation corporelle.

La construction sociale de l'obésité, comme stigmatisation d'un comportement déviant qui enfreint les normes sociales et médicales invitant à la maîtrise de soi pour produire un corps aussi sain que performant, dessine une personnalité obèse dont les vices sont doubles : endogènes (le risque « obésogénique »¹ est en germe chez certaines catégories d'individus, héritiers d'*habitus* qui justifient leur position inférieure dans l'espace social) et exogènes (la sédentarisation et la « malbouffe », comme modes de vie, ne font qu'accroître le danger). La prise de poids excessive toucherait ainsi plus particulièrement certaines familles, héritières d'un métabolisme moins performant, et résistantes aux règles hygiénico-diététiques véhiculées des dominants vers les dominés. Cette représentation est si forte que les données recensées par les médecins dans les dossiers médicaux, traitent quasi-systématiquement d'une éventuelle présence d'obésité familiale, tout en précisant, pour chaque patient, si sa propre surcharge pondérale s'est initiée pendant l'enfance ou non. D'ailleurs, lors des entretiens ethnographiques, les patients, invités à retracer leur histoire pondérale, nomment spontanément ces deux facteurs. Bien-sûr, il est possible qu'ils aient fait cet apprentissage de la présentation de soi-obèse, au gré de la multitude d'entretiens (para)médicaux qui jalonnent leur carrière de patients. Mais, l'analyse de l'intégralité des discours sur les signifiants de l'obésité (que ce soit la sienne ou celle constatée chez les autres) renvoie clairement à la rhétorique collective véhiculée à propos des corps gros. Cette mécanique implique, notamment, qu'il va de soi de resituer les biographies pondérales dans des contextes familiaux. Ainsi la fatalité des « *j'ai toujours été grosse* » et « *chez moi, on est tous obèses* » s'oppose aux accidents de parcours qui rompent avec l'histoire familiale ou personnelle.

¹ Terme emprunté à Dieter Vandebroek, **Vandebroek D. (2015)**, « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique », art. cité, p.38.

Quoi qu'il en soit, le traitement statistique des dossiers médicaux confirme, un taux plus conséquent de patients qui font état d'une obésité familiale¹, ainsi qu'une dépendance significative entre cette variable et l'adiposité infantile (encadré 15).

Encadré 15 : Distribution de la patientèle selon l'anamnèse pondérale.



Nb : Sur un nombre total de 1348 dossiers.

	Pas d'obésité familiale		Obésité familiale		Total	
	Effectif	% (ligne)	Effectif	% (ligne)	Effectif	% (ligne)
A l'âge adulte	305	40,5	448	59,5	753	100,0
Depuis l'enfance	159	27,8	412	72,2	571	100,0
Total	464	35,0	860	65,0	1324	100,0

Khi2 = 35,64 ddl = 2 1-p = 0,9999 (Très significatif).

Nb : Sur un total de 1324 dossiers qui croisent ces deux variables.

Sources : Traitement statistique des 1570 dossiers médicaux de patients qui bénéficient d'une prise en charge entre 2008 et 2017.

Une fois ces données établies, reste à comprendre ce que l'expérience progressive ou subite, ancienne ou plus récente, d'un corps hors norme fait aux identités des acteurs. Comment et pourquoi ce vécu les conduit, eux, à choisir une prise en charge pluridisciplinaire de leur obésité, d'emblée annoncée comme longue et contraignante ? En entretien, lorsque les patients sont interrogés sur les raisons de ce choix, la réponse est invariable et se résume à une volonté impérative de maigrir. Mais derrière cet apparent impératif commun se cache une pluralité de logiques et de caractéristiques sociales qui façonnent les manières de vivre l'ascension pondérale, autant que celles de s'en remettre à l'institution médicale pour recouvrer un poids

¹ Les 1418 dossiers qui traitent de l'âge d'apparition de l'obésité, montrent que 56,8% des patients déclarent que celle-ci s'installe lorsqu'ils sont adultes.

plus supportable. Les constructions rétrospectives de ces trajectoires, qui précèdent le traitement, dégagent différentes façons d'expérimenter l'inacceptabilité d'une masse corporelle excessive et contribuent ainsi aux travaux de la sociologie de la santé interrogeant le récit social du biologique.

I - Constructions plurielles de corps hors normes : entre continuités et ruptures biographiques.

Les 32 entretiens menés avec les patients révèlent que s'ils se savent tous en surpoids, il n'est pas encore pas tout à fait question d'obésité. Cette désignation ne devient une réalité identitaire que lorsque les professionnels de santé, en calculant l'IMC, posent le diagnostic et transforment ainsi l'état biologique d'un « corps gros » en un état social de malade. Il ne s'agit pas, ici, de nier qu'il existe des processus physiologiques déjà engagés, objectifs ou objectivables. Mais le statut d'obèse est le produit d'une interaction particulière entre profane et expert, il est le fait d'une institution légitimement reconnue comme apte à désigner malades ceux qui jusque-là savaient leurs corpulences hors-normes. Autrement dit, aussi longtemps qu'on en reste aux récits des comportements entre non-initiés et aux désignations informelles, il n'est pas réellement possible de parler d'obésité. C'est pour cette raison que tant que les acteurs ne croisent pas le chemin des prescripteurs médicaux, ce qualitatif est évincé.

L'étude comparative des trajectoires permet de dégager trois catégories de parcours pondéraux. Pour les deux premières, que la prise de poids intervienne précocement ou plus tardivement, celle-ci s'installe soit progressivement, soit subitement après un événement traumatique. Les effets identitaires et les pratiques qui s'en suivent varient alors selon les ressources à disposition. La dernière catégorie, elle, est plus confidentielle, moins relayée dans les discours publicisés à propos de la fabrique des corps obèses. Elle concerne des individus qui s'en remettent aux institutions médicales de longue date, pour des maux tout autres que ceux liés au surpoids, c'est alors la pharmacopée, elle-même qui transforme les morphologies de manière radicale. Ainsi, ces variations d'itinéraires pondéraux invitent d'emblée à se tenir à distance de l'idée d'une personnalité obèse. Chemin faisant, cette section met également en lumière le poids des représentations sociales et médicales de l'obésité, et des caractéristiques sociologiques de ses porteurs, dans les interactions qui se tissent entre patients qui grossissent et professionnels de santé non-attirés au traitement spécifique de l'obésité. C'est ainsi que les données présentées entendent également contribuer aux travaux sociologiques qui envisagent

la production des inégalités sociales de santé sous l'angle des valorisations différentielles (par les patients et les soignants) des malades et de leurs perspectives de guérison¹.

1.1 Expériences d'un corps gros dès l'enfance : quand la stigmatisation façonne les identités.

« J'avais pas d'amies, pas de copines du tout. Parce que j'étais la grosse du collège. Si quelqu'un avait même pitié de moi-même pour me parler et ben après on savait que c'était sur elle qu'on allait insulter. »

[Véronique, 35 ans, aide-soignante, opérée depuis 2 ans]

43,2 % de la patientèle locale déclare une adiposité infantile. Les entretiens, eux, montrent une diversité de réalités derrière cette statistique. Le surpoids peut, tout d'abord, s'installer progressivement ou faire irruption subitement suite à un événement traumatique. Trois des enquêtées expliquent ainsi avoir subi un viol qui a généré deux mécanismes de défenses conjoints : hyperphagie et amnésie, restées sous silence pendant la période de prise de poids puis diagnostiquées à l'âge adulte. Cet accident biographique violent n'a ainsi pas été vécu par elles, ni traité par leur entourage, en tant que tel, lorsqu'elles étaient enfants. Sans nier la souffrance psychologique engendrée par ces événements, ni la présomption de leur influence sur les constructions identitaires et les destins corporels, le parti pris sociologique est, dans cette analyse, de considérer que ces trois interviewées se sont socialisées (comme les autres acteurs concernés par l'expérience d'un corps gros pendant l'enfance), au sein du désavantage du seul surpoids. Cette posture méthodologique établie, il est alors possible de distinguer, au sein de l'espace domestique, deux manières de gérer l'ascension pondérale infantile (indépendamment de sa cause et de sa célérité).

Les acteurs qui grandissent dans des cellules familiales dont l'histoire est marquée par un héritage ou une ascension dans l'espace social, qui les positionne dans les classes moyennes, ou dans les franges supérieures des classes populaires, expliquent combien cela pose d'emblée un problème, en particulier aux femmes de la famille. La première à réagir est bien souvent la

¹ Paillet, A. (2021), « Valeur sociale des patient-e-s et différenciations des pratiques des médecins: Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 236-237, pp. 20-39 ; Darmon, M. (2021), *Réparer les cerveaux : Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, Paris, La découverte.

mère. « *Responsable socialement désignée de l'alimentation et du corps des membres de sa famille, et en tant que femme elle-même spécifiquement soumise aux normes diététiques et corporelles* »¹, elle s'engage dans un véritable travail de contrôle de l'enfant tant sur le plan alimentaire que sur celui de la pratique sportive :

Ben j'ai toujours été ronde, déjà, depuis toute petite. Donc y'a un facteur génétique, hein ! Du côté de mon papa. Y'a de l'obésité, hein ! Lui-même est obèse. Ses parents aussi. Donc y'a un facteur génétique. J'ai toujours été ronde mais ma mère était très à cheval sur l'alimentation, le poids, donc elle a maintenu la chose. [...] J'ai été suivie ... alors ça ... euh ... quasiment toute ma vie par des diététiciennes puisque mon premier rendez-vous avec une diététicienne c'était à l'âge de sept ans avec ma mère.

[Clémentine, 30 ans, assistante de direction, ETP depuis 2 ans]

J'étais dans un milieu familial où on est tous gros ! Mes parents étaient gros, ma sœur, mes frères. Toute petite ... enfin ado j'étais déjà ronde ! Mais mes parents, ma mère surtout, comme elle voulait pas qu'on grossisse, elle nous a toujours fait faire du sport. Mais je faisais beaucoup de sport ! J'aimais bien tout ce qui était activités sportives. Donc je faisais de la plongée sous-marine avec de l'entraînement piscine deux soirs par semaine, je faisais du tennis, je faisais partie d'une équipe de tennis, donc tous les dimanches j'étais en tournoi, donc intensif, hein ! Donc c'est vrai, je pense que toutes ces activités sportives me maintenaient. En surpoids ! Mais sans tomber dans l'obésité.

[Michèle, 61 ans, retraitée (cheffe de projet), opérée depuis 7 ans]

Que ces mères expérimentent, par corps le surpoids ou non, elles s'engagent dans une véritable croisade contre le risque « obésogénique » que représente l'adiposité familiale. Respectivement mère au foyer épouse d'un gendarme, et assistante-maternelle mariée à un coiffeur (tous dépourvus de capitaux scolaires), les mères de Clémentine et Michèle investissent le rôle d'incitateur décrit par Muriel Darmon². Les choix opérés (suivi diététique, pratique de plongée sous-marine et de tennis) montrent la détention de moyens financiers suffisamment conséquents pour y parvenir. Ils laissent supposer, en outre, que cet investissement vise à transformer le capital économique en capital corporel, dont la plus-value serait d'éviter un stigmatisme qui invisibiliserait la « bonne volonté culturelle » attendue des enfants et délégitimerait le travail de « réussite sociale » entrepris par les parents. Cette traduction du rôle social des femmes en un contrôle du destin corporel familial peut également traverser les générations et être une préoccupation de grand-mère. C'est notamment ce que relate Delphine (qui ne fait état d'aucun problème pondéral familial) en expliquant que son embonpoint, lorsqu'elle est enfant, loin d'inquiéter ses parents (respectivement ingénieur informaticien et

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit., p 113

² *Ibid.*

programmeuse infographiste) est source d'une pression constante de la part de son aïeule maternelle qui n'a eu de cesse de lui renvoyer son illégitimité corporelle tout en diffusant autant de normes corporelles et diététiques :

J'ai une grand-mère qu'était exécration avec moi. A chaque fois qu'elle voyait une photo de moi, sa réflexion était toujours la même : c'est quand que tu maigris ? ? T'étais tellement belle quand t'étais maigre ! Sauf qu'elle a toujours dis ça alors je sais pas quand est-ce que j'étais belle.

[Delphine, 34 ans, comptable, ETP depuis 2 ans]

Dans les fractions sociales qui ont ou qui convoitent une proximité avec la culture légitime, le traitement des rondeurs infantiles semble ainsi varier selon l'histoire pondérale des familles et de celles qui investissent le rôle social de gardiennes du destin corporel familial. Toutefois, qu'il s'agisse de prévenir un stigmaté expérimenté ou non, la vigilance pour contenir des corpulences illégitimes se transmet précocement. Les jeunes filles qui font l'objet de cette imposition normative intrafamiliale, elles, font l'apprentissage que le travail fournit pendant leur enfance, ne suffit pas à réhabiliter leur corpulence et l'image qu'elles et leurs incitateurs en ont, il ne fait que contenir le risque (« ça maintient »). Et lorsque les pratiques se relâchent¹, la prophétie, annoncée et incorporée, devient réalité, elles prennent du poids. Ainsi se construit la représentation d'une adiposité-métier qui façonne les raisons pratiques et morales d'agir puisqu'elles savent qu'il faudra « se battre » et ne « rien lâcher ».

De leur côté, les acteurs qui expérimentent leur prise de poids au sein de familles populaires, plus éloignées de la définition dominante de l'excellence corporelle, expliquent que leur morphologie n'est en rien une infraction aux normes familiales. Non pas parce que les autres membres du groupe sont nécessairement en surpoids mais tout simplement parce que cette thématique n'est pas un problème. D'ailleurs, à l'instar de ce que déclarent Patrick (père ouvrier non-qualifié, mère au foyer) ou Ariane (mère femme de ménage), l'éducation alimentaire qu'ils ont reçue apparente le « bien-manger » au « manger-riche » :

L'enfance, j'ai toujours été en surpoids. Je suis issu d'une famille où il faut bien manger, pas le droit de laisser un petit pois dans l'assiette. Quand on a quelque-chose dans l'assiette, on le mange, on gaspille pas, on jette pas. Ma grand-mère c'était une super cuisinière, elle faisait des tartes mais pouf ! Donc il fallait faire plaisir le temps du repas.

[Patrick, 55 ans, ouvrier qualifié, ETP depuis 2 ans]

¹ Comme Michèle, Delphine pratique le sport de compétition (« je suis championne départementale de basket, je suis championne académique d'aérobic »). Activités qu'elles interrompent à l'âge adulte, pour des raisons de santé. Clémentine, lorsqu'elle prend son autonomie, décide de faire acte de bravade à l'égard du contrôle diététique imposé par sa mère, et met un terme à toute activité de mesure (alimentaire et corporelle).

Ma mère est quelqu'un de très maigre donc va savoir pourquoi ... Voilà, c'est un tout petit gabarit ... Et voilà ! Elle est très, très maigre ... euh ... et puis, elle a trois filles qui sont costauds. Mais les pâtes c'était avec de la crème fraîche, du gruyère ! Enfin voilà, on a toujours été habituées à manger gras.

[Ariane, 37 ans, aide-soignante, opérée depuis 1 ans]

L'étude sociologique des normes corporelles et diététiques au sein des classes les plus populaires montre combien « *cette question de la nourriture est un lieu très ancré de la résistance aux institutions* »¹. C'est ce que confirment les propos de Marie (père ouvrier non-qualifié, mère aide-soignante) et Pauline (mère femme de ménage)² lorsqu'elles décrivent la réaction de leurs parents face aux injonctions des médecins scolaires de contrôler leurs poids :

Mon carnet de santé est rempli de surcharge pondérale, surpoids, régime, machin ... Mes parents qui n'en faisaient rien, qui n'en faisaient pas plus que ça, d'ailleurs. Donc j'ai jamais fait de régime parce que mes parents n'ont jamais cautionné ça.

[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

Moi et mes sœurs on a toujours volé au-dessus des courbes poids. Les visites médicales, à l'école, on avait toutes les mêmes commentaires. Doit faire un régime, un peu de sport ne ferait pas de mal. Et toujours avec plein de points d'exclamations ! Mais ma mère, elle, ça la gênait pas, elle préférerait nous faire des mots quand on voulait pas aller au sport !

[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Les médecins ne regardant que le poids, les enfants n'étant ni douloureux, ni atteints dans leurs capacités physiques, les discours sur la nécessité de faire un régime sont inaudibles. Ceci d'autant plus que le professionnel de santé qui alerte à propos de la surcharge pondérale est un médecin scolaire. Le généraliste qui suit l'ensemble de la famille, lui, ne relève pas cette donnée. Praticien de la promotion de la santé des élèves et de la lutte contre les inégalités au sens où elle est entendue par l'État depuis 1982³, le médecin scolaire s'inscrit essentiellement dans une logique de dépistage et de signalement. Il intervient de façon ponctuelle dans les écoles ou collèges, à des étapes clés de la vie scolaire de l'enfant. Organisées à la journée, ses visites sont perçues comme obligatoires. Par opposition, le médecin de famille, lui, reçoit, dans son cabinet, plus qu'un individu, un espace social, un style de vie. Censé écouter au-delà du symptôme, il s'inscrit dans la continuité. Cette forme d'engagement dans la relation médecin-

¹ Schwartz O. (1990), *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, op. cit., p.479.

² A noter, pour la compréhension des récits biographiques, que Pauline et Ariane sont sœurs.

³ Circulaire de Bagnolet « relative aux orientations et au fonctionnement du service de santé scolaire », signée conjointement par les ministères de l'éducation nationale et de la santé. Deschamps J.P. et al. (1998), « La santé scolaire en France : évolution et perspectives. », *Santé publique*, n°10/3, pp. 257-267.

patient semble suffire à la confiance que les parents placent en lui. Plus encore, lorsqu'il ne signale pas le poids comme un problème, qu'il ne se saisit des recommandations de son confrère, il se rapproche du rôle d'initié, conceptualisé par Erving Goffman¹. Devant lui les parents n'ont pas à rougir du soin corporel qu'ils apportent à leurs enfants, pendant que les jeunes, malgré leur surpoids, sont traités de manière ordinaire (« *quand je montais sur la balance, il m'a jamais renvoyé que mon poids était un problème* »). Les contraintes liées à la médecine scolaire, et les écarts de traitement médical de la surcharge pondérale, expliquent la résistance parentale. Ceci d'autant plus, qu'entre en jeu un rapport avec l'institution (scolaire et médicale) où la fonction essentielle de l'expert médical est « *celle de contrôleur social : en représentant et en communiquant les normes de santé, le médecin contrôle la déviance que représente* »² le surpoids. Les enfants qui sont l'objet de cette ambivalence entre « *deux modèles opposés de soin de soi légitime* »³, eux, font un apprentissage « *écliptique* »⁴ de la norme corporelle dominante. Ainsi se construit la représentation d'un corps dépositaire d'une culture illégitime dont Dieter Vandebroek montre bien qu'elle génère de « *nouvelles formes de dépendance à l'égard de produits et services proposés par divers « experts » et « spécialistes » du champ de la présentation et de la représentation symboliques.* »⁵

Le surpoids infantile ne fait pas l'objet d'un traitement qui se joue exclusivement dans les sphères de l'intime (domestique ou médicale), il intervient également dans les autres scènes sociales au sein desquelles se réactive la socialisation des enfants, notamment à l'école. Peu importe les trajectoires familiales, peu importe le travail fourni pour le contenir, il est un stigmaté qui discrimine face aux normaux-pondérés, quelle que soit la nature des interactions, quels que soient les statuts des autres acteurs. Tous les patients concernés l'ont expérimenté. Avec les pairs, le surpoids, devenu caractéristique sociale, provoque des réactions qui vont des railleries à des mises à l'écart radicales :

T'es la grosse, on t'appelle bouboule dans ton dos, en face, tout le temps.
[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Le pire, c'est quand il faut faire des jeux collectifs, soit dans la cour, soit en éducation physique. Vous savez quand on fait deux équipes. Et bien, vous savez

¹ Goffman, E. (1975), *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps*, op. cit.

² Carricaburu D, Ménoret M. (2014), *Sociologie de la santé: Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin, p.52.

³ Martin-Criado E. (2015), « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de familles des classes populaires. », art. cité, p.77.

⁴ Expression empruntée à Dieter Vandebroek. Vandebroek D. (2015), « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique. », art. cité.

⁵ *Ibid.*, p.38.

que ça manquera pas, vous serez toujours le dernier appelé. C'est dur ... On s'y fait mais c'est dur.
[Ariane, 37 ans, aide-soignante, opérée depuis 1 an]

J'étais toujours un petit peu plus boulotte que les autres et puis bon forcément on me l'a fait ressentir à l'école. Et plus j'ai évolué, plus j'ai pris du poids, de toutes façons. Plus j'ai été isolée, plus j'ai vécu le harcèlement scolaire au collège.

Q : Ah oui, jusque-là ?

R : Ah oui, oui, oui ! Harcèlement scolaire, j'étais complètement isolée.

[Véronique, aide-soignante, 35 ans, opérée depuis 2 ans]

Quel que soit l'impact que leur poids ait eu sur leur socialisation au sein du cercle familial, lorsqu'ils en sortent, ils expérimentent la violence du discrédit corporel. Parce que leur corpulence fait scandale, ils suscitent l'hostilité. Parce que le stigmate est intrinsèquement associé au risque de contagion, ils sont écartés¹. Les manières de gérer ces tensions qui perturbent les relations entre ces jeunes stigmatisés et leur groupe de pairs, normaux, varient à l'instar des réactions possibles décrites par Erving Goffman². Ariane et Fabienne expliquent ainsi être devenues de véritables « *bout-en-train* ». Attitude qui se solde avec succès puisqu'elles nouent des dizaines de relations amicales. Un peu comme si en adoptant un caractère sympathique, attirant (« *toujours de bon poil, toujours en forme* »), elles devenaient expertes en relations sociales, domaine qui, d'emblée, leur était interdit puisqu'elles ne correspondent pas aux normes corporelles en vigueur. Conscientes de demeurer discréditables, elles prennent soin, en parallèle, de dissimuler au maximum leur surpoids : port de vêtements amples, mais aussi recours continu aux dispenses de sport, sont autant de stratégies de contrôle de l'information sociale. De son côté, Delphine décrit s'être acharnée à faire preuve de « *bravade agressive* ». Chaque quolibet est reçu par une baffé ou une insulte. Toutefois, les procédures internes de contrôle, qui se jouent entre enfants, agissent et la réidentifient progressivement à son seul stigmate pondéral. Peu à peu, le cercle amical se restreint à des individus compatissants, eux-mêmes estampillés comme déviants. Enfin, Véronique, en expérimentant que se faire toute petite ne suffit pas à échapper au mépris des autres, cultive une honte d'elle-même. Ses interactions se désintègrent, les normaux la harcèlent, elle fait preuve d'inventivité pour résister à la stigmatisation qui la conduit à un relâchement des liens sociaux :

Moi c'était simple, la récréation sonnait, je courais aux toilettes et je restais la récréation dans les toilettes. Voilà. Et dès que ça sonnait, hop, je retournais en classe. Et la récréation de après la cantine, ben je pouvais pas faire autrement, on pouvait pas retourner dedans donc tous les jours j'allais voir la secrétaire qui

¹ Douglas M. (1966), *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La découverte.

² Goffman, E. (1975), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, op. cit.

faisait office d'infirmière : j'ai mal au ventre, j'ai mal à la tête, toujours à demander à remonter en haut.

[Véronique, aide-soignante, 35 ans, opérée depuis 2 ans]

Les enseignants émettent également des jugements sociaux qui disqualifient la surcharge pondérale lorsqu'ils interagissent avec les élèves. La gamme des attitudes va alors aller de la simple maladresse à un discrédit plus marqué. Cela arrive régulièrement lors des séances d'enseignement sportif. Si recourir, de séances en séances, au principe des *leaders* qui désignent leurs coéquipiers fait violence à Ariane, les activités sportives sont souvent l'occasion pour les enfants en surpoids d'être discrédités publiquement par les adultes. Soit au détour de commentaires sur les morphologies hors-normes qui risquent de détériorer le matériel collectif. C'est, par exemple, ce que décrit Patrick lorsque son instituteur lui rappelle systématiquement que pour ne pas déformer la chasuble qu'il lui prête pour les sports d'équipe il ne doit pas la revêtir mais la nouer à son poignet. Ou, ce qu'expérimente Fabienne, lorsque sa professeure d'EPS, lui crie, à travers le gymnase, qu'elle doit se passer du trampoline pour son enchaînement de GRS (Gymnastique rythmique et sportive), au risque de casser les ressorts. Soit au gré de remarques qui voient dans les contre-performances sportives, la conséquence logique de l'excès pondéral et plus encore de l'amorale sédentarité qui lui est associée. Ainsi Léa raconte que dans l'espoir d'obtenir une bonne note en athlétisme, elle opte pour l'épreuve de la course la plus longue. A l'arrivée, son essoufflement est commenté par son professeur à l'ensemble du groupe comme le résultat d'un cœur qui s'engraisse, ce qui confirme, au passage, que ses recommandations d'une pratique sportive régulière sont justifiées. Freddy, lui, fait le récit d'une séance de handball où l'enseignant l'invective lorsqu'il laisse passer le ballon dans les buts qu'il a la charge de garder, au prétexte que ce n'est pas parce qu'il remplit l'espace qu'il est dispensé d'efforts pour intercepter la balle.

A côté de ces cours de sport douloureux, parce qu'il faut exposer les corps, parce qu'ils mettent mal à l'aise l'ensemble des protagonistes (l'élève en surpoids, ses camarades et l'enseignant), certains enquêtés font l'expérience de l'étiquetage de leur déviance dans d'autres situations scolaires où le corps n'est, *a priori*, pas l'objet du travail de l'enseignant. Le récit de Marie est, ici, assez emblématique de cet apprentissage brutal de l'idée que se fait le monde de l'adiposité et de ses porteurs :

Un jour, en primaire, pour nous expliquer le système solaire, l'institut voulait qu'on fasse les planètes. Du coup, elle me dit que je vais faire le soleil, la planète la plus grosse et qui ne bouge pas ! J'avais un pull orange ce jour-là, j'avais en plus la couleur ! 40 ans après je m'en rappelle encore ... Comme quoi, ça nous construit !
[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

Inscrits dans un processus social de stigmatisation omniprésente, la plupart des enfants en surpoids adoptent la vision des normaux : être gros n'est plus une simple identité sociale mais devient une identité personnelle. C'est ce que résumait les propos de Patrick : « *je suis gros, c'est vrai, c'est comme ça !* » Si dans l'espace domestique, les traitements de cette situation varient, à l'école, ces filles et ces garçons sont en contact constant avec un groupe « classe » (pairs et enseignants) qui se charge de faire la police par diverses sortes de sanctions. Ainsi se diffuse l'imposition normative, « *en continu, par la simple présence dans le groupe* »¹. Mais cette réidentification est finalement rarement dicible aux membres de la famille. A l'instar de Véronique qui cache à sa famille, le harcèlement dont elle est victime, la plupart d'entre eux ne rapportent pas les réflexions qui leurs sont adressées, pris entre le sentiment que leur anormalité les justifie et la crainte de faire souffrir leurs parents, un peu comme si la communication de cette stigmatisation les contaminerait à leur tour. Pour celles qui s'identifient à la norme (c'est particulièrement ce que décrivent Marie et Léa), idéalisant le régime alimentaire comme une solution, la pratique n'est pas envisageable dans l'immédiat puisqu'illégitime au sein de la cellule familiale. Dans tous les cas, les trajectoires de ces jeunes acteurs en surpoids, au cours desquelles ils incorporent des techniques de maniement de codes de conduites contradictoires, peuvent être lues comme une progressive construction identitaire définie par la honte d'être doublement décalés (avec les leurs, avec les autres). Honte sociale² tendanciellement décrite comme le propre des « *enfants de la démocratisation scolaire* »³, redoublée ici par la honte physique.

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit., p.118.

² Ernaux A. (1983), *La place*, Paris, Gallimard.

³ Balland L. (2012), « Un cas d'école. L'entrée dans le métier de professeur d'une « enfant de la démocratisation scolaire » », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°191-192, 2012, pp. 40-47 ; Pasquali P. (2010), « Les déplacés de l'ouverture sociale. Sociologie d'une expérimentation scolaire. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, art. cité.

1.2 Prises de poids tardives : expériences de « déplacés » corporels.

« Ah ben moi je me traitais de vache devant la glace, hein ! Si, par exemple, j'avais craqué sur quelque-chose, je me disais : ben t'es contente de toi, grosse vache, tu t'en es mis un peu plus dans la gueule ! Ouais j'étais très vulgaire avec moi mais j'arrivais plus, moi dans la glace je regardais que ça ! Mon corps ... »

[Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an]

Cette section se concentre sur les enquêtés qui expérimentent, durant leur enfance, un corps conforme aux normes sociales et médicales, pour subir une fois adultes, le stigmate de la surcharge pondérale. Le parti pris méthodologique vise, ici, à vérifier ce que fait ce déplacement des représentations à leurs manières d'agir, de (se) penser et d'interagir. Si le concept de « déplacement social » est emprunté à Richard Hoggart¹, plus que d'observer le travail sur soi des acteurs engagés dans une ascension sociale, il s'agit aussi de comprendre celui produit pour s'arranger avec cette rupture de la représentation de soi, dans un espace social où les corps sont classants². Les données recueillies, lors des entretiens ethnographiques, montrent qu'effectivement, pour la plupart des patients rencontrés, la prise de poids survient pendant qu'ils entreprennent une mobilité sociale ascendante (dont l'antériorité et la célérité sont plus ou moins variables). Alors que fait cette contradiction corporelle, ce déplacement à contre-sens à leurs identités individuelles ?

Le récit de la prise de poids des enquêtés évoque deux causes principales : une atteinte physique liée à une maladie ou un accident corporel ; et des événements familiaux positifs (mariage, grossesse) ou négatifs (divorce, décès). Dans les deux cas, ces circonstances conduisent les acteurs à rompre de manière plus ou moins longue la solidarité avec leur propre corps.

Djamila, Thérèse et Gérard ont, tous les trois, eu un accident qui les a non seulement contraints à une sédentarisation forcée mais également à une remise de soi à l'institution médicale sur un temps long, en raison de complications. L'arrêt de travail de Djamila (père militaire et mère au foyer), suite à une éventration³, et l'immobilisation longue de Thérèse (parents boulangers), liée à une fracture du fémur, ont été particulièrement mal vécus, associés

¹ Hoggart R. (1957), *La culture du pauvre. Etude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*, Paris, Minuit.

² Bourdieu P. (1979), *La Distinction. Critique sociale du jugement*, op. cit.

³ Affaiblissement de la paroi abdominale qui occasionne la saillie des organes.

à une mort sociale¹. Djamilia explique avoir été complètement anéantie par la suspension de son rôle de maîtresse de maison en MECS (Maison d'enfants à caractère social) :

J'adorais mon travail, je m'occupais de huit filles. Mais avec la plaque j'étais pas bien, j'avais des pressions. Du coup, ils m'ont interdit de porter des charges lourdes. Pas facile quand on fait mon métier. Le linge, les courses ... Parce que j'avais les escaliers à monter, j'avais deux étages à monter, descendre de 7h et demi le matin jusqu'à quatre heures l'après-midi. Et c'est vrai ça c'est des choses aussi c'était pas facile quand on a une plaque, aussi. Du coup, ils ont fini par me mettre en arrêt de travail. Ça a été la catastrophe, j'avais eu du mal à l'accepter l'arrêt de travail. J'étais en déprime.

[Djamilia, 60 ans, maîtresse de maison en invalidité, ETP depuis 2 ans]

D'une vie qu'elle décrit comme bien remplie, qui lui donnait le sentiment d'être utile, puisqu'elle accompagnait huit adolescentes dans tous les aspects de leur vie quotidienne, elle expérimente la violence d'une cessation d'activité forcée. Son propre foyer devient un espace d'assignation à des tâches domestiques similaires à celles qu'elle pratiquait. Mais, cette fois-ci, elle peine à les considérer comme valorisantes puisqu'elles n'engagent plus la responsabilité éducative qu'elle associe à son rôle de maîtresse de maison, elles sont plutôt associées à un rétrécissement de ses interactions sociales (« *j'étais toute seule à la maison, mes enfants sont grands et mon mari travaillait encore à la SNCF* »). Inscrite dans une nouvelle réalité, dépossédée de l'identité sociale qui la fait exister, elle perd le contrôle d'elle-même, ainsi s'installent les kilos.

La fracture de Thérèse intervient lorsqu'elle est âgée de 73 ans. Malgré les complications (nécrose osseuse), elle refuse que cet incident la contraigne dans l'ensemble de ses activités et persiste, malgré la douleur, dans un « *comportement de bonne santé* »². Mais ce refus de soin finit par se solder par une aggravation de la situation qui finalement risque de la priver d'une retraite active. Elle se résigne alors à la pose d'une prothèse dans l'objectif de travailler à garder le pouvoir sur elle-même :

Je me suis cassée la figure, je suis tombée et je suis mal tombée, je me suis cassée le fémur et à l'hôpital, on n'a pas vu que j'avais une fracture donc je suis restée quatre jours sans, avec cette douleur. Et après j'ai appelé le médecin parce que ça n'allait pas bien-sûr. J'avais les jambes comme ça [mime], je pouvais pas bouger. Et donc j'ai été hospitalisée, on m'a mis une plaque. Et puis ça s'est mal passé après. Est-ce que c'est le kiné qui n'a pas bien fait son boulot ? J'en sais rien. Bref ça a merdé. Mais moi je voulais pas me faire réopérer, j'avais peur. Et donc je suis restée comme ça ... ça m'est arrivé un premier avril, la chute, et j'ai été

¹ Terminologie empruntée à Claudine Herzlich lorsqu'elle montre, qu'en fonction des représentations qu'ont les individus des écarts d'activités qui incombent aux bien-portants ou aux malades, la maladie peut être destructrice socialement. **Herzlich C. (1969)**, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, op. cit.

² **Herzlich C. (1969)**, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, op. cit.

réopérée le deux janvier de l'année d'après. Et là on m'a mis carrément une prothèse parce que je faisais une nécrose de l'os, une algodystrophie, enfin tout allait, tout merdait. Donc on m'a réopéré et alors là, à partir de là, ça allait mieux. Sauf que cette inactivité et tout ça, et ce poids, j'arrivais difficilement à marcher quand ... cinq minutes c'était le bout du monde !
[Thérèse, 76 ans, retraitée (chargée de développement culturel), ETP depuis 2 ans]

Le rôle de malade se révèle insupportable, il est synonyme de perte d'autonomie, de perte de relations sociales et de prise de poids. Ascension pondérale confirmant que l'inactivité est malsaine puisque les tâches palliatives qui lui reviennent, en qualité de convalescente, ne font que l'éloigner de l'excellence corporelle qu'elle a pourtant tenté de protéger jusque-là. Déterminée à ce que le surpoids ne devienne pas une nouvelle maladie, elle sait qu'une fois le temps mort de l'immobilisation abrégé, elle a un nouveau combat à mener.

Gérard (père manoeuvre en maçonnerie, mère au foyer) traite le repos que lui impose sa fracture du col du fémur d'une manière totalement différente. Métallier dans le bâtiment depuis 30 ans, il considère l'inactivité que provoque son accident du travail comme une occasion de rompre avec une activité professionnelle éprouvante. Il profite d'ailleurs de sa convalescence pour se former à la maintenance informatique. Les nombreuses complications physiques qui suivent l'accident l'engagent dans une carrière de malade marquée par une consommation médicale accrue (orthopédie, kinésithérapie, dermatologie) où prendre soin de lui légitime son inactivité (pendant 2 ans) puis sa reconversion professionnelle (il est désormais technicien informatique en intérim). Dans le même temps, il explique que sa prise de poids, qui commence pendant son arrêt de travail, ne l'alerte pas. Elle se prolonge pendant une dizaine d'années, jusqu'à ce que son chirurgien orthopédiste la lui présente comme un frein pour le rétablissement de sa motricité, puisqu'il suspend la pose d'une prothèse de hanche à une perte pondérale. Comme Gérard s'est réidentifié comme handicapé (« *dès que j'ai eu mon accident, je me suis dit : ça y est je suis handicapé* »), il se reconnaît immédiatement comme obèse, c'est-à-dire inscrit dans un rôle de malade qui va devoir travailler à guérir :

C'est une maladie, c'est tout, maintenant une maladie ça se soigne ! T'es obèse c'est tout ! A partir du moment où ça on l'a intégré dans le disque dur bon ben voilà : maintenant qu'est-ce qu'on fait ? Il faut pas rester comme ça donc voilà, on change. Les problèmes de santé, tout ça, tout ce que ça peut impliquer derrière, donc il faut faire quelque-chose. Donc c'est là que mon médecin m'en a parlé : qu'est-ce qu'y a à faire au niveau nutrition, machin, truc, bidule.
[Gérard, 56 ans, technicien informatique en intérim, ETP depuis 1 mois]

Le rapport au corps et à la santé de Gérard semble ainsi conforme à l'apparente ambivalence décrite pour définir la culture somatique des classes populaires masculines (et plus

récemment la culture de métier des artisans du bâtiments¹) où le soin de soi n'est légitime que lorsque la valeur du capital corporel (comme réservoir de force) s'épuise. Ainsi s'installe l'adiposité de Gérard. Elle devient une urgence à traiter lorsque l'expert médical la pointe comme une entrave au recouvrement de ces capacités physiques.

Les « itinéraires moraux »² de Djamila, Thérèse et Gérard montrent bien que derrière une simple relation de cause à effet (ici la sédentarisation forcée qui induit une prise de poids), se cache différentes manières de grossir. Plus que de remettre en question l'idée reçue selon laquelle l'obésité serait le fruit d'un immobilisme consenti (ou d'un relâchement moral), ces données pointent des situations où des atteintes à l'intégrité physique sont la cause de la maladie, ce qui passe totalement inaperçu dans les messages de Santé publique puisque c'est systématiquement l'inverse qui est publicisé. Avant de poursuivre sur les effets identitaires de ces déplacements corporels, il est nécessaire d'évoquer l'impact d'autres événements de la vie (notamment familiaux) sur les trajectoires pondérales. Ces éléments permettront d'étayer la réponse à la question du recrutement des patients qui nous préoccupe : « pourquoi eux ? », « pourquoi à ce moment de leur vie ? » Les portraits de Suzy, Jean-Luc, Nadine et Natacha sont, à ce titre, particulièrement éclairants sur les variations sociales et individuelles³ d'une modification corporelle qui pourtant est traitée, dans l'espace public (et médical) de façon univoque (l'obésité étant le produit remarquable d'une fatalité sociale).

La trajectoire familiale de Suzy est emblématique d'une ascension sociale intergénérationnelle progressive. Ses grands-pères sont, du côté paternel, agriculteur dans une petite exploitation (issu d'une famille de paysans), du côté maternel, artisan électricien. Leurs épouses les assistent dans leurs entreprises respectives. Ses parents sont ouvrier qualifié dans la mécanique automobile et secrétaire comptable dans une banque. Sa sœur est infographiste, mariée à un directeur d'association caritative. Âgée de 33 ans, elle est orthophoniste, en libéral. Son conjoint est représentant commercial. Ensemble ils ont deux enfants. Issue d'une famille de « *petits gabarits* », elle a toujours été mince, voire très maigre puisqu'en fin d'adolescence, elle fait une méningite qui nécessite une hospitalisation longue dont elle ressort dénutrie. Sa mère, qui a toujours été vigilante à une alimentation saine et diversifiée, suit à la lettre les recommandations médicales pour qu'elle recouvre une bonne santé. C'est lorsqu'elle quitte le domicile parental, à 18 ans, pour préparer son certificat de capacité, qu'elle commence à

¹ Référence, ici, aux travaux d'Olivier Crasset. **Crasset O. (2014)**, *La santé des artisans au fil du parcours professionnel. De l'acharnement au travail au souci de soi*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **Dussuet A.**, université de Nantes.

² **Goffman E. (1975)**, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, op. cit.

³ **Lahire B. (2002)**, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Armand Colin.

prendre du poids. Associant, ce premier écart pondéral à un régime alimentaire aux antipodes du modèle familial (irrégularité des horaires de repas, consommation d'aliments gras et sucrés), elle réagit vite à cette mutation en consultant une diététicienne. Le régime qu'elle lui conseille est efficace puisqu'elle perd 10 kilos en trois mois. Rassurée sur ses compétences organiques et convaincue que restriction cognitive et vie étudiante ne sont pas compatibles, elle met un terme à son suivi, tout en restant vigilante. Toutefois, la reprise d'une alimentation normale se traduit par une reprise de poids. S'enchaîne une succession de diètes (tantôt suivies par un nutritionniste, tantôt puisées dans des méthodes « grand public ») qui se soldent systématiquement par un accroissement de l'adiposité. Déterminée à garder le pouvoir sur son corps, elle se met à une pratique sportive assidue, à raison de deux à trois séances par semaine. Mais rien n'y fait, les kilos s'installent insidieusement. L'apogée de ce drame, où sa transformation morphologique n'a de cesse de trahir cette jeune femme structurée par les normes et les contraintes de la « bonne volonté culturelle », se joue lors de ses deux grossesses, puisque le poids pris à ces occasions ne cède pas aux régimes.

Jean-Luc (47 ans) est issu d'une famille d'agriculteurs marquée par le surpoids. Son père, sa mère, deux de ses trois sœurs et son frère sont en surcharge pondérale. Sa propre prise de poids s'amorce lorsqu'il a 20 ans, alors qu'il débute sa vie active en qualité d'agent bancaire. Insatisfait par sa vie professionnelle, célibataire, globalement isolé, il explique s'être réfugié dans la nourriture, sans que sa progressive adiposité ne l'alarme. Après deux ans d'ennui, il se fait recruter sur un poste de comptable qu'il estime plus en adéquation avec les aspirations qu'il nourrissait lorsqu'il préparait son BTS. Il en profite pour reprendre ses études et obtient une maîtrise en gestion. Fort de son succès, Jean-Luc enchaîne avec une formation qui le prépare au Diplôme supérieur de comptabilité et gestion (DSCG). Mais ce cursus est interrompu par une décompensation psychotique¹ qui nécessite son hospitalisation en secteur psychiatrique pendant trois mois. Il y perd 15 kilos. A sa sortie, sa vie reprend son cours, et, ce qu'il appelle ses mauvaises habitudes aussi : « *la nourriture c'est un peu un médicament pour moi, alors comme je suis stressé, j'ai tendance à beaucoup manger* ». Le poids qu'il prend, pendant 12 ans, ne suscite aucune tentative de contrôle jusqu'à ce que son médecin traitant ne l'alerte sur les risques de comorbidités qu'il représente. Angoissé à l'idée de tomber malade (ce qui contraindrait à nouveau son projet professionnel de devenir expert-comptable indépendant)², il

¹ Rupture de l'équilibre psychique qui, dans son cas lui provoque des crises d'angoisses et le plonge dans une profonde dépression.

² Au moment de l'enquête, il prépare à nouveau le DSCG, par le biais de cours au CNAM (Conservatoire national des arts et métiers) qu'il suit le samedi.

se fait suivre par un médecin nutritionniste jusqu'à ce que cette dernière ne parte à la retraite. Pendant ces cinq années de suivi, il expérimente l'effet « yoyo » puisque sa « bonne volonté médicale » cède régulièrement le pas à des envies irrésistibles de manger¹ qui ne font qu'augmenter son sentiment que son destin corporel lui échappe.

L'histoire familiale de Nadine s'ancre dans le salariat d'exécution (ascendants masculins ouvriers, mère employée, fille de co-exploitante agricole) en milieu rural. Titulaire d'un Bac professionnel de secrétariat, elle est, à 35 ans, assistante d'achats. Nadine est mariée à un cadre qui exerce dans une entreprise de volets roulants au sein de laquelle il a évolué depuis l'obtention initiale de son CAP de comptabilité. Ensemble ils ont trois enfants âgés de 3, 9 et 11 ans. Si personne, dans sa famille, n'a de problème de poids avéré, cette menace plane depuis son plus jeune âge puisqu'afin de lutter contre une tendance familiale « à prendre facilement », son père fait du sport régulièrement, tandis que sa mère compense chaque excès par une diète. Elle-même, sportive et « *nourrie de manière équilibrée* », demeure svelte jusqu'à l'âge adulte. Elle associe les prémices de sa transformation corporelle à sa mise en ménage et aux sociabilités², avec les « *gars du coin* »³, qui l'accompagne (« *On était toujours invité à droite, à gauche, on invitait, on recevait et j'avais pas le temps de perdre ...* »). Désireuse de garder la forme, par souci esthétique mais aussi dans l'objectif de préserver ses performances sportives, elle s'essaie à tous les régimes alimentaires conseillés par son groupe de pairs (« *J'ai fait trois fois Weight Watchers, j'ai fait les sachets protéinés, j'ai fait les soupes de choux, j'ai fait plein de trucs.* »). Mais de restrictions en grossesses, la prise de poids s'installe par pallier. En parallèle, l'entreprise pour laquelle elle travaille la licencie pour raisons économiques. Inscrite dans une société d'intérim, elle fait l'expérience de la discrimination à l'embauche et se voit refuser plusieurs emplois au prétexte de son incompatibilité physique avec l'image de l'entreprise. Résolue à ce que son adiposité ne signe pas sa mort sociale, elle scrute l'actualité des biens et services aminçissants, avec assiduité et méthode. Pour chaque nouvelle technique, elle mène son enquête et contacte ceux qui s'y sont essayés afin de recueillir leur témoignage sur les effets à long terme de celle-ci.

De son côté, Natacha, âgée de 52 ans au moment de l'enquête, a grandi dans une famille, issue des franges les plus pauvres des classes populaires, et marquée par une série de ruptures biographiques. Ses deux parents sont sans emploi depuis plusieurs années lorsque son père est

¹ Un diagnostic de « compulsions alimentaires » est établi en 2015, lorsqu'il intègre le programme de cinq semaines au service C.

² **Coquard B. (2019)**, *Ceux qui restent. Faire sa vie dans les campagnes en déclin*, Paris, La découverte.

³ **Renahy N. (2010)**, *Les gars du coin. Enquête sur une jeunesse rurale*, Paris, La découverte.

incarcéré. Face à la démission sociale de sa mère, elle et ses deux sœurs passent de moins en moins de temps à la maison, préférant « traîner » avec leurs bandes respectives. En échec scolaire, Natacha est déscolarisée après la 5^{ème}. Adulte, elle alterne périodes de chômage et petits boulots essentiellement dans le secteur du nettoyage. Elle se marie à un homme qu'elle décrit comme oppressant, puisqu'il la coupe de toutes ses sociabilités, réduisant son espace au seul domicile conjugal. Ensemble ils ont trois enfants. Dans un contexte d'adiposité familiale féminine (sa mère, ses tantes, ses sœurs et sa fille sont en surpoids, alors que « *tous les hommes de la famille sont secs et nerveux* »), elle n'a pas de problèmes de poids jusqu'au décès de son mari. A la suite de cet évènement, elle prend près de 50 kilos en quelques années. Ascension pondérale au terme de laquelle elle rencontre son compagnon actuel, qui, cette fois-ci est « *bonne pâte* » et la laisse libre de ses mouvements. Malgré la précarité financière, ensemble, ils ont la « *belle vie* », ce qui, pour elle, se traduit par l'installation de quelques kilos supplémentaires. Tout s'arrête subitement lorsque son conjoint est incarcéré. Elle déménage pour se rapprocher de la maison d'arrêt. A mesure que ses relations sociales se délient, elle perd du poids « *sans rien faire pour* », ni même vraiment s'en rendre compte, puisque ce sont ses enfants qui le lui font remarquer. Inquiets que cette transformation ne soit le signe d'un problème de santé (« *Surtout mon ainé ! Comme il a dit : maman, on a perdu papa, toi on veut pas.* »), ils insistent pour qu'elle consulte un médecin qui ne constate aucun problème médical, si ce n'est sa surcharge pondérale. Dans le même temps, ses deux sœurs se font opérer d'un *bypass* qui transforme nettement leur morphologie. Les quatre kilos qu'elle reprend à la libération de son ami sont une révélation : il n'est plus question de se « laisser-aller », elle sollicite son généraliste pour qu'il la recommande auprès du service spécialisé de l'hôpital.

Quelle que soit l'ancienneté de leur carrière de patients, les enquêtés n'ont aucun mal à retracer l'étiologie de leur surcharge pondérale. Plus qu'un façonnement, par l'institution médicale, d'une manière de se présenter soi-malade, les entretiens montrent que les règles dominantes du rapport au corps, que ce soit en termes de corpulence idéale, d'alimentation acceptable, d'efforts physiques mesurables, sont « docilement »¹ incorporées. Quelle que soit la manière, socialement et sexuellement située, dont ils gèrent leur transformation morphologique (de la réaction immédiate au report à plus long terme), tous savent précisément

¹ Référence aux travaux de Michel Foucault à propos du contrôle institutionnel des corps. **Foucault M. (1975),** *Surveiller et punir. Naissance de la prison, op. cit.*

situer le moment où elle s'amorce. Preuve, s'il en fallait, que l'entreprise morale qui étiquette¹ le surpoids comme une déviance, refaçonne les identités sociales de chacun des individus concernés puisque tous repèrent formellement la période où leur corpulence devient anormale. Plus encore, tous y associent un évènement déclencheur² qui explique qu'ils se soient, durablement ou non, engagés dans des pratiques décrites comme déviantes : manger en trop grande quantité ou de manière non-équilibrée et/ou ne pas bouger suffisamment. Aux prises avec des préoccupations sociales qui varient selon le genre, la trajectoire, la position, la nature et l'intensité des relations, et les ressources, les manières de gérer cet écart à la norme corporelle sont plurielles mais ont toutes en commun d'aboutir à une majoration pondérale. Attribut physique qui, au bout du compte, finit par effacer l'ensemble de ces variations, unifiant la diversité des identités individuelles en une seule identité sociale : ils sont (trop) gros. En prenant du poids, ils sont assignés à ce qui devient un statut en tant que tel. Au sens d'Everett Hughes³, être positionné dans un statut, c'est posséder une caractéristique principale, ici le surpoids, qui différencie ces acteurs des autres, et qui laisse supposer à l'opinion dominante, la possession de caractéristiques secondaires qui, dans le cas de la surcharge pondérale, sont nécessairement de l'ordre du « laisser-aller ». Cet apprentissage s'accompagne d'une familiarisation avec des interactions où leurs échanges avec les normo-pondérés sont redéfinis par un stigmatisme tri-dimensionné⁴ puisque l'adiposité est bien souvent comprise simultanément comme un handicap physique, un défaut moral et une fatalité sociale.

La première étape de cette initiation au discrédit social se joue dès que les acteurs investissent n'importe quelle scène sociale publique, et plus particulièrement lorsque le corps y est, directement ou indirectement, l'objet des attentions des protagonistes. Dans les magasins de vêtements, les salles de sport et les restaurants, la première violence décrite est avant tout verbale :

¹ Référence à la théorie de l'étiquetage de Howard Becker, qui affirme que la déviance n'est pas le produit de facteurs sociaux pesant sur les individus mais résulte d'un double processus. Il faut, non seulement que l'acte soit défini comme transgressant une norme par les entrepreneurs de morale, c'est-à-dire les acteurs qui se mobilisent pour qu'une activité donnée soit catégorisée socialement comme déviance. Mais il est aussi nécessaire que l'acteur entreprenant une action déviance soit étiqueté comme tel lors d'interactions sociales. En l'occurrence la prise de poids, conséquente et durable, qui donne à voir des pratiques amORAles qui déséquilibrent la balance énergétique. **Becker H. S. (1985), *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance, op. cit.***

² Ces mêmes évènements (sortie du cocon familial, célibat, mariage, grossesse, divorce, isolement, sociabilités amicales, décès, mais aussi chômage et retraite) sont mobilisés par les acteurs qui expérimentent le surpoids depuis leur enfance comme des facteurs aggravants de la situation.

³ **Hughes E. (1996), *Le regard sociologique, op. cit.***

⁴ Dans son analyse des usages sociaux du handicap, Erving Goffman distingue trois types de stigmatés : les monstruosité du corps, les tares de caractères et les héritages tribaux. **Goffman E. (1975), *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps, op. cit.***

Quand je faisais les sorties piscine ou les sorties avec l'école, bon c'est des petits enfants mais les petits enfants ils sont cruels donc : oh ben qu'est-ce que t'es grosse ! Ou tu dois pas rentrer dans un maillot de bain ! Ou ce genre de choses.

[Nathalie, 53 ans, secrétaire en invalidité, ETP depuis 1 an]

En salle de sport j'y étais allée, le coach il m'a regardé d'un air ! Juste après, je l'entendais dire à un autre : c'est trop tard ma fille, fallait venir avant !

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

Moi à Mac Do j'y vais jamais, mais une fois j'y suis allée, juste comme ça, j'avais envie. C'est pas pour autant que c'est mon alimentation de base et bien quand j'ai commandé des frites, les gens derrière : ah ben c'est pas étonnant qu'elle soit grosse ! Tout de suite on a le cliché américain : lui, elle est costaud parce qu'elle mange des burgers !

[Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an]

Quand on rentre chez Etam, qu'on fait 54, parce qu'avant je faisais du 54 : [hausse la voix] Madame on fait pas au-delà du 44 ! On regarde les clients autour de nous. On voyait le regard des vendeuses : celle-là elle s'habille pas chez nous. Alors qu'on pouvait rentrer pour un cadeau !

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

Moi ça m'est arrivé d'aller dans des boutiques au moment des soldes, de vouloir acheter quelque-chose pour ma fille et on me dit : mais Madame, c'est pas fait pour vous ! De quel droit ? C'est d'une maladresse totale ! C'est très désobligeant !

[Thérèse, 76 ans, retraitée (chargée de développement culturel), ETP depuis 2 ans]

Que ces invectives soient adressées directement ou non, elles pointent, d'une part, la responsabilité proprement individuelle du surpoids, sans autre forme de jugement que celui d'une hypothétique glotonnerie assortie d'inactivité physique classiquement prêtée aux personnes obèses ; d'autre part, qu'à ce stade pondéral, les personnes ne sont plus légitimes dans certains espaces publics finalement sanctuarisés, réservés aux normo-pondérés. Ces rappels à l'ordre ne sont d'ailleurs pas simplement discursifs, ils peuvent être d'ordre matériel. Avec, par exemple, des portiques ou des sièges trop étroits qui mettent les acteurs dans des situations nécessairement délicates, voire honteuses (« *je me rappelle, un jour, dans un magasin, j'arrivais pas à passer la barrière [...] C'est très, très, très violent, hein !* »). Ou encore, la séparation des espaces, notamment dans le secteur du prêt-à-porter, où les rayons grandes-tailles sont clairement identifiés en tant que tels (catégorisant les collections selon deux types de corpulences), tout autant que non-conformes à ce qu'ils annoncent puisque « *la taille maxi c'est souvent 54. Et encore si t'as de la chance, parce que ça va souvent du 46 au 52* » (obligeant ainsi les acteurs en surpoids à se rediriger vers des magasins spécialisés) :

Même Géo, je finissais par plus trouver non plus ou alors c'était vraiment des habits, on aurait dit les rideaux de ma grand-mère. [...] Mais quand on fait 50, 52, 54, on va où ? Bon « M et S mode » OK ! Mais ça fait quand-même ... y'a plein de trucs qui font mémé.

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

On n'habille pas les gens en fonction de leur âge mais en fonction de leur silhouette. Donc c'est épouvantable ça !

[Thérèse, 76 ans, retraitée (chargée de développement culturel), ETP depuis 2 ans]

Alors bon moi j'étais une bonne cliente Décathlon, tous mes pantalons c'était du Décathlon. J'étais habillée que ça et pis que en tennis ! Parce que eux ils ont pas de problèmes avec les X devant le L ! Et pis tout est ensemble, y'a pas le sas spécial gros ! Bon c'est pas classe mais au moins quand on achète, c'est discret !

[Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an]

Remarques désobligeantes, mobilier contraignant, ghettoïsation vestimentaire sont des expériences relatées exclusivement par les femmes les mieux dotées du *corpus*. Djamila, Natacha et Raymonde, qui ont en commun des trajectoires inter et intra générationnelles horizontales, caractérisées par une modestie (voire précarité, dans le cas de Natacha) des positions et des ressources, n'en font pas état. La construction rétrospective de leurs biographies renvoie à ce qu'Olivier Schwartz nomme « *un statut dénarcissisé du corps* »¹, c'est-à-dire à un régime cognitif où celui-ci est avant tout engagé comme outil de labeur les contraignant à se concentrer sur les grandes nécessités qu'exigent leurs conditions d'existence : travail, activités domestiques et rôle de mère. En grossissant, c'est ce corps là qui est atteint. Les préoccupations sur les silhouettes gratifiables dans d'autres activités, elles, soit n'ont pas lieu d'être, soit passent au second plan. Interrogées spécifiquement sur ces données, puisque, contrairement aux autres enquêtées, elles ne font pas spontanément référence à la stigmatisation sociale de leurs corpulences, Djamila et Natacha n'ont pas le souvenir de réflexions ou de regards désobligeants, où que ce soit, Raymonde explique que ces choses-là n'ont pas d'importance :

Q : Est-ce qu'il vous est déjà arrivé qu'on vous fasse des remarques ?

R : Des remarques et pis des regards mais on s'en fout. L'emmerdant c'est d'être handicapée, les autres après, ils peuvent bien penser ce qu'ils veulent !

Q : Handicapée ?

R : Ben handicapée, quoi ! Dès que tu bouges tu transpires, t'as les cuisses qui frottent, t'es essoufflée ! C'est tout ça qu'est chiant. C'est chiant partout, à la maison, pour le ménage, au boulot parce que t'en chie. Quoique que tu fasses, dans la rue, pour marcher. Partout, quoi !

Q : Et vous parliez de remarques, de regards ...

R : Ben en vrai je sais plus bien mais quand on est gros, on s'en prend forcément.

¹ Schwartz O. (1990), *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, op. cit., p.477.

Q : Partout, aussi ?

R : Oh ben non, c'est dans la société, quoi, les inconnus. Pas les gens connus, je veux dire les collègues, les amis, ... Ça c'est sûr, pas eux ! Mais je sais plus, ça rentre, ça sort, ... Je saurais pas dire ...

[Raymonde, 65 ans, retraitée (ouvrière), opérée depuis 9 ans]

Les autres femmes du *corpus*, en intériorisant que leur corps fait scandale, qu'il suscite de l'hostilité, adoptent toutes des pratiques de contournement. Soit en tentant de contrôler l'information sociale, en développant une ultra-vigilance lors de la mise en scène de soi, avec le recours à des usages pensés comme convenables, socialement attendus pour éviter une sur-stigmatisation. C'est notamment le cas lorsqu'elles s'alimentent en public :

Avant de me faire opérer j'aurais jamais mangé un sandwich dans la rue, j'aurais jamais mangé une glace dans la rue, je parle pas du croissant ou du pain au chocolat, toutes ces choses-là je me l'interdisais parce que j'avais l'impression qu'il y avait des regards du genre : elle en a pas assez !

[Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an]

Au restaurant quelqu'un d'obèse il faut qu'il prenne une salade sinon c'est mal vu, quoi !

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

Soit en s'interdisant la fréquentation d'espaces où le surpoids paraît tellement insupportable pour les autres qu'il devient impensable de le soumettre à leur regard, la transaction la plus sûre étant de prendre certaines distances avec les normo-pondérés. Mise en retrait qui varie du repli au sein de l'espace domestique (achat de vêtements en ligne, arrêt de pratiques sportives dans des espaces collectifs), au recours à des lieux réputés plus tolérants puisque spécialisés dans l'accueil des personnes en surpoids (« au moins chez « M et S », t'es normale ! »). Techniques d'adaptations également mises en place par les hommes. S'ils n'associent pas spécifiquement leur transformation pondérale à corpulence déviante, sur les cinq enquêtés masculins qui prennent du poids tardivement, les récits biographiques de trois d'entre eux montrent une synchronie entre prise de poids et arrêt de pratiques sportives en groupe. Antoine et Jean-Luc quittent leur équipe de basket, l'un sans remplacer cette activité par une autre, l'autre pour pratiquer du tennis de table. Frédéric, coureur cycliste amateur depuis toujours, continue cette activité mais désormais en solitaire et sans plus participer aux compétitions :

Le basket, c'est quand-même trop collectif et faut bien dire que je suis plus aussi bon qu'avant. Enfin, en tout cas, c'est plus dur. Au moins au ping-pong, je joue

pour moi. Personne ne compte sur moi. Comme ça si je me craque, c'est juste pour ma pomme, je risque pas de mettre les autres dans le caca.

[Jean-Luc, 47 ans, comptable, ETP depuis 4 ans]

Je faisais déjà du sport, j'ai toujours aimé courir mais c'était quand même plus dur. C'est dur de faire du sport quand on pèse 120 kilos. Du coup, quand j'ai déménagé¹, je me suis pas réinscrit dans une équipe cyclo. Mais j'ai toujours fait mes 120 kilomètres par week-end. En solo. Et pis j'ai pris goût à la solitude. J'aime bien pédaler seul, je me verrais plus dans une équipe. Et puis plus besoin de compète, j'ai passé l'âge.

[Frédéric, 53 ans, chauffeur-routier, opéré depuis 3 ans]

Le corps gros ne recouvre pas les mêmes enjeux dans l'attention portée aux regards des autres, selon le genre. Les femmes l'expérimentent comme une infraction aux canons de beauté et de maternité, qui exigent que la minceur soit le résultat d'une diététique pour soi autant que d'une prophylaxie conforme au rôle de la mère promu par les normes hygiénistes. Pendant que le défi pour les hommes est de s'assurer qu'il n'induit pas une contre-performance qui altérerait leur propre valeur physique et, par effet de contagion, celle de leurs co-équipiers. Dans les deux cas, la prise de poids entrave l'investissement de certaines scènes sociales qu'ils préfèrent quitter afin de contrôler le discrédit qui les menace. Les discours sont alors eux-mêmes genrés puisque, pour les hommes, la réduction de liens sociaux paraît une parade inconsciente pour que leur transformation corporelle ne soit pas une atteinte à leur identité masculine, alors que les femmes font état d'un traitement social injuste du surpoids qui leur impose de se résigner à une certaine désocialisation les coupant, précisément, de leur identité féminine :

On finissait pas s'habiller par nécessité ! Voilà, les leggings parce que y'avait que ça qui allait et ça nous avantageait pas forcément, les tuniques hyper amples parce qu'il y avait que ça qui passait. Je m'habillais pas en fonction de mes goûts, je m'habillais en fonction de ce que je pouvais trouver. Donc je sortais avec des fringues qui me plaisaient pas mais il fallait bien s'habiller.

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

Plus encore, cette construction sociale, du masculin et du féminin, façonne, pour certains enquêtés masculins, leurs manières de penser la surcharge pondérale des femmes de leur entourage. Le rapport genré au corps, par la différence de comportements qu'il prescrit selon le sexe, entretient un lien aussi évident qu'inévitable entre surpoids, altération de la féminité et souffrance puisque, si leur propre adiposité ne fait pas spécifiquement l'objet de jugements

¹ Frédéric associe le début de sa transformation pondérale à son divorce qui a également engendré, un an plus tard, une reconversion professionnelle afin de pouvoir assurer la garde alternée de sa fille. De chauffeur-routier, il est devenu cariste magasinier. Pour plus de confort, il a déménagé à proximité de son usine.

sociaux avérés ou d'une autodépréciation, Yoann et Gérard observent une désidentification de son épouse pour l'un, de sa nièce pour l'autre :

[épouse] Elle se disait : ouais je suis une grosse vache, quand je fais un effort, je transpire comme un pot de beurre. [...] Elle gonflait à cause de la pilule pis si elle avait envie, une fois de temps en temps, de se prendre une boîte avec trois, quatre pains au chocolat dedans et ben elle voyait les gens qui la regardaient. A la maison, elle me disait : les gens, ils devaient se dire regarde-moi cette grosse vache, elle va encore se gaver avec ses pains au chocolat ! Vous voyez un peu le raisonnement qu'elle avait ! Dans sa tête, ça la détruisait quoi !

[Yoann, 40 ans, technicien chauffagiste, ETP depuis 2 ans]

J'ai ma nièce qui était énorme, elle a eu des soucis à cause de ça, enfin elle a fait une dépression à cause de ça, parce que les gens se moquaient d'elle. [...] Bon après ... moi j'ai pas vraiment eu de soucis avec ça mais ... Et puis bon, je vous dis, même si on m'appelle le gros, ben oui, je suis gros, pour moi c'est pas une insulte. Même si on m'appelle la baleine ou la grosse vache c'est méchant, enfin c'est méchant, c'est pas agréable mais oui, je suis gros ! Je vais pas me cacher, je suis pas maigre. Je suis gros, oui ! Bon ben c'est un fait !

[Gérard, 56 ans, technicien informatique en intérim, ETP depuis 1 mois]

En fonction des itinéraires sociaux et moraux, la honte sociale qui accompagne la prise de poids féminine peut être vécue avec une extrême violence. C'est notamment le cas de Nadine qui, depuis qu'elle a vécu un licenciement économique, peine à retrouver un emploi stable. Au moment de l'entretien, cela fait 10 ans qu'elle est intérimaire. Trajectoire professionnelle précaire, au cours de laquelle elle expérimente que sa corpulence est une variable discriminatoire¹ à l'embauche. Secrétaire, peu à peu, son profil est présenté à des postes d'assistante d'achats. Malgré leur moindre visibilité, certains lui sont parfois refusés au prétexte des représentations qui associent adiposité et « laisser-aller » :

Ils le disaient bien les patrons que c'était ... C'est la réalité, c'était comme ça ! Alors ils nous le disait pas le jour de l'entretien, à nous, mais quand ils recevaient du monde pour un poste quelconque, ils disaient que le physique jouait énormément. Quelqu'un de plus gros ben c'était quelqu'un qui se laissait aller, quelqu'un de tout mou donc quelqu'un qu'on n'a pas envie d'embaucher parce que ça donne pas une bonne image.

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

¹ En 2005, l'observatoire des inégalités a mené un *testing* qui confirme que les personnes obèses ont deux fois moins de chance d'obtenir un entretien d'embauche. Source : https://www.inegalites.fr/Mesure-des-discriminations-a-l-embauche-par-testing?id_groupe=17&id_mot=112&id_rubrique=97. Les travaux d'Élise Coudin et Arthur Souletie montrent que cette discrimination sur le marché du travail s'aggrave pour la population féminine puisqu'en 2010, un écart de 10 points, au niveau du taux d'emploi, est observé entre femmes obèses et femmes non-obèses. L'écart est de 2 points pour les hommes. Les arguments mobilisés par les recruteurs sont une anticipation d'une plus faible productivité (difficultés pour effectuer des efforts physiques) et une projection que clients et collègues préfèrent avoir à faire à une personne non-obèse, ceci même pour des emplois statiques et invisibles. **Coudin E. et Souletie A. (2016)**, « Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire », *Economie et statistique*, n°486-487, pp.79-102.

Au fur et à mesure, Nadine prend la mesure de sa disqualification esthétique sur le marché du travail¹ et intériorise un sentiment d'illégitimité :

J'avais toujours chaud, ça se voyait, j'étais pas super à l'aise et puis ben voilà, l'entretien, c'était une épreuve, quoi ! J'étais pas à l'aise, à toujours cacher mon ventre, ça devait se sentir. Et puis entre une personne filiforme et moi ça a toujours été la personne filiforme !

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

De leur côté, Marcelle et Thérèse connaissent une transformation pondérale encore plus tardivement puisque celle-ci intervient alors qu'elles sont à la retraite. Marcelle grossit dès le début de sa retraite, alors qu'elle vit une rupture sentimentale et qu'elle arrête de fumer. Thérèse prend du poids pendant sa convalescence qui intervient alors qu'elle ne travaille plus depuis près de 15 ans. Ce n'est ainsi pas leur employabilité que leur nouvelle adiposité atteint. Pendant que Nadine se sent en décalage avec son environnement professionnel, ce qui l'oblige à redoubler d'efforts pour ne pas céder au découragement, Marcelle et Thérèse vivent cette ascension pondérale comme un outrage aux efforts de toute une vie. D'origines sociales modestes, elles sont sorties du système scolaire sans qualification notable (brevet des collèges pour Thérèse et CAP d'aide-comptable pour Marcelle). Toutes deux consacrent leur vie professionnelle, en même temps que leurs conjoints respectifs, à élargir le champ des possibles. Marcelle enchaîne les promotions internes au sein d'un grand groupe industriel pour finir sa carrière en qualité de chargée de développement commercial. Thérèse commence sa carrière en accompagnant, dans leur quotidien, de jeunes travailleurs hébergés en FJT (Foyer de jeunes travailleurs), puis devient gérante d'un centre d'accueil touristique, pour ensuite intégrer l'équipe du palais des congrès de sa ville de résidence, où elle gravit les échelons et aboutit à un ultime poste de consultante dans le secteur de l'industrie du MICE (*Meetings, Incentives, Conferencing, Exhibitions*). Ces trajectoires ascendantes leur permettent d'accéder à toutes sortes de biens matériels et symboliques et ainsi d'atteindre un niveau de vie nettement supérieur à celui de leurs parents. Plus que cette prise de distance avec un héritage familial qu'elles décrivent comme austère, toutes deux expliquent avoir travaillé à produire un corps qui se distingue de celui de leurs mères dont la forte corpulence était un handicap aussi bien social que physique :

¹ Voir les travaux de José Luis Moreno Pestaña sur l'impact des « jeux esthétiques » sur le marché du travail et le rapport à l'emploi. **Moreno Pestaña J.L.** (2015), « Souci du corps et identité professionnelle. Enquête sur les « jeux esthétiques » au travail et les troubles alimentaires. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 208, pp. 88-101.

Ma mère était forte et je voulais pas devenir comme elle. Et en fait, quand elle est ... quand elle a eu un accident, elle a fait une chute, elle a eu les rochers fracturés, elle pouvait donc plus marcher et elle était très forte, et elle avait du diabète. Et quand elle est devenue complètement handicapée, je me suis ... on s'est occupés d'elle, avec mes frères et sœurs.

[Thérèse, 76 ans, retraitée (chargée de développement culturel), ETP depuis 2 ans]

Ma maman était très ronde et quand j'étais petite, on m'appelait la fille de la grosse patate ! Faut se le trimballer, ça ! Et puis je rigole, c'est toujours la petite aparté, si ils m'entendent ils doivent rigoler, mais c'est que mon père il buvait quand j'étais petite ! Alors entre une maman qu'était grosse, on m'appelait la fille de la grosse patate, et mon papa qui avait le cœur sur la main mais qui venait à la kermesse de l'école et qui le soir de la kermesse, il était [mime de l'ivresse] ! Pété comme un coing ! J'étais pas très avantagée étant petite.

[Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an]

Dès lors, prendre du poids après un accident dont la conséquence est une convalescence qui la prive aussi bien d'autonomie que d'interactions sociales (dans le cas de Thérèse), ou grossir au moment clé de sa vie où, à la fois, sa retraite la prive de tout sentiment d'utilité, et sa rupture la libère, après des années d'hésitations, d'un compagnon alcoolique dont elle est malgré tout éprise (dans le cas de Marcelle) induit d'emblée un sentiment de débâcle. Il faut s'acharner à lutter contre cet obstacle pour qu'il ne signe pas une fatalité corporelle qui invisibiliserait leurs déplacements dans l'espace social, et dont le pendant ne peut-être qu'un dégoût de soi.

Le changement tardif de corps se fait dans un contexte où les acteurs sont, en amont, au fait des normes corporelles. C'est-à-dire que bien avant qu'ils ne soient affligés de ce stigmate, les processus de socialisation ont joué leur rôle et ils savent ce qui est morphologiquement correct. La corpulence étant socialement classante, prendre du poids, alors que les entreprises individuelles visent à se déplacer vers le haut, est nécessairement une contrainte qui rend particulièrement difficile la réidentification au statut de gros, c'est-à-dire à celui d'un individu dominé par sa nature. La force de cette violence varie bien-sûr selon les signifiants individuels de l'adiposité (variables notamment selon le genre, la diversité des insertions sociales, l'histoire pondérale des ascendants, la célérité des trajectoires), ou en tout cas de ce qui en est dicible. Cependant, elle engage tous les acteurs concernés dans un itinéraire moral similaire puisqu'il s'agit de recomposer les interactions avec les autres à partir de cette nouvelle identité sociale. De Suzy à Thérèse, en passant par Gérard ou Jean-Luc (et tous les autres), plusieurs modèles

d'adaptation émergent pour faire face à ce qui, dans tous les cas, finit toujours par conduire à un désarroi identitaire.

1.3 Stigmatisations médicales de l'obésité : quand le corps médical avalise l'anormalité.

« Il y a des risques médicaux qui mettent à mal les médecins et du coup ils te renvoient la responsabilité. Si il t'arrive un truc, ils y sont pour rien. Eux, ils auront fait ce qu'il fallait mais de toute façon, toi, t'es obèse. Si tu meurs, c'est bien parce que t'es obèse. Tu leur facilites pas le boulot ! »

[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

A côté de la stigmatisation et de la honte sociale que les femmes endossent « naturellement » (en tout cas lorsque la culture somatique de classe héritée ou acquise se prête à sa dicibilité) lorsque l'adiposité s'est installée, les actrices subissent également un étiquetage médical. Jeunes adultes, le premier lieu où elles font l'expérience d'un jugement médical qui voit dans la surcharge pondérale une difformité inacceptable, à la fois parce qu'elles n'ont pas su prendre soin d'elles, et parce que cela complique l'exercice de l'art thérapeutique, sont les services de gynécologie :

Parce que on vous dit : il va falloir faire attention, il va pas falloir tomber enceinte en étant si forte !

[Ariane, 37 ans, aide-soignante, opérée depuis 1 an]

Une gynécologue qui a remplacé ma gynécologue. Je l'ai vue pour la première fois et elle m'a dit, il va peut-être falloir faire quelque-chose ! J'ai dit oui, oui, je fais attention. Oui, mais on parle pas que de manger et je lui ai dit : écoutez je fais du sport 3 fois par semaine donc après elle n'a plus rien dit. Je l'ai trouvé vraiment très indélicate. C'était même pas sous forme de conseil, elle c'était vraiment jugeant. Et du coup, je ne retournerais pas la voir !

[Suzy, 33 ans, orthophoniste, fin de parcours pré-opératoire]

C'est une infirmière qui a traité une de mes amies mais vraiment comme plus bas que terre, quoi ! En disant : « Vous, de toutes façons, vous arriverez jamais à avoir d'enfants, vous êtes bien trop énorme ! » Euh ... voilà ! Elle dit : « Ça sert à rien d'essayer les FIV, les machins parce que vous y arriverez pas ! » Comment on peut dire ça en étant infirmière ? C'est aberrant ! Mais ils le disent ! Et pis ... Alors peut-être qu'elle a pas totalement tort dans le fond. Enfin, y'a du vrai, y'a du faux mais surtout la diplomatie ! Euh ... y'en a pas ! C'est trop cru ! Les gens ... enfin je trouve, au niveau soignants, euh ... des fois c'est trop direct !

[Judith, 38 ans, secrétaire médicale, ETP depuis 4 ans]

*J'ai un gynéco, une fois il m'a regardé ... la première fois que je le voyais, je suis rentrée dans son bureau, je lui ai dit bonjour, je lui ai serré la main et il m'a regardé, il m'a fait : en dehors de votre obésité, y'a quoi qui cloche chez vous ?
On n'a pas envie de ça !*

[Delphine, 34 ans, comptable, ETP depuis 2 ans]

Voilà, ils viennent tout de suite vérifier, si au niveau de ta colonne vertébrale, on sent bien tes vertèbres parce qu'ils te disent que tu as beaucoup de graisse et que ça va être compliqué pour eux de piquer. On te renvoie tout de suite ça ! On te renvoie le fait que tu peux pas accoucher naturellement parce que vu ton poids tu vas vite faire, à l'effort, de l'hypertension.

[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

La construction de l'identité individuelle et de l'image corporelle, si elles sont intimement liées aux expériences sociales, dépendent aussi plus spécifiquement des interactions avec le corps médical qui détient le monopole de désigner la frontière entre le normal et le pathologique¹. La sociologie a déjà montré que ce gouvernement des corps agit différemment selon le genre puisque, « *habituees à consulter un gynécologue dès l'adolescence, et ce, dans une optique de contrôle, les femmes ont un rapport préventif à la médecine* »² où la santé est pensée par son négatif. Lorsque les soignants des services gynécologiques (médecins, infirmières, anesthésistes) considèrent le corps de ces femmes en surpoids comme pathologiques, ils légitiment la mise en place d'un omni-contrôle médical³ de leur santé et de leur corpulence, dont on sait que la réception est variable selon les classes sociales⁴. Mais les récits des patientes montrent que plus que la catégorisation de leur état comme risque médical, elles expérimentent une stigmatisation, une diminution de leur statut moral. Ceci dans des conditions particulièrement humiliantes puisque les consultations gynécologiques imposent une nudité où le stigmate corporel, n'ayant aucune chance d'être dissimulé, prive leurs porteuses de toute possibilité de contrôle pour que le discréditable ne soit pas discrédité. Dans le cas de consultations dans le cadre d'un projet de maternité, cet étiquetage naturalisant (puisque scientifique) de leur anormalité corporelle ne les dépossède⁵ pas simplement du « poids vécu » (longuement rapporté ci-dessus) mais jette le doute sur leurs capacités biologiques à porter un enfant ou à le mettre au monde. « Constats évidents » dont Judith et Marie révèlent toute la violence.

¹ Canguilhem G. (1943), *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France.

² Cousteaux A.S. (2011), *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de Chenu A., Institut d'études politiques de Paris - Sciences Po, p.197.

³ Foucault M. (1976), *Histoire de la sexualité 1 : La Volonté de savoir*, Paris, Galimard.

⁴ Boltanski L. (1971), « Les usages sociaux du corps. », art. cité.

⁵ Référence à « l'expropriation médicale de la santé » mise en avant par Ivan Illich dans son analyse de la médecine moderne. Illich I. (1975), *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil.

Les interférences produites par l'adiposité de ces femmes se jouent également dans d'autres scènes médicales. Dans le cas de traitements du surpoids, certaines patientes décrivent une pression empreinte d'infantilisation :

L'acupuncteur lorsqu'il y avait pas eu les 4 kilos, c'était pas bien ! Dès qu'il n'y avait plus de perte, parce que, lui, il fallait perdre un kilo par semaine. Dès qu'il n'y avait plus de perte, rebelotte ! Re-sachets et re-aliments interdits. Un peu comme si je pourrais jamais faire sans ses sachets ...

[Suzy, 33 ans, orthophoniste, fin de parcours pré-opératoire]

[Mésothérapeute¹] Et puis un jour, je sais plus pourquoi, j'avais repris un ou deux kilos, je retourne chez lui, il m'a dit : c'est pas bien. Il m'avait rouspétée ! Alors moi c'est une chose qu'il faut pas : me reprocher, me rouspéter ! Alors je me suis dit : ben c'est comme ça ... Ben voilà ! Si c'est pour se faire rouspéter, c'est même pas la peine ! Et puis j'y suis jamais retournée !

[Jacqueline, 55 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

L'acupuncteur que consulte Suzy est soumis à une obligation de résultats puisqu'elle le consulte pour maigrir. Aussi, lorsque les objectifs chiffrés ne sont pas atteints (- 1 kilo par semaine) c'est l'efficacité du suivi qui peut être remise en cause, notamment celle des fameux sachets. Dans le contexte d'un marché de l'amaigrissement concurrentiel, ce médecin a autant intérêt que Suzy à ce qu'elle maigrisse. L'enjeu est de lui prouver que sa méthode est la bonne. D'où le repli systématique sur le produit qu'il vend qui, en revêtant un caractère quasi-magique, dépossède Suzy de son pouvoir d'agir sur son poids, tout en intensifiant son propre devoir de réagir favorablement à la formule qui lui est vendue. Après quelques temps, lorsque le doute s'installe, elle rompt l'alliance tacite établie entre eux : elle veut maigrir sans sachet, lui a intérêt à ce que ce soient eux qui agissent sur sa perte pondérale. Mais contester cette prescription revient à tenter d'inverser la relation de domination. Entreprise qui, pour être légitime, exige que Suzy apporte, par corps, la preuve de son bien-fondé. Dès lors lorsque le pacte des quatre kilos mensuels n'est pas rempli, l'acupuncteur a tous pouvoirs pour pointer le coût de cette bravade en lui assénant des reproches laissant entendre que son comportement est désajusté. Déséquilibre de la relation thérapeutique au profit d'une infantilisation insupportable, qui se joue également lorsque la technique proposée par le mésothérapeute est fragilisée par les un ou deux kilos repris par Jacqueline, et qui pousse ces deux patientes à mettre un terme à leur suivi.

¹ Médecin généraliste spécialisé dans une technique qui consiste à injecter des doses infimes de médicaments sous le derme. Dans le cas d'un objectif de perte de poids, ce traitement est accompagné d'un régime alimentaire.

Dans le second cas, lorsque la corpulence n'est pas à l'origine des consultations médicales, la relation médecin-patient est régulièrement aux prises avec les représentations qui construisent l'obésité comme le symptôme d'une amoralité. Les professionnels de santé, à la fois entrepreneurs de morale et prescripteurs, c'est-à-dire « *en position de tenir un discours professionnel légitime sur le corps* »¹, en renvoyant de manière abrupte aux actrices leur culpabilité, peuvent faire preuve d'un mépris social qui avalise le traitement moral du surpoids :

R : Quand j'ai eu des petits accidents comme la rupture de mon tendon d'Achille en 2004 où là j'ai dû être plâtrée et ma jambe s'est mis à gonfler parce que le plâtre était trop serré. Et j'ai dû retourner voir le professeur qui m'avait plâtrée et il m'a dit du genre : ben non, je vois pas vraiment de changement par rapport à d'habitude. Donc ça voulait dire ... voilà, ce que ça voulait dire. Donc je lui ai dit quand-même que ma jambe avait gonflé et me faisait mal, il m'a dit : bon, mais bon dans votre situation on voit pas trop la différence !

Q : Et vous, ça vous fait quoi d'entendre une phrase pareille ?

R : Ben ça me rendait triste, forcément. Donc il m'a changé mon plâtre et puis après ça c'est très bien passé mais sur le coup ... ça arrange pas la dépression, quoi.!

[Nathalie, 53 ans, secrétaire en invalidité, ETP depuis 1 an]

Ils vont pas avec le dos de la cuillère, des fois ! Ils sont assez crus, hein ! J'ai eu un endocrinologue avec lequel ça n'a pas passé du tout ! Euh ... il dit : « Ben c'est de votre faute si vous en êtes là ! ». Et il allait pas plus loin. Et moi ça m'a choqué. Je ... il était assez abrupt dans ses réponses. Je le trouvais, comment dire ? euh ... assez dédaigneux.

[Judith, 38 ans, secrétaire médicale, ETP depuis 4 ans]

Quand t'es obèse, quoi qu'il arrive t'as pas le droit de te plaindre. A part la grippe, où que t'aies mal c'est toujours de ta faute. Une fois qu'on a compris ça ...

[Elodie, 32 ans, sans emploi, opérée depuis 8 ans]

Le milieu médical a quand même tendance à nous renvoyer, très régulièrement notre obésité comme étant une responsabilité de notre part.

[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

Parce qu'on les considère comme incapables d'exercer la responsabilité personnelle qui est au cœur de l'idéologie médicale, et parce qu'elles sont perçues comme des dangers pour elles-mêmes, la stigmatisation peut définir l'activité de soin. Ces femmes y perdent toute crédibilité pour décrire leurs maux (la tumescence de la jambe de Nathalie n'est pas provoquée par la compression du plâtre, elle est naturelle) ainsi que toute démarche étiologique pour comprendre leurs symptômes puisqu'ils sont nécessairement le fruit de leur comportement amoral (Elodie et Judith sont responsables de leurs maux). Cependant, l'analyse croisée des récits montre que ces attitudes des médecins, à l'égard de ces femmes, n'est pas le simple signe

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit., p.112.

qu'ils sont les détenteurs du monopole de la violence légitime à adresser à celles dont la corpulence fait scandale. Hostilité, refus d'écoute et parfois ajournement de soins révèlent également que les patients obèses sont un danger pour ceux qui « travaillent à guérir »¹ :

Je suis tombée sur le gastroentérologue, ils avaient une écho du foie à faire, et il m'a dit : bon faudra aller voir le radiologue parce que les personnes comme vous, j'y arrive pas. Texto !

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

Des fois ils disent on voit pas parce qu'il y a trop de graisse !

[Fabienne, 43 ans, cheffe de service éducatif, opérée depuis 19 ans]

Plein de médecins nous disent qu'on est des personnes à risques et que pour des médecins c'est un peu flippant.

[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

La sur-morbidité de l'obésité autant que l'inadaptation du matériel médical (aiguilles pas suffisamment longues, échographes pas suffisamment puissants, ...), et la probable perte de repères anatomiques (« *on voit pas* »), paraissent être une mise à l'épreuve des professionnels de santé. Ils courent le risque de ne pas réussir à honorer leur mandat et ainsi de fragiliser le monopole d'expertise médicale dont ils disposent, ou en tout cas la notoriété qui lui est adjointe. Anxiogènes, ces éléments semblent pertinents pour comprendre la tension qui s'installe lors des auscultations. Il n'en demeure pas moins qu'ils scellent la déviance des patientes, dont on peut supposer que leur abnégation (« *peut-être qu'elle a pas totalement tort dans le fond* », « *on est des personnes à risques et que pour des médecins c'est un peu flippant* ») en est l'indice : c'est bien leur corps qui n'est pas ce qu'il devrait être et qui met les soignants dans une posture difficile.

Quoiqu'il en soit, comme le remarque le docteur Bernard Waysfeld², pour une part des professionnels de santé, « *l'obèse a toujours l'image du gourmand qui s'adonne à une jouissance solitaire, d'une personne qui se place en dehors du circuit des adultes sur un mode régressif* »³. Autrement dit, « *le surpoids étant interprété comme un indice incorporé de « personnalité » individuelle* »⁴, ces soignants, lorsqu'ils interagissent avec cette patientèle,

¹ Terminologie empruntée à Anne Chantal Hardy. **Hardy A.C. (2013)**, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, op. cit.

² Psychiatre et nutritionniste, membre du conseil scientifique du GROS.

³ **Prijent A.**, « La «grossophobie» des soignants, un obstacle à la prise en charge des patients obèses », *Le Figaro*, 16 février 2019.

⁴ **Vandebroeck D. (2015)**, « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique. », art. cité, p.17.

dévient de toute convention sociale, la diplomatie cédant la place à une violence verbale avalisant le traitement social du stigmaté pondéral :

Mais c'était toujours : oui ben avec vous c'est plus difficile ou ... alors certainement, fallait peut-être appuyer un peu plus, y'avait peut-être plus de graisse entre ... mais c'était la façon de parler, quoi ! Les personnes comme vous c'est pas possible !

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

Confrontées à des situations de soins difficiles, de nombreuses patientes développent une relation méfiante avec le corps médical, voire de crainte :

Je sais pas si toutes les personnes en situation d'obésité peuvent dire la même chose, mais moi vis-à-vis du monde médical, c'était déjà compliqué, je pense qu'on est nombreux dans ce cas-là.

[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

Ces sentiments peuvent, sur le temps de la consultation, s'exprimer différemment selon les ressources détenues. Pour les actrices les mieux dotées et qui partagent également une proximité professionnelle avec les soignants (c'est notamment le cas de Suzy (orthophoniste), de Judith (secrétaire médicale) ou de Marie (éducatrice-spécialisée)), le diagnostic, comme le traitement, peuvent faire l'objet de bravades, ou *a minima* d'une conviction que la façon de faire, de dire, n'est pas justifiée. Les femmes plus éloignées, tant socialement que professionnellement, des praticiens (Jacqueline (assistante maternelle) ou encore Nathalie (secrétaire en invalidité depuis plus de 20 ans)), semblent plus enclines à subir la domination, se repliant dans le découragement ou la colère sourde (« *alors moi c'est une chose qu'il faut pas : me reprocher, me rouspéter !* »). Dans tous les cas, à l'issue de la consultation, toutes mettent un terme à leur suivi. Cette altération de l'alliance thérapeutique est observée par Anne Sophie Joly, présidente du CNAO¹, comme un risque majeur de sortie du système de soin : « *ça peut être la blessure supplémentaire qui fait qu'on va sortir du système de soins. Et là, ça, c'est juste pas possible. Et pour revenir, après, au système de soins, ça va être soit le pharmacien ou soit le médecin généraliste, où on va aller en consultation pour son enfant, mais pas pour soi. Parce que, de toutes façons, on n'a pas envie de se reprendre des insultes ou des moqueries supplémentaires.* »²

¹ Collectif national d'associations d'obèses.

² **Tellier A.M. (2015)**, « Obésité, la médecine dans la balance », Pulsations.
<https://www.youtube.com/watch?v=ojhRr1Fbq5M>

Le plus souvent, la rudesse des propos des médecins est d'autant plus incompréhensible que, dans la majorité des cas, ils ne sont suivis d'aucun conseil ou de proposition d'adressage à un spécialiste pour perdre ce poids, pourtant clairement pointé comme pathologique, laissant les patientes avec un sentiment de fatalité :

Sincèrement tout le monde s'en fout, hein ! On te dit juste que t'es en surpoids mais on va pas pour autant te proposer d'aller voir quelqu'un, rien du tout.
[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Donc de toutes façons, mon obésité n'était pas considérée mais plutôt renvoyée comme une tare et comme un truc, que de toute façon, on peut rien pour toi, quoi !
[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

Si toutes les femmes du *corpus* ne font pas ce type de récit, le fait que les hommes n'évoquent pas ces expériences est probablement lié aux écarts de consommation médicale selon le genre. D'ailleurs seul Gérard décrit un recours assidu aux médecins depuis son accident du travail survenu neuf ans plus tôt. Les contacts avec le corps médical des autres patients sont principalement faits de situations d'urgences qui imposent une hospitalisation, au principe résumé par Patrick : « *je vais voir mon médecin, alors le moins souvent possible !* ». Plus que des consultations plus tardives et plus rares, les recherches en sciences sociales ont également montré que les représentations sociales liées au genre (associant la féminité à une fragilité, une sensibilité ; la masculinité à une résistance au mal, une prise de risques) influencent la relation que les soignants ont avec les patients¹. Les données exposées ultérieurement montrent d'ailleurs, qu'effectivement, les « obésologues » envisagent différemment l'obésité selon qu'elle soit masculine ou féminine. Dès lors, sous réserve d'une enquête approfondie à ce sujet, l'on peut supposer que les professionnels de santé, fréquentés en amont d'une prise en charge spécialisée dans l'« obésologie », ne s'y prennent pas de la même manière pour pointer la problématique du surpoids selon que le patient soit un homme ou une femme. Dans le même temps, la socialisation différenciée agit certainement sur la réception des remarques médicales dont Freddy est le seul à faire état à ce stade des biographies :

¹ Dans ses travaux, Anne Sophie Cousteaux rappelle notamment que les symptômes de maladies cardiaques sont moins fréquemment recherchés chez les femmes alors qu'il leur est d'avantage prescrit de psychotropes en cas de maladie psychiatrique. « *Par conséquent, le traitement médical différentiel des hommes et des femmes ne se fait pas en faveur ou au détriment d'un sexe en particulier mais se révèle conforme à la morbidité différentielle des hommes et des femmes ou plutôt aux représentations que le corps médical se fait de ces différences de santé.* »
Cousteaux A.S. (2011), *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, op. cit., p.243.

Un médecin m'avait envoyé balader parce que j'étais trop obèse pour lui et il m'a fait la morale, quoi. Mais bon, je m'en suis pas préoccupé.

[Freddy, 34 ans, sans emploi, ETP depuis 1 ans]

Parce que les codes sociaux de genre, leurs enjeux identitaires et interactionnels, ne sont pas les mêmes, au même titre que la stigmatisation sociale du surpoids est rapportée différemment par les hommes, il semble probable que les admonestations médicales ne prennent pas le même sens que pour les femmes. En tout cas jusqu'à ce que les médecins ne brandissent l'excès de poids comme un risque vital, c'est ce qui sera traité dans le second chapitre. Quant aux femmes, 13 d'entre elles (sur 24) ont été confrontées, de manière plus ou moins récurrente, à la violence d'une médecine qui, en semblant mal s'accommoder de leur adiposité, avilisse leur corporéité autant qu'elle avalise les risques à demeurer ainsi. Pour conclure sur cette thématique, ce n'est sans doute pas un hasard que parmi les 11 autres femmes figurent les plus âgées du *corpus* (ne pouvant plus correspondre aux canons esthétiques et médicaux qui idéalisent jeunesse et minceur¹, leur surcharge pondérale est une marque supplémentaire du processus d'un corps qui se défait inaltérablement²), ainsi que celles dont l'obésité est iatrogène et à qui la prochaine sous-section se consacre.

1.4 Fabrications médicales de l'obésité : quand se soigner fait grossir.

« Je suis rentrée à l'hôpital, j'expliquais que j'entendais des voix donc du coup j'ai commencé à voir un psychiatre et donc du coup ils m'ont mis sous traitement. Genre des hallucinations auditives, des trucs comme ça. Donc j'ai commencé à prendre le traitement. Donc maintenant je sais que ces médicaments-là font manger et dormir. Même avec là, mon médecin, le psychiatre que je vois toujours, me dit : c'est sûr que ça donne la sensation d'avoir toujours faim mais il faut savoir maîtriser. »

[Laurence, 36 ans, sans emploi, ETP depuis 3 ans]

¹ « Dans la relégation sociale plus ou moins feutrée qui distingue la vieillesse et la met à l'écart de la sociabilité ordinaire, on discerne en effet le travail social d'une marque. La personne âgée porte parfois son corps à la manière d'un stigmaté », **Le Breton D. (1990)**, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France, p.209.

² Pendant que les données épidémiologiques montrent que l'obésité s'aggrave à mesure que l'âge augmente, la HAS recommande de circonscrire le recours à la chirurgie bariatrique à la population âgée de moins de 60 ans.

La part non négligeable d'enquêtés qui décrit une adiposité iatrogène (cinq sur 32) nécessite qu'une section soit consacrée à l'analyse de leurs trajectoires. Souvent circonscrite, par le corps médical, aux seules restrictions cognitives, les autres formes de iatrogénèse de l'obésité semblent provoquer une réticence chez les praticiens. Et, lorsqu'ils admettent que certains médicaments (notamment les corticostéroïdes¹, les antidépresseurs, les neuroleptiques² et certains traitement antiépileptiques) peuvent causer un gain de poids, ils recommandent avant tout à leurs patients une hygiène de vie d'autant plus stricte pour contrôler ces effets secondaires. C'est ce que l'on observe dans les propos du psychiatre, relatés ci-dessus par Laurence. Les « obésologues » rencontrés vont également dans ce sens. Lorsque cette thématique est abordée (lors de réunions d'équipe ou des entretiens ethnographiques), ils sont unanimes pour admettre l'éventualité que certaines molécules modifient les sensations de faim et de satiété. Ce problème a sa solution toute trouvée, puisqu'il suffit d'une hygiène de vie alliant diététique et activité physique, pour éviter une augmentation pondérale. Mais qu'en est-il vraiment pour ces patients qui découvrent que se soigner produit des effets secondaires indésirables sur leur corps ? Lorsqu'ils sont préoccupés par une maladie (ici psychiatrique ou hépatique) qui les asservit « à une dualité qui oppose le sujet à son corps et le rend sous la dépendance de ce dernier »³ sont-ils réellement en posture d'envisager leur morphologie comme une urgence ? L'asthénie, que provoquent la dépression, la décompensation psychotique ou une greffe d'organe, leurs traitements pharmacologiques et leur institutionnalisation hospitalière, sont-ils réellement compatibles avec un souci de maîtrise de la mesure pondérale ? Et lorsque c'est le cas, les soignants qui travaillent à stabiliser un état psychique ou à lutter contre un rejet de greffe, sont-ils disponibles pour accompagner cette volonté ? Autrement dit que se passe-t-il concrètement après que le prescripteur ait déclaré « *il faut savoir se maîtriser* » ? Que fait le soin qui fait grossir aux carrières de patients, aux manières de penser les autres et de se penser soi-même ?

Parmi les cinq enquêtés concernés par une obésité iatrogène, quatre font, ou ont fait, l'expérience d'une prise en charge psychiatrique, la cinquième a subi une greffe du foie cinq ans avant son intégration à un programme de prise en charge « obésologique ». L'analyse croisée de la construction rétrospective de leurs récits de vie est précieuse pour comprendre ce

¹ Médicaments stéroïdiens prescrits dans le cas d'une pluralité de maladies inflammatoires. Ils agissent sur une diversité de mécanismes physiologiques tels que le processus d'inflammation, le système immunitaire ou encore le métabolisme des glucides.

² Médicaments psychotropes prescrits afin de contrôler et de réduire les effets de troubles psychiques. Ils agissent plus particulièrement sur les neurotransmetteurs.

³ Le Breton D. (1990), *Anthropologie du corps et modernité*, op. cit., p.211.

qui, à la fois les distingue des autres enquêtés, mais aussi ce qui ne varie pas tant que ça dans la fabrication des « identités obèses ».

Laurence, âgée de 36 ans, d'origine ivoirienne, est réfugiée en France depuis 2004. Arrivée sur le territoire français en compagnie de sa fille et de ses parents, elle souffre de troubles post-traumatiques, notamment des hallucinations auditives, pour lesquelles elle est rapidement prise en charge en secteur psychiatrique. En un mois d'hospitalisation à temps complet, elle prend 10 kilos. Sous neuroleptiques pendant les deux années suivantes, son ascension pondérale se poursuit progressivement en raison d'un état de somnolence et de fringales récurrentes. Inquiet de sa transformation morphologique, son père calcule son IMC et l'informe qu'elle est en surpoids. Ce que le psychiatre qui la suit confirme, en lui expliquant que le traitement médicamenteux qu'elle prend dérègle l'appétit et nécessite de se maîtriser pour ne pas prendre de poids. Inquiète de cette emprise de la pharmacopée sur sa volonté, Laurence arrête de prendre ses médicaments et s'engage dans une phase anorexique (« *j'avais commencé par faire un régime, je mangeais de moins en moins jusqu'à ce que je mange plus du tout* ») qui lui fait perdre plus que la surcharge pondérale acquise. Le regain de ces hallucinations la réoriente vers les services de psychiatrie où la prescription de neuroleptiques s'accompagne de démarches administratives pour qu'elle soit reconnue en qualité de travailleuse handicapée. A l'instar de ce que montre Romuald Bodin¹, cette labellisation finit de la déposséder de son parcours puisqu'à ce titre les services de Pôle emploi confient son dossier à un prestataire spécialisé dans l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap (« *Je pouvais pas non plus dire non. J'étais obligée, quoi.* ») dans le cadre d'une Prestation d'appuis spécifiques (PAS)². Après six ans de chômage ponctué par un accompagnement en Centre médico-psychologique (CMP) et un poids qui a plus que doublé, résolue à ce que le coût de la préservation de sa santé psychique ne soit pas définitivement une morphologie qu'elle juge aussi disgracieuse (« *je pouvais plus mettre de jolies chaussures, celles qu'on attache, et puis la taille des vêtements, quand on les enlève, ça fait quand-même énorme* ») qu'handicapante (« *j'avais beaucoup de mal à faire des gestes quotidiens* »), elle sollicite son médecin traitant pour qu'il l'aide à maigrir. C'est ainsi que sa carrière médicale

¹ **Bodin R (2018)**, *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, Paris, La dispute.

² Service mis en place dans le cadre de la loi de « non-discrimination au travail », du 11 février 2005, qui, sur prescription des organismes d'insertion professionnelle (Cap emploi, Pôle emploi, ...), propose un accompagnement des personnes en situation de handicap en même temps qu'une expertise auprès des employeurs sur les modes et techniques de compensation à mettre en place et à développer. Source : <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/prestations-specifiques-handicap>

s'étoffe d'un suivi complémentaire puisqu'il l'oriente vers le programme d'éducation thérapeutique du service A.

Armelle (53 ans) est titulaire d'un « BEP agent administratif », qu'elle n'a jamais utilisé au cours de sa trajectoire professionnelle puisqu'elle rejoint la ferme maraîchère familiale à l'issue de sa scolarité et y exerce toujours. Mariée à un agent de service des espaces verts, elle a deux filles, l'une animatrice dans le secteur de l'enfance, l'autre sans emploi. Si elle décrit un léger embonpoint depuis l'enfance, il y a dix ans, elle fait une grave dépression qui nécessite une prise en charge hospitalière et aboutit à une prise de poids conséquente. Rapidement, elle fait une première tentative d'amaigrissement en optant pour une cure d'une semaine dans un service d'endocrinologie. Le régime y est restrictif, et le suivi, proposé à l'issue, tout aussi strict et peu compatible avec son activité professionnelle et la culture somatique familiale :

*Le matin, un pain rond, comme ça et puis à midi, pas trop manger, le soir pareil.
Et pis faire du sport tous les jours mais moi j'ai pas le temps et pis je peux vous
dire qu'on en dépense alors faut plus manger que ça si on veut tenir, hein !*

[Armelle, 53 ans, maraîchère, ETP, depuis 4 ans]

Rapidement, les relations avec le médecin deviennent conflictuelles. Armelle met un terme au suivi et reprend le double du poids perdu. Pendant cinq ans, la consommation d'un traitement anti-dépresseur (qu'elle prend toujours au moment de l'enquête) ne fait qu'aggraver les choses. Gênée par sa corpulence dans ses activités de maraîchage (« *on peut plus se baisser* »), elle intègre le programme d'hospitalisation de cinq semaines, proposé par le service C. L'accompagnement qui lui est proposé correspond, cette fois-ci, à ces attentes tant dans son contenu que son organisation. La restriction, et ses règles, laisse la place à un travail sur les sensations alimentaires qui n'interdit pas de manger mais propose de le faire uniquement lorsque la faim est présente. L'hospitalisation, à raison de deux jours par semaine, lui laisse également l'opportunité de réorganiser son activité professionnelle sans que celle-ci ne pâtisse trop de ce nouvel engagement. Lorsque le programme arrive à échéance, Armelle n'a pas eu le temps d'apprendre à identifier les signaux de la faim, ni les sensations agréables¹ qui sont censées être associés à la satiété. Le programme est trop court pour qu'elle ait eu le temps de

¹ Référence, ici, au travail d'apprentissage qui fabrique les fumeurs de marijuana qui apprennent à reconnaître les effets agréables de la consommation de cannabis, les distinguant de ceux qui ne feront pas carrière au sein de ce groupe spécifique. **Becker H.S. (1985), *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance, Op. Cit.***

franchir les étapes de cette « *naturalisation somatique* »¹. Cet arrêt brutal la laisse sans repères. Convaincue que seule la contrainte extérieure d'un suivi médicalisé peut l'aider à maigrir, après quelques mois, elle recontacte la médecin du service C. Elle l'oriente vers le programme d'ETP du service A. Depuis, malgré de faibles résultats pondéraux (« *j'en ai perdu un peu mais ça fait le yoyo. C'est après moi que je suis pas contente.* »), c'est toujours dans cette crainte que « *le naturel revienne au galop* », qu'elle a enchaîné avec un second programme de trois ans. Elle en anticipe déjà le terme comme un danger, puisqu'elle redoute qu'il soit synonyme de son désinvestissement total. Ainsi, elle espère pouvoir, à son issue, pouvoir prolonger sa carrière médicale en bénéficiant, à nouveau, de l'hospitalisation de cinq semaines mais s'en remet totalement à l'institution médicale et ses représentants puisque « *ça va dépendre ce que va décider le docteur. C'est elle qui décide !* ».

Fille d'un agent de tri à La Poste et d'une institutrice, Nathalie (53 ans), après une première en lycée général, s'oriente vers un CAP « sténodactylo ». Elle épouse un électricien qualifié avec qui elle a trois enfants. Le décès de son père, lorsqu'elle est jeune adulte, est à l'origine d'une première dépression qui se traduit par l'amorce d'une prise de poids, et par l'enchaînement d'arrêts de travail qui aboutissent à un licenciement pour inaptitude. Cette seconde rupture biographique aggrave son état psychologique. En plus du traitement médicamenteux, elle bénéficie d'un suivi en CMP. Dans l'espoir d'une réorientation professionnelle, Nathalie tente de préparer un CAP « petite enfance » mais abandonne le projet en raison de ses absences répétées provoquées par l'aggravation de son apathie. Peu à peu, désocialisation, état de santé et antidépresseurs la conduisent à rompre la solidarité avec son propre corps. Une obésité importante s'installe et la rend dépendante de tiers dans un certain nombre d'actes de la vie quotidienne. Après huit ans d'un service d'aide à domicile orchestré par l'unité psychiatrique, une infirmière du CMP lui conseille de se faire hospitaliser dans un service spécialisé qui lui permettra de recouvrer un *minimum* d'autonomie. Pendant trois mois, Nathalie alterne semaines à l'hôpital et week-end à domicile. A sa sortie la recomposition d'une part de sa masse musculaire lui permet effectivement de se passer des services de l'infirmière qui lui rendait visite de façon bi-hebdomadaire :

¹ Terminologie empruntée à Etienne Bard lorsqu'il décrit le travail des diététiciennes qui recourent à cette méthode sur les sensations alimentaires, pensées comme naturelles, alors qu'elles sont socialement situées. En fonction de la socialisation antérieure des patients, l'apprentissage de ces compétences physiologiques peut-être contraint par des résistances culturelles qui exigent un apprentissage plus long, puisqu'il s'agit de transformer un rapport incorporé à soi. **Bard E. (2019), *Faire bon poids, bonne figure : sociologie des suivis diététiques en libéral, op. cit.***

Avant que j'y aille j'avais une infirmière qui venait deux fois par semaines pour prendre ma douche parce que j'étais incapable de le faire toute seule. Donc j'étais très dépendante, en fait. Et à partir du moment où y'a eu centre, j'ai pu prendre ma douche toute seule, mettre mes bas de contentions toute seule, enfin être beaucoup plus indépendante que je n'étais avant.

[Nathalie, 53 ans, secrétaire en invalidité, ETP depuis 1 an]

Diagnostiquée addicte à la nourriture et à l'alcool, et toujours assujettie au traitement qui lui est prescrit pour sa dépression, elle suit les conseils des « obésologues » et s'inscrit immédiatement au programme de cinq semaines. Cette fois-ci, une perte pondérale s'amorce. Elle reprend ainsi à son compte le diagnostic médical et suit à la lettre les prescriptions diététiques et d'activité physique. Pour plus de sûreté, et ainsi pouvoir rester dans une maîtrise de son équilibre énergétique (« *respecter les consignes de ce qu'on peut se permettre et ce qu'on ne doit pas se permettre* »), Nathalie choisit d'intégrer le programme ETP « *parce que quand on est seule dans la nature et qu'on n'a pas de contacts pour continuer le sport et ... et le régime et tout ça, c'est plus difficile de le faire tout seul.* » Le bénéfice envisagé de ce prolongement de carrière n'est pas simplement l'encadrement médical. Fréquenter des espaces dédiés à la prise en charge de l'obésité est également une occasion de rompre avec sa solitude en rencontrant des patients qui partagent la même expérience corporelle qu'elle.

D'origine populaire, Yoann (40 ans), technicien chauffagiste, est marié à une assistante maternelle. Il est au fait de l'obésité, de ses effets et de ses traitements, bien avant que lui-même ne prenne du poids, car sa mère et sa sœur ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique. Sa propre surcharge pondérale s'installe rapidement puisqu'il prend 20 kilos en 13 mois, à l'occasion d'un arrêt de travail qui survient dans un contexte de *burn-out*. Pendant cette période, il est suivi par un psychiatre qui lui prescrit des antidépresseurs. Profondément épuisé et démotivé il explique passer son temps à manger et dormir :

Je me levais le matin, je prenais mes médicaments, mon bol, mes tartines et deux heures après je redormais quatre heures. J'étais réveillé deux heures, je dormais quatre heures. Je mangeais le midi, je faisais que ça : manger, comme si on me gavait ! Un canard, pareil ! Tu manges, tu te reposes, aucune activité physique.

[Yoann, 40 ans, technicien chauffagiste, ETP depuis 2 ans]

Peu à peu, il se remet de sa dépression et reprend son activité professionnelle avec la ferme intention de ne plus se laisser acculer par l'intensité au travail imposée par ses supérieurs hiérarchiques. Dans le même temps, il développe une apnée du sommeil que ces médecins

associent à sa corpulence. Sur les conseils du pneumologue, il arrête de fumer et compense sa consommation tabagique par une alimentation dérégulée depuis sa mise au repos forcée :

En plus d'un an, j'ai vraiment pris de mauvaises habitudes. Déjà que les médicaments du psy me donnaient la fringale, mais là, le fait d'arrêter, je me suis vengé sur la nourriture. Donc c'est presque une baguette le matin. A midi on mange, un gouter, le soir rebelotte parce que j'avais plus de nicotine pour me calmer. Et voilà !

[Yoann, 40 ans, technicien chauffagiste, ETP depuis 2 ans]

Après deux années, où il prend cinq kilos par an et se voit diagnostiqué comme hypertendu, pendant que son épouse perd 45 kilos, à la suite d'un *bypass* qui la débarrasse également de son hypertension, Yoann décide qu'il est temps d'agir. Sa femme lui prend un rendez-vous au service A, afin qu'il entame un parcours préopératoire. Mais, entre-temps, la prise en charge de l'obésité s'y est recomposée. Pour être opéré, il doit suivre un programme d'éducation thérapeutique de trois ans.

De son côté, Dominique (54 ans) est aide-soignante, elle exerce, pendant 30 ans, en hématologie, au service des greffes. Ces années sont difficiles aussi bien professionnellement que personnellement. Les accompagnements au long cours de nombreux patients « à qui l'on s'attache » et qui meurent de pathologies lourdes constituent une charge mentale importante doublée d'un célibat qu'elle consacre à son frère handicapé qu'elle accueille chez elle lorsque l'état de santé de ses parents se dégrade. En surpoids depuis qu'elle est adulte, Dominique déclare un diabète à l'âge de 41 ans. Ce premier diagnostic l'inquiète immédiatement car son père et son frère jumeau, eux-mêmes diabétiques, ont connu de nombreuses complications, dont l'obésité. Elle est suivie par un diabétologue depuis cette époque, où contrôle de glycémie et injections d'insuline imposent une vigilance alimentaire permanente. Peu de temps après, un second diagnostic d'insuffisance rénale chronique intensifie sa carrière médicale puisqu'au suivi en diabétologie, s'ajoute celui en néphrologie. Son état de santé continuant de se dégrader, les examens médicaux révèlent qu'elle souffre d'une cirrhose hépatique. Celle-ci est d'emblée qualifiée de sévère et nécessite une greffe de foie. Depuis cette intervention, elle est en invalidité et suit un protocole médical astreignant. Coordonné par le centre de transplantation hépatique, il est fait de consultations annuelles avec une pluralité de spécialistes, d'un suivi régulier par un gastro-entérologue et d'une pharmacopée antirejet qui s'ajoute à celle déjà en place pour traiter diabète et insuffisance rénale. Cette fois-ci, malgré la réitération de s'astreindre à des mesures diététiques et d'hygiène de vie strictes, les consignes sont très difficiles à respecter. La conjonction des immunosuppresseurs et de l'hypoglycémie insulinique provoque des fringales

difficilement contrôlables. En trois ans, l'obésité qu'elle redoutait s'installe et l'image qu'elle a d'elle-même se dégrade. Cette dénarcissisation n'est pas seulement liée à sa corpulence qu'elle juge de plus en plus inesthétique et qui lui impose de nouvelles souffrances physiques, mais également au sentiment qu'elle ne prend pas soin de son greffon (« *pour moi, je mettais ce greffon en danger, à mes yeux, on n'a pas le droit de saccager une chose pareille* »). Après un an et demi de tentatives inefficaces pour limiter sa prise de poids, où Dominique remobilise des techniques qu'elle mettait en place lorsque son diabète n'était pas stabilisé (absorption de grandes quantités d'eau), elle est finalement adressée au service A. Vigilante à son alimentation et à son activité physique depuis de nombreuses années, elle compte sur l'expertise médicale pour que, cette fois-ci, la perte de poids soit réelle et durable, pour pouvoir « *prendre soin de ce corps étranger* ».

Brutalement dépossédés d'eux-mêmes par un trouble psychique ou métabolique, l'ascension pondérale de ces enquêtés se fait à l'abri des regards : exclusivement dans le cadre d'un repli domestique ou entre les murs d'institutions sanitaires ou médico-sociales, en dehors de toute autre scène sociale. Ce premier élément, croisé avec le fait que, malgré l'expression d'une iatrogénèse de leur maladie pondérale, aucun de ces enquêtés ne formule de grief, ni à l'encontre de la chimie, ni à celle des procédures d'isolement qui l'accompagne (psychiques et sociales), ni même à celle de leurs prescripteurs, fait émerger quelques pistes pour tenter de comprendre ce paradoxe d'une obésité au croisement d'une fatalité médicale (en tant qu'effet secondaire accepté) et d'une urgence thérapeutique (en tant que mal inacceptable).

Ce sont, en tout premier lieu, les positions de ces acteurs dans l'espace social qui paraissent fournir un premier facteur de réponse. Laurence, en plus de partager avec son père un déclassement professionnel (comptable en Côte d'Ivoire, ses qualifications ne sont pas reconnues en France ; de son côté, son père, ingénieur, n'accède qu'à des emplois précaires d'ouvrier), expérimente les effets de l'acculturation, gouvernée par l'institution psychiatrique et celle qui administre le handicap¹. Dominique, Nathalie et Armelle, elles, sont des femmes des catégories populaires. Pendant que Yoann, également positionné aux échelons inférieurs de la hiérarchie sociale, a une histoire familiale marquée par l'obésité (expérience qu'il partage avec Armelle) et sa médicalisation (vécu commun avec Dominique). Autant d'éléments qui assignent ces acteurs à des positions de dominés qui leur laissent d'emblée peu de latitudes pour s'inscrire dans une discussion critique des avis médicaux. La sociologie a déjà montré que cette position, si elle se traduit bien souvent par une consommation médicale plus curative que

¹ Bodin R (2018), *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, op. cit.

préventive¹, engage également (plus particulièrement les femmes²) à prendre à son propre compte les diagnostics. A côté de ces éléments qui permettent de comprendre les fondements de la docilité³ des patientes, il paraît plausible, dans le cas de Yoann, que l'expérience par procuration des effets des actes médicaux sur la santé de son épouse (pensés comme un mal pour un bien, puisque, malgré les nombreux effets secondaires, la chirurgie transforme sa femme : « *elle est redevenue comme quand j'ai commencé à la fréquenter. Elle a un indice de masse corporelle à 25, quoi ! C'est nickel !* ») participe à son adhésion aux prescriptions d'antidépresseurs et de retrait social. Pour tous, le rôle de malade exige une subordination à l'expertise médicale qui rend endurable que se soigner fasse grossir.

L'effet de ces *habitus* qui prédisposent ces acteurs à une remise de soi à l'institution médicale semble exacerbés par les conditions mêmes de cette procédure. Les traitements chimiques, qui inhibent de manière plus ou moins importante les fonctions cognitives ou immunitaires, sont doublés par un arrêt (momentané ou durable) des activités sociales, ou en tout cas une réorganisation de celles-ci autour de celle, devenue centrale, du soin. Pendant cette période, variable de 13 mois à 10 ans, quatre des enquêtés n'interagissent qu'avec des membres de leur famille, des soignants et éventuellement des travailleurs sociaux. Le réseau de Nathalie, lui aussi, finit par se resserrer puisqu'après 20 ans de carrière dépressive, la sévérité de son obésité l'assigne chez elle, avec des aides à domicile. Déplacés, dans la structure sociale, dans le groupe des malades chroniques, le traitement et la mise en scène du corps de ces enquêtés est ainsi réduit à son aspect médical. L'enjeu pour tous est de guérir, ou *a minima* de réduire les symptômes, de pathologies où la prise de poids est non seulement un effet secondaire du remède médical, mais aussi un mal secondaire, loin des priorités du moment. Dans le cas de Nathalie il faudra ainsi qu'elle soit en perte totale d'autonomie pour que son obésité devienne elle-même objet de soins curatifs. En attendant, ce sont des soins palliatifs qui sont mis en place. Un peu comme si son maintien dans une forme physique n'en valait pas vraiment la peine, ni à ses

¹ Boltanski L. (1971), « Les usages sociaux du corps. », art. cité.

² Cousteaux A.S. (2011), *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, op. cit.

³ Foucault M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, op. cit.

yeux, ni à ceux des soignants qui l'accompagnent¹. Dans celui de Laurence, l'arrêt dissident des médicaments inverse la pente pondérale mais aggrave les symptômes psychiques, la contraignant à céder aux prescriptions de neuroleptiques et par la même à abandonner, six ans durant, tout projet morphologique. Un peu comme si la rupture de solidarité avec sa corpulence s'imposait comme une condition de sa guérison. Ce n'est finalement que lorsque la morbidité de l'obésité devient trop coûteuse (pour leurs porteuses, comme pour le système de santé) que l'infirmière du CMP et le gastro-entérologue finissent par conseiller respectivement à Nathalie et Dominique (son greffon risque de ne pas supporter l'excès d'adiposité) de s'adresser à un service spécialisé pour traiter la pathologie pondérale. Laurence, Armelle, et Yoann, eux, ne sont pas orientés en ce sens par les professionnels de santé. Socialisés par une institution médicale qui compartimente le travail de guérison par affection, c'est « naturellement » qu'ils sollicitent les spécialistes attirés pour traiter un surpoids devenu insupportable.

Au fil de leurs carrières de patients, ces cinq enquêtés, dont la vie quotidienne est progressivement gouvernée par la consommation de soins médicaux, incorporent que les maladies chroniques dont ils souffrent exigent une autocontrainte soumise à l'autorité médicale, détentrice du monopole pour qualifier et traiter leurs afflictions, quitte à en déplacer le siège. Transformation à laquelle les professionnels du soin, là encore, seront les seuls légitimes pour formuler les réponses à apporter. A chaque pathologie son spécialiste. Ainsi se transforme la carte du monde de ces acteurs. Suivie simultanément par un diabétologue, un néphrologue, un gastro-entérologue, un chirurgien hépatobiliaire, une psychologue (pour sa greffe du foie), une diététicienne, un enseignant d'APA, une nutritionniste (pour son obésité), le travail de Dominique est devenu d'aider ces praticiens à la soigner, tout en sachant que l'espoir d'une guérison totale est vain. Yoann, lui, s'il aimerait pouvoir se passer des traitements qui s'accumulent depuis sa dépression, comme son épouse se passe d'hypotenseurs, considère que prendre une supplémentation à vie pour contrôler les effets de chirurgie bariatrique est un juste prix à payer. Nathalie et Armelle, résignées à être dépressives sous traitement, envisagent difficilement de mettre un terme à leurs carrières de patientes. Enfin, Laurence, entre traitement

¹ Processus conjoint de dévalorisation également constaté par Muriel Darmon dans ses travaux sur la prise en charge des patients qui ont subi un AVC (Accident vasculaire cérébral) : « *C'est l'infériorisation inhérente à la domination masculine qui expliquerait alors la moindre valeur des pertes et des rééducations féminines, manifestant ainsi le rôle de la causalité du probable dans l'avenir de genre – dans la mesure où la définition d'une perte comme étant de moindre valeur rend moins probable ou moins intense le travail collectif de son recouvrement. Les moindres récupérations des patients de classes populaires peuvent également être interprétées à la lumière des mêmes processus de valorisation : ils récupèrent moins bien parce que cela en vaut moins la peine, pour eux comme pour les professionnels, parce qu'on pense collectivement que cela en vaut moins la peine.* » **Darmon, M. (2021), Réparer les cerveaux : Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC, op. cit., p.202.**

psychiatrique et traitement obésologique, est suivie par des travailleurs sociaux pour ses activités extra-médicales (notamment professionnelles et sportives¹).

L'analyse de ces trajectoires établit que plus qu'une obésité iatrogène, l'activité thérapeutique lorsqu'elle s'adresse à des acteurs dont la « valeur sociale »² est amoindrie, aussi bien pour des raisons sociologiques (de classe, de genre et d'assignations ethno-raciales) que médicales (pathologie psychiatrique, dépression, cirrhose, obésité) implique une dépendance iatrogène. Reste alors à vérifier si cette pré-transformation de soi en malade chronique engage des variations entre cette catégorie de patients et les autres, dans l'appropriation des prescriptions obésologiques. C'est ce à quoi se consacrera le second chapitre de cette partie.

La comparaison des trajectoires qui précèdent les carrières de patients obèses fait apparaître que l'homogénéisation des manières de raconter³ les prises de poids se focalise, ici, sur les représentations largement véhiculées d'une population fatalement destinées à prendre du poids, puisqu'à la fois héritière de métabolismes moins performants⁴ et de techniques du

¹ Sur les conseils conjoints du CMP et de l'enseignant d'APA, Laurence est inscrite, depuis 2 ans, dans une association sportive qui propose des activités physiques adaptées aux personnes en situation de handicap et à celles dont la prise en charge médicale (notamment la rééducation) est arrivée à son terme.

² Référence aux travaux d'Anne Paillet qui synthétisent les apports de trois enquêtes américaines (traitement des malades en fin de vie dans des services de soins palliatifs pour Barney Glaser et Anselm Strauss en 1964, puis 1968, et David Sudnow en 1967 ; travail des équipes médicales dans les services d'urgences hospitalières pour Julius Roth, en 1972) pour comprendre les corrélations qu'il existe entre la variabilité des profils sociaux des patients et les variations des modes de prise en charge médicale. **Paillet, A. (2021)**, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins : Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth. », art. cité.

³ Muriel Darmon montre que cette construction curriculaire est façonnée par les représentations collectives qui sont associées aux différentes pathologies. En reprenant les travaux d'Anne Hawkins, elle rappelle que les maladies cardiaques sont, par exemple, bien souvent attachées à la volonté de convertir une vie de débauche en un projet salutaire (par l'adoption d'une hygiène digne de la seconde chance). Ses propres travaux révèlent que la trame narrative des AVC est, au contraire associée à un travail de récupération des aptitudes antérieures. **Darmon, M. (2021)**, *Réparer les cerveaux : Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, op. cit., pp.30-33.

⁴ Jean Pierre Poulain rappelle comment le discours officiel sur l'obésité la « présente comme le résultat d'une transformation des modes de vies, laquelle est supposée avoir déséquilibré le bilan énergétique de l'homme moderne. [...] De surcroît, la longue histoire de l'espèce humaine, sans doute plus souvent confrontée à des situations de manque que d'abondance, aurait pu contribuer à la sélection des individus disposant des caractères génétiques favorisant les capacités de stockage. Or, voilà qu'en situation d'abondance cette caractéristique, qui fut longtemps un avantage adaptatif, se retournerait contre l'espèce. L'inégalité génétique des individus en matière de rendement énergétique et de capacité de stockage expliquerait le développement différencié de l'obésité. » **Poulain J.P. (2009)**, *Sociologie de l'obésité*, op. cit., pp. 16-17.

corps socialement disqualifiées¹. Mais ces façons de situer les ascensions pondérales, en adéquation, ou en opposition, avec la présence d'une adiposité familiale ou longitudinale, sont également socialement différenciées selon le genre, la pente et la célérité des trajectoires sociales. Il est pourtant un point qui n'a été qu'effleuré jusque-là et qui mérite d'être approfondi selon le même parti pris méthodologique, au croisement des positions sociales et du passif médical : c'est celui de la pratique ou non de régimes alimentaires restrictifs. Désignés, par la communauté médicale, comme un facteur aggravant des risques d'une obésité indomptable, ils accompagnent quasi-systématiquement les récits des enquêtés, qu'ils y aient eu recours ou non. Voici un autre effet des discours hygiénistes sur les manières de se raconter lorsque l'on est désigné comme obèse, et qui mérite de s'y attarder.

II - Quand vouloir maigrir fait grossir : un *ethos* du contrôle trahit par une *hexis* corporelle.

La récurrence des régimes alimentaires dans le récit des acteurs qui prennent du poids témoigne qu'il existe bien une manière homogène et puissante de narrer cette transformation de soi. Homogène parce qu'excepté quelques rares patients, par ailleurs dans des situations de « désaffiliation »², tous évoquent cette pratique. Puissante parce que, qu'ils y aient eu recours ou non, de manière plus ou moins éclipique, parler d'entreprise restrictive paraît naturel dans la structure narrative de l'ascension pondérale. Un peu comme si le contrôle des ingestions alimentaires était une manière indispensable de se justifier lorsque les corpulences laissent supposer le contraire. Preuve que les acteurs en surpoids ont, non seulement incorporé la pensée dominante associant surcharge pondérale et « *laisser-aller* » et qu'ils s'identifient d'emblée comme des suspects. Un peu, aussi, comme si l'absence de cette pratique, ou son abandon, est en soi un facteur étiologique de l'anormalité pondérale. Preuve que l'étiquetage des individus

¹ Dieter Vandebroek, lui, rappelle que « *que pour ceux qui occupent les positions les plus précaires de l'espace social, le corps apparaît de plus en plus comme le lieu de l'une des plus pernicieuses formes de dépossession culturelle. Une dépossession, à la fois technique et symbolique, qui conduit les agents dominés à rompre la solidarité avec leur propre corps. Elle est symbolique, en ce sens qu'elle s'accompagne d'une dévaluation des principes qui régissent la perception et la gestion populaires du corps tout en imposant les schèmes dominants de l'aperception du corps. Elle est technique, en ce qu'elle disqualifie les techniques, instruments et savoir-faire pratiques utilisés par les agents dominés pour prendre soin de leur corps.* » Vandebroek D. (2015), « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique », art. cité, p. 38.

² Au sens de Robert Castel, c'est-à-dire inscrits dans des positions vulnérables et instables qui associent absence d'intégration sur le marché du travail et isolement relationnel. Castel R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard. C'est la cas de Natacha, dont la trajectoire est retracée plus haut, et de David (32 ans), scolarisé en SEGPA, puis reconnu travailleur handicapé, sans emploi et n'ayant pour seul interlocuteur, excepté les « obésologues » qui le suivent depuis trois ans, que sa mère qui vient à son domicile lui préparer ses repas.

obèses produit des identités coupables puisque, là encore, il faut se justifier de ne pas avoir tenté de maigrir ou d'avoir cessé de le faire¹. Au total, exceptées trois femmes (Natacha, Armelle et Elodie), seuls les huit hommes du *corpus* n'ont jamais mis en place ce type de tentative d'amaigrissement avant de s'engager dans un suivi médical de leur adiposité. Pendant que David n'en fait aucune mention et que Yoann, après 30 kilos pris en trois ans, se tourne immédiatement vers le corps médical pour corriger sa morphologie, il est intéressant d'observer que les six autres exposent spontanément ce fait, puis l'argumentent aussitôt. Raisons d'agir en adéquation avec ce que la sociologie a déjà montré des usages et rapports aux corps masculins. Entre recours à une intensification de la pratique sportive et une apparente mise à distance du problème tant que le surpoids ne contraint pas l'expression de la masculinité, la question du régime amaigrissant ne se pose pas. Pour autant, la rétrospection impose une explication qui montre que la socialisation en train de se faire, la réidentification en tant qu'acteur obèse transforme les *habitus* au point que culpabilité et regrets accompagnent ces constats. La tape que se donne sur la main Patrick lorsqu'il explique qu'en début de programme, il a parfois cédé à la tentation de manger quelques carrés de chocolat, ou la repentance qu'exprime Frédéric lorsqu'il évoque sa désinvolture passée à l'égard de son équilibre alimentaire, en sont des illustrations emblématiques. Si ces données présupposent que les modalités d'entrée dans les carrières de patients obèses varient selon le genre, autant que la remise de soi à l'institution médicale homogénéise la trame narrative de l'obésité, ces aspects seront plus amplement analysés ultérieurement. Ce qui préoccupe cette seconde section, ce sont précisément les pratiques de régimes restrictifs comme conditions préalables à l'orientation des trajectoires vers l'offre « obésologique ».

¹ Lorsque les enquêtés évoquent cette absence totale ou momentanée de régime alimentaire, ils accompagnent systématiquement cette parole d'un motif : « j'ai arrêté parce que ... », « je n'ai pas fait de régime parce que ... », souvent suivi d'une conséquence qui ne laisse aucun doute sur les raisons de leur surpoids : ce sont bien ces écarts qui ont scellé leur destin pondéral.

2.1 Faire un régime amaigrissant : raisons plurielles du gouvernement de soi.

« J'ai toujours été boulotte. C'était insupportable, surtout que moi j'étais quand-même un peu à la recherche de la perfection. Forcément quand on est enfant, on n'est pas prêt à recevoir tout ça et puis on sait surtout pas pourquoi on est comme ça et ce qu'on fait ! Enfin voilà ! Et du coup on récupère ça et on le met sur le dos de l'alimentation. Du coup, je me privais de bonbon ... Bref ... Alors on commence par supprimer les aliments sucrés, puis après on achète des produits lights mais comme ça suffit pas ben je suis vite passée aux régimes. »

[Judith, 38 ans, secrétaire médicale,
ETP depuis 4 ans]

Toutes positions et trajectoires confondues, 21 femmes sur 24 enquêtées ont mis en pratique les recommandations génériques qui enjoignent d'appliquer des règles diététiques pour gouverner sa corpulence. Rétrospectivement, comme Judith (citée ci-dessus), Thérèse et Marcelle (qui sont toutes vigilantes à leur alimentation afin de tenir à distance le risque « obésogénique » qu'incarnent leurs mères respectives), les récits de Clémentine (30 ans, assistante de direction)¹, d'Isabelle (50 ans, enseignante spécialisée)² ou de Delphine (34 ans, comptable)³ montrent également que le travail de mesure alimentaire précède le recours à un régime amaigrissant. Si l'attention à l'équilibre nutritionnel vise à se maintenir dans une apparence corporelle acceptable, le rationnement diététique, lui, a pour objectif de transformer les corpulences par une perte de poids. Pour autant, l'élargissement de l'analyse à l'ensemble des récits du *corpus* révèle que, plus le recours au régime strict se fait jeune, plus les raisons d'agir sont similaires à celles qui motivent la vigilance préventive. Dans les deux cas, le gouvernement de soi est avant tout une entreprise esthétique. Dans un contexte où, à la fois, les individus sont responsables de leur corpulence et où la valeur sociale des femmes est assujettie à des normes de minceur, prévenir ou corriger la surcharge pondérale est avant tout un travail qui vise à mettre en concordance corps réel et « corps désirable »⁴. Cet extrait de l'entretien de Marie en est emblématique :

¹ Suivie par une diététicienne dès l'âge de 7 ans.

² Qui explique avoir toujours eu une vision biaisée de sa corpulence : « Dans ma tête j'ai toujours été grosse. Alors quand je regarde des photos, à six ans ça va. Et pis même 18 ans je faisais 60 kilos donc j'étais pas grosse mais dans ma tête j'étais grosse ! ».

³ Dont la morphologie infantile est lue comme un risque pour l'*ethos* familial porté par sa grand-mère.

⁴ **Saint Pol (de) T. (2010)**, *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*, Paris, Presses universitaires de France.

Q : D'accord, et le premier régime, à 17 ans, qu'est ce qui le motive ?
R : Parce que ... Pour la séduction je pense. Parce que je, parce que j'avais pas de petit ami, parce que je me sentais pas jolie, parce que je me sentais pas séduisante et que je me disais que personne m'aimerait comme ça. Que j'étais trop grosse et puis je l'avais tellement entendu ...
[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

L'expérience d'un corps jugé trop éloigné de l'idéal de minceur féminin ne se limite pas à une insatisfaction intrinsèque où les femmes ont acquis, socialisation genrée faisant, que leur beauté, définie par la minceur, détermine leur capacité de séduction. « *Les exigences de qualification esthétique* »¹ se jouent également dans certaines scènes sociales, où ces actrices expérimentent le coût de leur déviance corporelle. C'est notamment le cas de Nadine et Nathalie qui vivent leur ascension pondérale comme une pénalité pour se maintenir dans leurs professions de secrétaire :

[20 ans avant l'entretien] *Je me suis présentée à un emploi de secrétaire d'accueil et on m'a clairement dit que j'avais pas le physique pour faire l'accueil.*
[Nathalie, 53 ans, secrétaire en invalidité, ETP depuis 1 an]

Dépossédées de leurs attributs féminins, et dans certains cas de leurs compétences professionnelles, le régime est conçu comme le moyen de se considérer et d'être reconnues en qualité de jeunes femmes responsables, soucieuses de leur apparence. La première technique d'amaigrissement varie alors selon les positions sociales des enquêtées. A mesure que l'on descend dans la hiérarchie des classes, l'initiation à la pratique restrictive se fait par l'intermédiaire de, ce que Muriel Darmon nomme, « *la littérature normative diététique* »². Il s'agit, soit d'appliquer des méthodes promues dans la presse féminine (généralement définies par le listage d'aliments autorisés ou interdits), soit de souscrire à des programmes clé en main (où le travail individuel de restriction calorique est évaluable par une communauté des souscripteurs ou par des diététiciennes). A l'inverse, plus ces femmes sont inscrites dans des positions intermédiaires (soit par héritage, soit par le biais de leur propre déplacement dans l'espace social), plus elles s'adressent spontanément à un professionnel de santé qui leur prescrit, mesures médicales à l'appui, une méthode d'amaigrissement. Selon les spécialités, celle-ci varie des seuls conseils hygiénico-diététiques (parfois doublés d'une médication) à des techniques thérapeutiques ciblées (acupuncture, mésothérapie). Dans tous les cas, ces

¹ **Moreno Pestaña J.L. (2015)**, « Souci du corps et identité professionnelle. Enquête sur les « jeux esthétiques » au travail et les troubles alimentaires. », art. cité, p.89.

² **Darmon M. (2008)**, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit., p.123.

méthodes produisent l'effet escompté, les patientes maigrissent. Arrivées à échéance, parce que celle-ci était prédéfinie ou parce que les patientes ont atteint leurs objectifs, ou sont suffisamment rassurées sur leurs capacités à se faire un corps, ses entreprises se soldent, dans un second temps, par une reprise de poids. C'est alors qu'arrive le temps d'autres tentatives qui finalement brouillent les primo-manières, socialement situées, de maigrir. « *La diffusion des normes et des techniques est tellement effective et répandue dans le cas de la diététique et du régime* »¹ que l'ensemble des enquêtées alternent les différentes techniques d'amaigrissement :

J'ai tout fait, hein ! Les sachets de poudre hyper protéinés. Ben là j'avais perdu 17 kilos en 2 mois je crois. Voilà, on mange que des sachets. Après j'ai fait un régime avec un médecin qu'avait d'autres sachets. Des sachets prescrits par un médecin ! Ça nous coûte les yeux de la tête et on a le droit de manger une tomate par jour, de la salade et des cornichons, un truc comme ça. [rires] Après ben j'ai fait beaucoup par moi-même où je savais voilà ... on sait ce qu'il faut supprimer dans un régime ! Mais après je faisais trop stricte. Après j'ai des diététiciennes qui essayent quand même de limiter le gras, pas de sucre. Et puis dès qu'on fait des écarts, petit à petit les mauvaises habitudes reviennent et puis c'est fini.

[Ariane, 37 ans, aide-soignante, opérée depuis 1 an]

Premier régime avec une diététicienne pourtant mais qui je pense a dû arrêter son travail parce que en fait j'ai perdu 10 kilos en 3 mois donc c'était chouette. Mais j'ai fini à 900 calories et quelques par jour. Donc régime restrictif plus, plus, plus et puis à 19 ans on a besoin de, enfin on peut pas avec 900 calories quand on fait de études et tout. Donc, reprise de poids et après ben j'ai enchainé, j'ai vu des nutritionnistes, des ... Et puis à chaque fois ... C'était toujours très restrictif finalement et du coup dès que je reprenais une alimentation un peu plus normale ça remontait. Et puis ça remonte avec du bonus. [...] J'ai essayé tout type de régimes, y compris ceux un peu à la mode qu'il ne faut pas forcément faire, comme Dukan. Voilà, j'en ai essayé plein. Le dernier c'était avec un acupuncteur.

[Suzy, 33 ans, orthophoniste, fin de parcours pré-opératoire]

Les récits d'Ariane et Suzy, dont les positions sociales et histoires pondérales, se situent aux extrêmes du *corpus* (lorsqu'il est resserré par ces variables de genre, de régime et d'âge), montrent la puissance du discours normatif sur l'uniformisation des pratiques d'amaigrissement, un peu « *comme si les enquêtées étaient violemment transformées par une institution totale pourtant absente, et quasiment recréée à partir de normes ou d'injonctions sociales plus ou moins diffuses* »². Comme les adolescentes anorexiques étudiées par Muriel Darmon, ces jeunes femmes ont incorporé le bon sens des apports caloriques : « *on sait ce qu'il faut supprimer dans un régime !* ». Ces récits montrent également que si maigrir est agréable (comme Suzy et Ariane, toutes les enquêtées associent spontanément ces expériences à des

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit., p.123.

² Darmon M. (2010), « Des jeunesses singulières. Sociologie de l'ascétisme juvénile », *Agora débats/jeunesses*, n° 56, p.53.

résultats pondéraux précis), tenir le régime est une contrainte exigeante, incompatible avec les dispositions acquises et les socialisations en train de se faire : « *ça nous coûte les yeux de la tête et on a le droit de manger une tomate par jour, de la salade et des cornichons* », « *on peut pas avec 900 calories quand on fait de études* ». Contrairement aux patientes anorexiques, ces jeunes femmes ne prennent pas goût aux sensations somatiques qui accompagnent la maîtrise calorique. Isabelle le résume en affirmant que « *maigrir c'est souffrir* ». Alors, lorsque les objectifs sont atteints ou que le poids stagne, le temps de la restriction s'arrête. Enfin un troisième élément majeur se dégage à la lecture de ces deux récits : arrêter est immédiatement sanctionné. Non seulement la courbe de poids repart à la hausse mais le résultat est majoré d'un *bonus*. Ne pas se prendre en main est alors trop insupportable pour que cela dure. C'est ainsi que les régimes s'enchaînent et construisent la culpabilité comme identité, puisque la majoration pondérale est une sanction « naturelle » de ne pas pouvoir tenir :

Et puis moi, les régimes, j'y arrivais pas, j'en ai essayé plein, j'ai perdu, je sais pas, peut-être 100 kilos avec mes régimes mais je reprenais ... Cumulé, tout le poids cumulé, au fil de ... oui depuis 10-15 ans, oui j'ai du perdre pas loin d'une centaine de kilos ! Mais j'ai jamais su tenir dans le temps.
[Ariane, 37 ans, aide-soignante, opérée depuis 1 an]

« *Ne pas savoir tenir dans le temps* », « *faire des écarts* » sont des expressions qui jalonnent les récits de toutes les enquêtées qui entreprennent, ou ont entrepris, jeunes, un travail d'amaigrissement. Modes d'appréhensions de la mise en pratique du contrôle alimentaire dont Olivier Schwartz¹ rappelle qu'ils sont socialement situés. Toutefois, ces jeunes femmes ne se résignent pas à abandonner leur destin au fatalisme corporel. Chaque tentative pour maigrir est suivie d'une autre. Modes de façonnements des corps qui s'étendent dans l'espace social vers les catégories les plus dominées où s'énonce « *une nouvelle légitimité du soin de soi* »². Dès lors l'*ethos* du contrôle n'est plus l'apanage des classes dominantes. Incorporé par les femmes issues des fractions inférieures de la hiérarchie sociale, ce processus cognitif entre en tension avec la qualification sociale que leur attribue leur double position de dominées (femme et classe³). Dépossédées du pouvoir de définir leur propre identité, de contrôler l'image de soi qu'elles renvoient, elles s'approprient les incompétences que leur prêtent les dominants (de genre et de classe) et se disqualifient entre chaque régime. Ainsi s'enchaînent les cures

¹ Schwartz O. (1990), *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, op. cit.

² Martin-Criado E. (2015), « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de familles des classes populaires. », art. Cité, p.81.

³ Voir Bourdieu P. (1977), « Une classe objet. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, art. cité ; Bourdieu P. (1998), *La domination masculine*, Paris, Points.

d'amaigrissement. Quant aux effets concrets de cette tension, ils sont abordés dans la section suivante.

Lorsque le surpoids traverse les âges, ou qu'il s'impose plus tardivement, faire un régime est d'abord motivé par des questions de santé. A côté de Dominique, dont la trajectoire a déjà été décrite et qui a été initiée aux régimes alimentaires par son diabétologue pour, ensuite, alterner surveillance médicale de son alimentation et auto-restrictions, au gré de sa carrière de malade chronique (diabète, insuffisance rénale et cirrhose hépatique), Jacqueline, Michèle et Raymonde, alertées par des problèmes de santé s'engagent dans la même voie. Les deux premières, en surpoids depuis l'enfance, n'ont eu de cesse de tenter de contrôler leur ascension pondérale, alternant périodes de régimes et de « lâcher prise ». En tension entre « *culture de l'honnête femme* »¹ et culture somatique de classe², l'insatisfaction produite par l'écart entre corpulence désirable et corpulence réelle se transforme progressivement en une réelle souffrance. Chaque phase de relâchement se traduit par une majoration pondérale qu'elles interprètent comme le signe de leur illégitimité à se faire un corps (sentiment d'autant plus prononcé que leurs histoires familiales sont marquées par un passif « obésogénique »). Puis, en vieillissant, ce sont l'apparition de comorbidités qui viennent donner corps à l'articulation entre fatalité corporelle et culpabilité. Les pathologies thyroïdiennes de Michèle, et respiratoires (apnée du sommeil et essoufflement à l'effort) de Jacqueline donnent une nouvelle dimension à la pratique cyclique des régimes : en plus d'être un impératif social, c'est un devoir de santé. Raymonde, si elle partage le même héritage et la même longitudinalité pondérale, fait un autre récit de ces expériences. Durablement résignée à son destin pondéral, qui ne fait que s'aggraver à chaque rupture biographique (décès, divorce, conflits avec ses enfants), c'est lorsque son adiposité devient un handicap physique, assorti des mêmes comorbidités respiratoires que Jacqueline, qu'elle identifie, rétrospectivement, le moment de la nécessité impérieuse de diètes amaigrissantes. Si Raymonde tient à distance toute raison esthétique de se mettre au régime, ce sont bien, comme pour les trois autres enquêtées, les injonctions à la maîtrise de soi au travers d'une alimentation saine, particulièrement adressées aux femmes³, qui construisent la nécessité de gouverner sa corpulence :

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit., p.123.

² Issus de familles d'ouvriers agricoles, les parents de Michèle sont respectivement coiffeur et aide-maternelle. Titulaire d'un Bac H, elle fait sa carrière au sein d'une collectivité territoriale où elle est devenue cheffe de projet informatique. Son conjoint est employé communal. Jacqueline, assistante maternelle, est mariée à un agent de maintenance en informatique (titulaire d'un CAP serrurerie). Son père et ses deux grands-pères sont ouvriers dans le secteur du bâtiment. Son propre parcours scolaire prend fin après le collège. D'abord femme de ménage, elle se consacre à la garde d'enfants dès la naissance de son premier fils.

³ Poulain J.P. (2002), *Manger aujourd'hui. Attitudes, comportements, normes et pratiques*, Paris, Privat.

R : L'important c'est la santé, hein ! Là j'avais vraiment trop de douleurs. Et pis toujours essoufflée. Alors régime ! Parce qu'en vieillissant, on sait bien que ça va pas s'arranger, alors vraiment, fallait que je surveille mon poids, ce que je mange.

Q : Vous avez fait un régime parce que vous étiez inquiète ?

R : Ben ouais, je voyais bien que je baissais. Avec l'apnée, j'avais un appareil. A force j'avais plus du tout le moral.

Q : Et ce régime, c'est quelqu'un qui vous l'a conseillé ?

R : Le premier ? Ah non ! C'est moi, j'ai enlevé tout ce que je sais qu'il faut enlever. Le problème c'est de tenir, alors on finit par craquer et là, bim ! Ça manque pas, ça grimpe ! Du coup après j'ai fait que ça : régime, pas régime, régime, les diététiciennes et tout. Mais, ben, toujours le même résultat, ça montait toujours et moi j'avais peur d'être vraiment malade parce que poids plus âge, on sait bien ça fait pas bon ménage !

[Raymonde, 65 ans, retraitée (ouvrière), opérée depuis 9 ans]

Au fait des discours nutritionnels de Santé publique, ces femmes, issues des catégories populaires, si elles sont plus ou moins disposées à les mettre en pratique pour se conformer aux injonctions esthétiques, savent « naturellement » ce qu'il faut faire lorsque leur vieillissement les met face aux comorbidités annoncées d'une adiposité excessive. Il s'agit à la fois de contraindre ces nouvelles pathologies, d'éviter qu'elles ne s'aggravent, mais également d'anticiper les effets combinés du vieillissement et du surpoids sur la santé, « *parce que poids plus âge, on sait bien, ça fait pas bon ménage* ». Sous réserve d'une enquête de plus grande ampleur, auprès d'un plus grand nombre de femmes en surpoids de longue date, qui entreprennent des cures amaigrissantes pour préserver leur santé, l'analyse de ces quatre récits permet de confirmer que ce ne sont pas simplement les interactions avec le corps médical qui construisent la perception morbide des corpulences mais bien le message médiatique diffus et permanent qui associe obésité et vieillissement physiologique, voire mortalité, précoces.

Encadré 16 : Journée européenne de l'obésité



Source : <https://cnao.fr/>

A l'instar de cette affiche éditée par le Collectif national des associations d'obèses (CNAO), dans le cadre de la première participation de la France aux journées européennes de l'obésité¹, en 2010, les messages de Santé publique visent à maîtriser les effets négatifs de l'obésité. En suggérant que la surcharge pondérale² est un risque pour la santé, ils « favorisent de fait la diffusion des modèles dominants de soins corporels dans les catégories dominées »³. Le message est d'autant plus puissant qu'il invoque un idéal universel de bonne santé (« *ma santé c'est ma vie et j'en prends soin* ») et qu'il s'appuie sur l'*artefact* qui associe neutralité objective et données chiffrées produites par des outils de mesures (le pèse-personne et le mètre-ruban). Averties officiellement des conséquences pathologiques de l'obésité et soumises aux normes conjointes de maîtrise de leur corpulence et de leur alimentation, elles-mêmes couplées au devoir de bonne santé, ces femmes alternent, là-encore, entre suivis médicaux et régimes grand public pour tenter de maigrir. L'absence d'une perte de poids significative, ou les majorations pondérales qui suivent ces périodes de diète, ne font alors que renforcer leur

¹ Ces journées organisées annuellement par l'Association européenne pour l'étude de l'obésité (EASO) réunissent des professionnels de santé, des acteurs de Santé publique et des associations de patients dans l'objectif d'améliorer la prévention et le traitement de l'obésité.

² Représentée sur l'affiche émise par le CNAO par la mise en scène de la mesure pondérale d'un individu réduit à son seul épigastre dont la prééminence annule la nécessité de laisser apparaître un indicateur chiffré pour prouver le surpoids. Le tour de taille représenté par le mètre-ruban déposé sur le cadran du pèse-personne fait alors office de preuve symbolique d'une adiposité excessive.

³ Vandebroecq D. (2015), « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique », art. cité, p.39.

culpabilité, modelant ainsi la perception de leur illégitimité corporelle, médicalement avérée puisque les comorbidités s'accumulent à mesure qu'elles vieillissent. Ainsi s'enchaînent les régimes et leurs contre-performances.

Entre souci esthétique et devoir de santé, contrôler son poids est une préoccupation qui jalonne les trajectoires de ces femmes ; concrétiser cet objectif par la restriction des quantités alimentaires s'impose comme une évidence. La diffusion de cette forme de gouvernement de soi féminin est tellement puissante qu'elle traverse quasiment tout l'espace social, ne laissant pour compte que quelques membres des catégories inscrites dans un processus de désaffiliation. Le pendant de cette certitude collective, qui établit que pour être désirable (esthétiquement et sanitaire) le corps des femmes doit être mince, et que cette conformité exige un contrôle des calories ingérées, est que l'excès pondéral enferme dans une illégitimité corporelle autant qu'il prouve l'incapacité à se gouverner soi-même. Ainsi, lorsque qu'après une perte de poids effective, l'arrêt d'un primo régime amaigrissant se solde par une majoration pondérale, la croyance en l'efficacité du contrôle de soi, pour réduire les écarts entre corps désirable et corps réel, impose un sentiment coupable. Ne pas avoir su faire de la restriction un mode de vie naturel ne peut se résoudre que dans une nouvelle tentative de diète. C'est alors une quête de la bonne méthode qui s'engage : celle qui saura corriger des dispositions qui contrarient le projet de « *se faire un corps* » conforme aux canons de la féminité. Spéculation dont les exigences s'intensifient avec l'âge, puisqu'au travail sur les apparences, s'ajoute celui de la prévention du vieillissement, où la ménopause¹ est annoncée comme d'emblée pathologique soit en termes de symptômes (parmi lesquels la prise de poids), soit en termes de risques (parmi lesquels l'obésité)².

¹ Olivier Lepiller rappelle que l'âge de la ménopause, associé, dans le sens commun, à des transformations indésirables du corps féminin, est envisagé par les femmes obèses, de plus de 45 ans, qui s'orientent vers la chirurgie bariatrique, « *comme une étape à laquelle il faut se préparer, soit parce qu'elle les rendrait plus vulnérables, notamment au niveau cardiovasculaire, soit parce qu'elle conduirait à une prise de poids et/ou compliquerait encore les efforts nécessaires pour en perdre.* » **Lepiller O. (2015)**, « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans. », art. cité, pp.248-249.

² **Charlap Cécile (2019)**, *La fabrique de la ménopause*, Paris, CNRS éditions.

2.2 Ne pas maigrir : effets pluriels de l'échec.

« J'ai fait Weight Watchers. Weight Watchers m'a fait beaucoup de mal. Alors beaucoup de mal au niveau du corps, beaucoup de mal psychologiquement. A l'époque, c'était l'époque où si vous repreniez un kilo, tout le monde vous huait ! On rentrait aux réunions, tout le monde passait sur la balance et l'animatrice annonçait tous ceux qui avaient repris du poids et les autres : Ouh ! Rien que d'en reparler j'en ai ... [mime des poils qui se hérissent]. Alors c'est vrai qu'au début tout va bien parce que comme on est dans la phase perte de poids, donc ... euh ... En fait on pense pas à tout ça mais quand on commence à stagner ... bon j'ai fait plus d'un an à stagner et puis ben reprendre du poids, quoi. Mais la huée des gens ça m'a complètement, ça m'a un peu détruit, même ! »

[Michèle, 61 ans, retraitée (cheffe de projet), opérée depuis 7 ans]

Bien avant de pousser les portes des institutions hospitalières spécialisées dans la correction des corpulences, la restriction des quantités alimentaires est une raison pratique, soumise à la morale qui diffuse les normes et injonctions sociales invitant les femmes à calibrer leur morphologie en usant de procédés « *gardiens du poids* »¹. Médicalement ou pharmacologiquement assistée, *coachée* par des animatrices de groupes commerciaux de l'amaigrissement, accompagnée d'un suivi individuel par une diététicienne, appuyée par la livraison de repas à domicile ou puisée dans des programmes minceurs (qui n'ont de cesse de renouveler le marché grand public de la diététique au gré des modes alimentaires), la technique pour maigrir consiste toujours à incorporer une contrainte alimentaire censée unifier des dispositions supposées plus ou moins enclines au régime de contrôle.

Sensibles aux normes qui légitiment les corps féminins (et le souci de soi qui lui est associé), ces actrices sont également convaincues que le régime amaigrissant est la clé pour corriger l'écart pondéral qui les accable dans leur projet corporel. Qu'elles aient vécu l'insatisfaction produite par le décalage entre corpulence désirable et corpulence réelle par procuration, ou qu'elles fassent cette expérience de manière solitaire, en rupture avec la biographie familiale, c'est réellement la nécessité de maigrir qui gouverne leur décision de s'astreindre à une maîtrise de leur alimentation. Résolution à se prendre en main qui, de fait,

¹Darmon M. (2010), « Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement. », *Revue d'études en agriculture et environnement*, p. 210.

implique, la croyance en l'illégitimité de leurs pratiques antérieures puisque, quelle que soit la formule choisie, il s'agit de corriger de « mauvaises habitudes » sanctionnées par un corps dévalorisé. Croyance en la justesse et la justice d'un dispositif d'auto-régulation des *habitus* qui finalement assigne ces femmes, toutes positions confondues, au rang de dominées, leur poids étant un symptôme de dépossession de toute culture, de tout style ou mode de vie, légitimes. Ce sont dans ces conditions, au croisement des injonctions collectives et de l'expérience subjective de la surcharge pondérale, que s'initient les cures diététiques. Entreprises de transformation de soi qui ont également en commun d'être systématiquement définies par une temporalité divisée en deux phases. La première, délimitée dans le temps, selon les termes du programme souscrit¹, vise à intérioriser de nouvelles pratiques qui ont vocation à être naturalisées et ainsi à être reproduites, voire perfectionnées, lors de la seconde phase qui, elle, doit se prolonger tout au long de la vie. Comme dans l'entreprise de transformation anorexique de soi, le régime amaigrissant a pour destin de s'invisibiliser en convertissant le labeur initialement produit pour se faire un corps (qui exige de corriger de mauvais usages culinaires), en un « *travail du leurre* », [...] *un ensemble de techniques destinées à rendre plus discrètes, voire à masquer, certaines pratiques dont la révélation à autrui pourrait mettre en péril le maintien de l'activité* ».² C'est-à-dire qu'après la phase d'apprentissage, de rééducation, le goût pour certaines catégories d'aliments, celui pour la mesure des nutriments, doivent devenir naturels, autant que la sensation somatique, qui décale les catégories du plaisir gustatif de la nourriture non-diététique vers des aliments nutritionnellement recommandés, pour se maintenir dans un corps sain et par conséquent mince. Là réside le « *travail du leurre* » puisqu'il s'agit, publiquement et intimement, de ne plus être au régime mais d'apprécier en soi ce nouveau mode alimentaire :

RMoi y'a des choses que j'ai pas à la maison, y'a des choses, je sais que je vais craquer, donc je les ai pas chez moi. Et puis en même temps, je me dis c'est pas plus mal, si c'est mauvais pour moi, c'est aussi mauvais pour mes enfants ! Par exemple le fromage, j'en achète plus. [...] C'est mieux comme ça.
[Véronique, 35 ans, aide-soignante, opérée depuis 2 ans]

R : Moi je me suis développée une véritable passion pour les soupes. Je suis passée des trucs de jeunes, bien gras [hamburgers, pizzas] aux soupes ! Tous les soirs, un bol de soupe, un yaourt ça me suffit ! Le Docteur s'est moquée de moi gentiment parce qu'en fait il ne faut pas ! Elle m'a dit : il faut que vous mettiez des protéines, une petite omelette. Mais ce n'était pas du tout dans mes habitudes et je sais qu'il va falloir que je m'oblige à rajouter de la protéine...

¹ Durée majoritairement assujettie aux conditions commerciales du contrat qui l'encadre.

² **Darmon M. (2008)**, « Déviances corporelles et classes sociales. », in **Mauger G. et al.** *Normes, déviances et insertions*, Genève, Seismo, p.152.

Q : Vous l'envisagez comment ce changement d'habitudes !

R : Oh ! Ça va pas être difficile ... Enfin au début, peut-être ... Mais après ... je suis bien passée des Mac Do aux soupes alors je peux bien passer de la soupe à ... Le souci de la soupe c'est que ça remplit l'estomac et qu'après la protéine on la mange pas. Et puis dans la soupe y'a pas beaucoup de féculents. Moi, elle m'a dit la soupe ce sera vraiment pour le plaisir et ce sera rien. Il vaut mieux manger de la protéine, des légumes et des féculents mais il faut toujours qu'il y ai de la place pour les protéines. Il faut s'habituer c'est tout. Et puis à force de se forcer, ça devient naturel !

[Suzy, 33 ans, orthophoniste, fin de parcours pré-opératoire]

En adoptant ce mode d'emploi, hérité des normes dominantes qui associent restriction alimentaire, minceur et bonne santé, ces femmes, des différentes fractions des classes populaires ou récemment hissées dans les catégories moyennes de la hiérarchie sociale, tentent de réformer leurs dispositions corporelles. Considéré comme un remède au surpoids, faire un régime est « *le fruit d'une volonté de conjurer le spectre du déclassement* »¹ ou de « *s'élever dans l'espace social des corps* »². Une fois l'objectif pondéral atteint, c'est précisément ce cadre interprétatif de la diététique qui rentre en conflit avec les cultures somatiques ou les modes de vie domestiques. Reprendre « *une alimentation normale* » est toujours mobilisé par les enquêtées comme l'issue d'une ascèse alimentaire vécue comme un rationnement. Sans que cela ne signifie un total retour aux pratiques culinaires antérieures (certains aliments demeurent interdits, d'autres, plus recommandables, continuent d'agrémenter les nouvelles manières de consommer) renouer avec certains plaisirs s'impose aussi bien socialement qu'intimement :

A l'apéritif, quand tu peux remanger comme tout le monde, sans compter, c'est quand-même plus agréable. Être en société sans avoir l'air de rechigner, c'est ... Bon après, faut quand-même faire un peu attention mais c'est plus discret que toujours « non, non, merci » ! Bon après faut quand même faire attention à la viande, à toute cette alimentation-là mais bon je veux dire, quand t'es en week-end, des choses comme ça, tu fais pas forcément attention, non plus donc à la finale, tu te fais quand même plaisir !

[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Moi mon truc, c'est le fromage. Ben je peux vous dire que le premier morceau après il a une saveur particulière. Et puis ça amène plein de choses le régime : la fatigue, la mauvaise humeur ... alors quand on peut remanger ce qu'on veut ça va quand-même mieux. Oh bien sûr faut pas tout reprendre, moi bien-sûr les sucreries c'est fini pour toujours à cause du diabète ! Et puis le fromage, c'est juste que faut pas en manger trop non plus, ça reste super gras, alors ...

[Dominique, 54 ans, aide-soignante en invalidité, ETP depuis 1 an]

¹ Depecker T. (2010), « Les cultures somatiques : usages du corps et diététique. », *Revue d'études en agriculture et environnement*, p.162.

² Darmon M. (2008), « Déviances corporelles et classes sociales. », art. cité, p.155.

Au final, si reprendre une alimentation normale permet de renouer avec certains plaisirs, ce n'est jamais ni tout à fait la réalité, ni un acte totalement dépourvu de maîtrise. « *Manger moins* » et « *manger sans* » sont des règles légitimes qui régissent le quotidien de ces femmes, loin du « *manger riche* » observé par Luc Boltanski¹ et Pierre Bourdieu² à propos des usages populaires de la nourriture, durant les années 60-70. Les aliments trop gras et trop sucrés représentent un réel danger pondéral et lorsque la reprise de poids s'installe c'est leur absorption qui est pointée du doigt ou, plus exactement, c'est la faiblesse d'y avoir succombé qui accable ces femmes. Une double conviction se met alors en place. Non seulement, leurs *habitus* alimentaires sont déviants. Soit parce que les manières de s'alimenter ne sont pas conformes aux normes du « *bien manger* ». Ce sont alors les horaires des repas, leur mise en scène et leur diversité qui sont visés, à l'instar de ce qu'énonce Isabelle (50 ans, enseignante spécialisée) : « *Le mieux c'est de manger de tout, en petite quantité, à horaire fixe, à table, pas devant la télé, et de prendre du plaisir !* ». Soit parce que les goûts alimentaires sont, en soi, pathologiques puisque trop éloignés des règles diététiques. Ce sont alors certains aliments de prédilection qui sont à bannir tant ils seraient spécifiquement nocifs dans leur cas. C'est ce que résume Fabienne (43 ans, cheffe de service éducatif) : « *rien qu'en regardant les gâteaux dans la vitrine du boulanger, je suis sûre que je prends du poids* ». Dans les deux cas, déprogrammer les *habitus* est aussi impératif que fastidieux. Le premier régime enseigne que quelques semaines ou quelques mois ne suffisent pas à la transformation de soi, et la sanction du lâcher-prise est sévère puisque c'est souvent le double du poids perdu qui est repris. Ainsi ces actrices s'engagent-elles dans des carrières de prospectrices de la méthode qui saura naturaliser une ascèse alimentaire suffisamment performante pour qu'elle les maintienne dans une corpulence acceptable. Des régimes solitaires glanés dans les magazines féminins à ceux *coachés* par des experts, en passant par la consommation de substituts de repas, quel que soit l'ordre des recettes employées, toutes confirment que seule la restriction fait maigrir puisque, à la perte de poids qui accompagne leur suivi, succède la majoration pondérale qui sanctionne leur interruption. Remèdes d'amaigrissement qui transforment graduellement les manières de se penser de ces femmes. Malgré une vigilance accrue de leur alimentation (chaque période restrictive resserrant durablement, voire définitivement, le champ des possibles du plaisir alimentaire), elles acquièrent la certitude de leur déviance, stigmate corporel à l'appui. Violence identitaire qui, loin de les pousser à un abandon de soi à leur destin pondéral (c'est cet acharnement qui les

¹ Boltanski L. (1971), « Les usages sociaux du corps. », art. cité.

² Bourdieu P. (1979), *La Distinction. Critique sociale du jugement*, op. cit.

conduit vers les centres spécialisés de l'obésité), se traduit par une réidentification dont les effets sur les manières d'appréhender les différents espaces sociaux, et les activités qui s'y jouent, varient selon les trajectoires.

A côté de Nathalie et Nadine, dont les échecs de maîtrise pondérale se doublent d'un licenciement de leurs postes de secrétaire¹, les amenant à expérimenter l'illégitimité de leur corpulence pour pouvoir prétendre à des emplois qui les mettraient en contact régulier avec la clientèle², d'autres femmes restreignent leurs activités professionnelles à mesure que leur stigmatisme pondéral s'aggrave. Pour Fabienne cela signifie renoncer à ses aspirations de devenir cheffe de service éducatif et à demeurer éducatrice spécialisée tant qu'elle n'est pas capable de prouver par corps sa bonne volonté culturelle à s'approprier les normes dominantes. Ariane, elle, met de côté son rêve de travailler aux urgences, où l'intensité du travail exige une performance physique dont elle est convaincue que son poids la prive. En attendant de pouvoir produire un corps durablement conforme à ses représentations des exigences d'un tel service, elle s'ennuie en EHPAD³ auprès de résidents et d'une équipe pensés comme éloignés des préoccupations d'excellence qu'elle associe aux urgentistes. Un peu comme si sa morphologie et son incapacité à tenir les régimes lui interdisaient, en qualité d'aide-soignante, de bénéficier du prestige associé à la médecine d'urgence⁴. Retenons également le cas de Michèle qui, même si elle ne contraint pas son ascension professionnelle⁵, explique comment, à mesure des échelons gravis, l'aggravation de son stigmatisme pondéral la met mal à l'aise pour tenir les fonctions de représentation inhérentes à ces nouvelles responsabilités, exigeant qu'elle mette en place des stratégies pour que son *hexis* corporelle ne discrédite pas son *ethos* professionnel :

R : Y'a qu'une chose qui me gênait, c'était de m'exposer... J'entends professionnellement, je ... quand on devait animer les réunions ... alors ce qui m'énervait c'est si je devais être debout devant tout le monde, ça c'était compliqué ! Donc souvent je faisais des power-point et je me mettais derrière le PC et je causais derrière, voilà !

¹ Licenciements exogènes au surpoids puisque motivés par une inaptitude liée à une dépression dans le cas de Nathalie et par des raisons économiques dans le cas de Nadine.

² Nathalie finissant par se décourager au point de s'exclure totalement du marché du travail, Nadine se résignant à enchaîner les missions intérim en qualité d'assistante d'achat, éloignés de ses compétences initiales et de son goût pour l'accueil-clientèle.

³ Établissement d'hébergement pour personnes âgées

⁴ Anne-Marie Arborio montre comment « le partage d'un même matériau, dans un même espace, avec des personnels dotés d'un fort prestige, d'une part offre aux travailleurs profanes que sont les aides-soignantes la possibilité de se glorifier de ce contact fréquent, peu ordinaire dans le monde du travail, avec le sommet de la hiérarchie sociale, en la figure des médecins, et d'autre part confère un peu du prestige médical aux aides-soignantes par assignation à leur métier de l'objectif socialement valorisé — ici, le soin des malades — qui vaut, dans la rhétorique des professionnels ». Arborio A.M. (1995), « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. », art. cité, p.103.

⁵ Initialement agent de maintenance informatique, elle se saisit des opportunités internes à la collectivité territoriale au sein de laquelle fait carrière pour devenir cheffe de projet.

Q : Vous trouviez une stratégie ...

R : Je trouvais une stratégie pour ne pas être debout devant tout le monde.

Q : Et vous avez identifié ce qui vous embêtait dans ça ?

R : Ben je me disais que j'étais quand même pas très, pas très à l'aise et puis pas très belle, quoi ! Donc ... j'en étais consciente, quoi !

Q : Parce que vos collègues vous avaient fait des remarques ?

R : Non ! Parce que moi-même je trouvais que les gens qui étaient gros ils étaient pas forcément ... euh ... pas forcément beaux, quoi ! Dans mes critères esthétiques, c'était pas ... Et c'était sans méchanceté vis-à-vis des autres, quoi ! Je veux dire c'est ancré. Mais c'est aussi parce que voilà : bon on s'habille pas comme tout le monde, c'est toutes ces choses-là aussi, hein ! Bon ... même si je me suis jamais laissée aller même si ... même si je m'aimais pas forcément, je me suis toujours, bon d'abord parce que j'allais bosser en plus, je me suis toujours habillée correctement, je prenais soin de moi, hein ! Même si je me trouvais pas belle, je me disais : c'est au moins le minimum ! De s'occuper de soi. Pour le boulot c'est important. Et puis il fallait quand-même que je sois sûre de pas avoir une tâche où un truc comme ça, fallait bien que je me regarde pour être sûre que j'avais pas une tâche sur mon vêtement ou ... quoi que ce soit. Enfin bon ... Le manque d'assurance c'est quand-même embêtant quand on est cheffe de projet alors les power-point, c'était bien pratique !

[Michèle, 61 ans, retraitée (cheffe de projet), opérée depuis 7 ans]

Que les exigences de qualification esthétique soient plus ou moins explicites, variables selon le système de normes propre à chaque espace professionnel, ne pas pouvoir faire ses preuves, en tenant un régime qui permet de se rapprocher durablement des canons de la minceur, façonne les manières d'être et d'agir de ces travailleuses.

Lorsque l'activité professionnelle exige ouvertement une morphologie qui saura valoriser l'image de l'entreprise (comme dans le cas du secrétariat d'accueil), le surpoids est en soi déclassant. Dès lors, ne pas réussir à produire le corps attendu disqualifie les identités professionnelles, celle attribuée (les opportunités d'embauche se restreignent, l'inesthétisme niant tout autre compétence), autant que celle incorporée¹ (convaincues de leur illégitimité, ces femmes ne font plus corps avec leur métier). Les trajectoires de ces travailleuses et leurs carrières de prospectrices de régime s'engagent mutuellement : la restriction progressive de l'employabilité de Nathalie et l'abandon de soi à la fatalité corporelle se font écho jusqu'à la désaffiliation ; le risque d'invisibilisation totale de Nadine nourrit son acharnement à faire bonne figure autant sur le marché du travail que sur celui de la minceur.

La transaction n'est pas plus aisée lorsque l'apparence esthétique n'est pas ouvertement un critère de classement des travailleuses. Dans un contexte où la culture d'émulation façonne les relations de travail, chaque employé (quelle que soit sa position sur l'échelle hiérarchique)

¹ Dubar, C. (1992), « Formes identitaires et socialisation professionnelle. », *Revue française de sociologie*, n°33/4, 1992, pp. 505-529.

voulant prouver sa valeur (à soi et aux autres)¹, l'expérience intime du régime non tenu fait également violence aux identités professionnelles. Privées des gratifications symboliques de l'excellence corporelle et du mode de vie qui s'y rapporte, les actrices se croient illégitimes à tenir certains rôles, réputés comme plus masculins² puisqu'il s'agit, soit d'avoir autorité sur d'autres employés (cheffes de service éducatif ou de projet), soit de faire preuve d'endurance physique (aide-soignante aux urgences). Illégitimité, dans le cas de Fabienne et d'Ariane, se traduisant par une auto-censure, la promotion n'étant pas envisageable. Dans le cas de Michèle, cela exige de redoubler d'efforts pour présenter une image appropriée au statut conquis. Là encore, trajectoires professionnelles et carrières de prospectrices de régimes sont interdépendantes puisque les deux entreprises doivent être menées de front, la réussite de l'une conditionnant la validité de l'autre et inversement. Un peu comme si le « *travail d'ascétisation* »³ et la normalisation corporelle étaient en soi des ficelles du métier, les conditions *sine qua non* de la reconnaissance des compétences professionnelles, d'une réussite validable (par les autres et par soi).

« *Ne pas pouvoir tenir* » affecte également d'autres rôles que ces femmes ont à tenir en qualité de mère ou de conjointe. Dans les deux cas, ce sont à la fois les tenants intimes et publics de ces deux répertoires qui sont à la fois questionnés et motifs de prospection pour enfin trouver la méthode qui saura donner corps à leur volonté d'être conformes aux exigences de leur genre.

Lorsqu'être mères d'enfants dont l'âge nécessite qu'elles les accompagnent en dehors du domicile, pour des activités scolaires ou de loisirs, c'est bien souvent un sentiment de honte sociale qui domine. Non pas que leurs propres enfants les assignent à leur déviance morphologique, mais plutôt qu'elles craignent que l'opprobre qu'elles expérimentent soit contagieuse et stigmatise leurs enfants auprès de leurs pairs. Bien que, dans les faits, une seule enquêtée rapporte que son fils a réellement été chahuté par ses camarades au nom de la difformité pondérale de sa mère, toutes les actrices issues des milieux les plus populaires rapportent leur angoisse que cela n'arrive. L'enjeu est de protéger les enfants de la « *mauvaise réputation* » d'obèse. Pour cela, deux modalités se combinent. La première est de limiter au maximum les situations où leur progéniture serait obligée de s'afficher publiquement avec elles, dans l'espace des interconnaissances infantiles. Afin de réduire le risque que les morphologies

¹ Bourdieu P. (1996), « La double vérité du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 114, pp.89-90.

² Bourdieu P. (1998), *La domination masculine*, op. cit.

³ Notion empruntée à Muriel Darmon lorsqu'elle décrit le processus de gouvernement des corps mis en œuvre par les classes préparatoires auprès des élèves pour transformer des pratiques juvéniles qui seraient, par définition, aux antipodes de l'ascétisme donc, dans cas, de la réussite scolaire. Darmon M. (2010), « Des jeunesses singulières. Sociologie de l'ascétisme juvénile », art. cité.

maternelles ne soient un argument discriminatoire, qui amoindrirait les chances des enfants de s'insérer sereinement parmi leur groupe de pairs, voire qu'ils ne se sentent contraints de défendre la réputation de leur mère lors de potentielles scènes conflictuelles entre camarades, le retrait paraît préférable. Ainsi, au gré des régimes tenus en échecs, et des kilos qui s'accumulent, ces actrices diminuent peu à peu leurs immersions au sein de l'univers scolaire et parascolaire à leurs seuls seuils :

Quand je faisais les sorties piscine où les sorties avec l'école, bon c'est des petits enfants mais les petits enfants ils sont cruels donc : oh ben qu'est-ce que t'es grosse ! Ou tu dois pas rentrer dans un maillot de bain ! Ou ce genre de choses. J'avais pas envie que mes gosses entendent ça. J'ai fini pour ne plus y aller. Pour moi l'école, c'était plus que le portail. C'était mieux pour tout le monde.

[Nathalie, 53 ans, secrétaire en invalidité, ETP depuis 1 an]

Voilà, par protection de ton enfant, tu finis par ne plus rien faire avec lui. Enfin, en tout cas pas là où connaît du monde, pas là où il risque d'en subir les conséquences. Moi je sortais avec eux [fils et conjoint] qu'en vacances. Au moins mon fils risquait pas de perdre des amis.

[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Je pense qu'on se met des barrières et du coup on s'aime tellement pas qu'on peut pas croire que d'autres ... et on se croit de côté, inintéressant, on n'a rien à dire spécialement d'intéressant et finalement on croit que les gens nous perçoivent de cette manière-là, aussi. Et pis, j'avais subi du harcèlement scolaire alors pour moi, la limite s'était le portail de l'école, je voulais tellement pas que mes enfants se fassent moquer parce que j'étais grosse. C'était sans doute de la parano parce qu'il s'est jamais rien passé, mais voilà ... c'était ma limite, le portail !

[Véronique, 35 ans, aide-soignante, opérée depuis 2 ans]

Si elles visent à limiter les risques que la « mauvaise réputation » d'obèse ne souille leurs enfants, ces stratégies de repli ne sont en rien le signe d'un « recul de la vie répressive »¹. Au domicile, le contrôle social domine les manières d'être mère puisque tout y est entrepris pour que filles et garçons ne connaissent pas le même sort pondéral. Cuisiner sain et équilibré, structurer les emplois du temps afin que la pratique d'activité physique soit régulière, sont autant de points de vigilance que ces femmes mettent en avant lorsqu'elles décrivent leur rôle de mère. Cette seconde modalité protectrice, si elle vise à éviter aux enfants une histoire corporelle qu'elles savent douloureuse, est aussi une manière de ne pas être dépossédées de la réputation de bonnes mères, justement gardiennes de la corpulence familiale. Il ne s'agit pas de mettre tout le monde à la diète. Ce travail est une activité solitaire qui sanctionne leurs propres

¹ Schwartz O. (1990), *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, op. cit., p.522.

« mauvaises habitudes ». Il s'agit plutôt de transmettre une hygiène de vie où prendre soin de soi, et de son poids, est aussi naturel que plaisant :

A la maison rien n'est interdit mais rien en excès. Pas d'excès de calories, ni de quantités. Un pot de Nutella, oui ! Parce que ça fait toujours plaisir le Nutella ! Mais c'est pas tous les jours et pas un demi pot à chaque coup ! C'est de temps en temps, on se fait plaisir ! Et les pommes aussi ça fait plaisir ! En fait, je lui apprend que tout fait plaisir, il suffit de savoir doser et de diversifier.

[Elodie, 32 ans, sans emploi, opérée depuis 8 ans]

Voilà, on fait des crêpes. On mange des crêpes. On se prive pas ! Mais on n'en mange pas 10 ! Moi quand j'étais petite j'en mangeais 10 mais là non, c'est trois, quatre. Moi, deux ! Et c'est bon ! Faut garder une hygiène alimentaire sans s'en rendre compte ! Moi j'ai pas appris ça, du coup je suis grosse et il faut que je me prive. Je veux pas ça pour mes enfants. Tu fais pas plus de crêpes qu'il faut et voilà, ils s'en rendent même pas compte.

[Ariane, 37 ans, aide-soignante, opérée depuis 1 an]

Bon ... les enfants brûlent plus vite, et pis ils font du sport. Du sport à l'école, du sport en dehors. Ils courent et tout. Mais quand-même, faut faire attention, leur transmettre les bonnes habitudes.

[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Entre diffusion au quotidien des normes dominantes auprès de leurs enfants, où le plaisir doit être sous contrôle, et auto-contraintes à l'ascétisme, ces mères dont les « réputations locales »¹ sont fragilisées par leur corpulence, s'emploient à être respectables dans leur rôle maternel. Pour autant, le maintien des enfants dans des corps normo-pondérés ne suffit pas à valider leurs aptitudes de mères. Comme les autres femmes du *corpus*, classées à des niveaux plus valorisés de la hiérarchie sociale, le surpoids est également vécu comme un handicap pour que leurs interactions intimes avec leurs enfants soient conformes aux canons de la jeune mère dynamique. Que la surcharge pondérale limite leurs aptitudes physiques (aussi bien en termes d'endurance que de performance), qu'elle s'impose comme un risque grandissant pour la bonne santé dans laquelle elles doivent pourtant se maintenir afin de pouvoir se dévouer pleinement aux exigences de la maternité, ou qu'elle les assigne à un inesthétisme qui exige qu'elles dissimulent leur corps, celle-ci est vécue comme un risque réel pour leur identité maternelle. Ne pas pouvoir tenir le rythme des plus jeunes lorsqu'ils jouent, se projeter dans des comorbidités qui pourraient compromettre tout ou partie de leur dévouement, ou simplement inquiéter les enfants, ne pas oser les accompagner dans des activités où la mise en scène de leur anatomie serait un péril assuré, sont des assignations à l'expérience intime de la défaillance.

¹ **Coquard B (2016)**, « « Nos volets transparents .» Les potes, le couple et les sociabilités populaires au foyer. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°215, pp.90-101.

Quelle que soit leur position dans l'espace social, cette épreuve-là, tout aussi spéculative (« *je me disais qu'un jour j'arriverais plus à les suivre* », « *j'avais peur pour ma santé, que ça finisse par me priver de vivre des choses avec mes filles* ») que concrète (« *quand ton enfant te demande de faire quelque-chose et pis t'es pas capable de le faire* ») met un point final à l'acceptabilité de la fatalité. Trouver la solution pour atteindre un poids de forme, compatible avec toutes les dimensions de la maternité, se fait avec un acharnement tel que chaque kilo repris est d'autant plus insupportable, à l'image des propos emblématiques de Pauline :

Je pense que la priorité c'était mon fils. Le handicap lié à lui, parce que tu refuses de faire certaines choses parce que tu peux pas les faire, quoi ! Donc, oui, c'est même pas que tu te refuses c'est que tu sais que tu peux pas ! Voilà faire ce que un enfant te demande : aller jouer tout ça ... ben tu vas te mettre à quatre pattes, je veux dire tu peux rien faire quoi ! Ça c'est pire que tout.

[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Les expressions intimes et publiques du rôle de conjointe sont également contraintes par l'écart qui se creuse entre corps idéal et corps réel à mesure des désillusions pondérales. Lorsque les enquêtées sont inscrites dans des cellules familiales où les répertoires domestiques et sociaux sont nettement différenciés selon le genre, où l'hypergamie féminine est mise en scène par une assignation des conjointes au domicile, la prise progressive de poids, au gré des régimes manqués, renforce cette organisation. Qu'elles expérimentent une insertion difficile sur le marché du travail (en raison ou non de leur déviance pondérale) ou qu'elles soient salariées à domicile (c'est notamment le cas des assistantes maternelles), grossir renforce le repli sur le foyer. Un peu comme si le surpoids, déviance corporelle, renforçait le savoir être conjugal décrit au sein des franges les plus populaires de la hiérarchie sociale : des hommes pourvoyeurs de fonds et inscrits dans des espaces de sociabilité extérieurs au foyer et des femmes qui organisent leur vie à partir des besoins de la famille. Où, dans le cas des assistantes maternelles, tout en se consacrant à l'intendance de leur foyer, leur activité salariale contribue à améliorer le quotidien familial¹. Peu ou pas diplômées, inscrites dans des positions inférieures à celles de leur conjoint (dans l'espace professionnel, comme dans l'espace social), le stigmate pondéral agit comme une preuve de plus de la légitimité du désavantage féminin dans la négociation des rôles conjugaux :

¹ **Tirmarche Issemann A. (2011)**, *L'institutionnalisation de la fonction d'assistante maternelle. La reconfiguration de l'économie domestique*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **Ebersold S.**, université de Strasbourg.

Je passais mon temps à l'attendre. Je faisais le ménage, le repassage, je lui préparais un diner et puis je l'attendais [...] C'est vrai qu'on va dire que son travail lui prend beaucoup de temps parce que du coup, quand on s'est connus, ben il était ... il travaillait dans un bureau d'études maintenant il est monté, donc il est devenu cadre et responsable de la métallerie, tout ce qui est son secteur ... voilà, on va dire la tâche de travail n'est plus la même. Il s'est mis en plus à la mairie, donc voilà, il fait partie du conseil municipal. Entre son travail qui lui prend déjà beaucoup et les réunions, il rentre à 20h, des fois il repart, et moi j'étais très à cheval sur les heures, sur le moment où j'allais me retrouver avec ma famille. [...] Je me sentais utile que quand il était là, quoi !

[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Certaines du risque que représente l'ascension cyclique de leur poids, dans un contexte où « *le corps de la femme est surtout en rapport avec le regard de l'homme ; il est là pour lui plaire* »¹, ces actrices mettent tout en œuvre pour que leur absence de pouvoir sur leur propre corps altère le moins possible le couple relationnel². Désireuses que la vie commune se maintienne, et soucieuses qu'il en soit de même pour leur conjoint, elles revoient progressivement à la baisse leurs exigences dans la négociation des rapports conjugaux. Pendant que Pauline occupe les absences prolongées de son mari en s'affairant à parfaire son rôle de ménagère (« *j'ai arrêté de râler, j'ai compris qu'il avait besoin de travailler beaucoup* »), Jacqueline revoit peu à peu ses prises de positions vis-à-vis des lieux de sociabilité de son époux. Après avoir lutté pour que celles-ci se jouent à l'extérieur afin de ne pas être envahie, de préserver son foyer comme un lieu propice à l'accueil des enfants qui lui sont confiés, elle préfère changer d'attitude. Non seulement, elle accepte que son mari reçoive au domicile conjugal mais progressivement elle s'emploie à parfaire son rôle d'hôtesse serviable et discrète :

R : Au début, ils étaient surtout dans le garage. Mais je me suis dit que c'était pas très accueillant, qu'il valait mieux qu'ils soient à leur aise dans le salon. Alors pendant que les enfants font la sieste, je m'éclipse sur internet comme ça ils sont à leur aise. Et puis avant, j'ai tout préparé, de quoi manger, boire. Tout ! Je prépare ça pendant que les enfants s'occupent après zou tout le monde s'éclipse. Bon attention, hein ! Faut quand-même pas qu'ils fassent trop de bruit parce que c'est la sieste ! Mais c'est pas des gamins, alors ça va ! Chacun fait ses trucs mais pas comme avant. C'est mieux comme ça !

Q : Pourquoi c'est mieux ?

R : Parce qu'avant non seulement j'étais grosse mais j'avais une grogne pas possible, hein ! Toujours sur son dos : t'étais où ? T'as fait quoi ? Bon maintenant, je suis opérée alors ça va mieux. Mais pour ça, ça va mieux d'avant l'opération,

¹ **Dahlgren P. et Sandberg H. (2007)**, « La construction de l'obésité dans l'espace public suédois. », *Questions de communication*, n°11, p.42.

² **De Singly F. (2016)**, *Le soi, le couple, la famille*, Paris, Armand Colin.

depuis qu'on est tombés d'accord et qu'il fait ses trucs avec ses copains dans le garage ou dans la maison. Depuis il est content, moi aussi.

Q : Vous vous organisez toujours comme ça ?

R : Ah oui, ça fait un bail. Bon maintenant que ça va mieux, moi aussi je reçois des amies, où là, par exemple je vous reçois et je réponds à vos questions. Lui il a pas changé, c'est moi. Avant quand j'étais grosse, fallait bien que je fasse des efforts, comme on dit ! Et maintenant c'est encore moi qu'ai changé, je me suis fait de nouvelles copines et nous aussi on fait des trucs.

[Jacqueline, 55 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Les effets du stigmatisme pondéral sur la domination masculine, au sein de la sphère de l'intimité conjugale, ne se jouent pas simplement de manière tacite, où ces femmes présupposent qu'elles doivent redoubler d'efforts pour préserver leur couple, ils peuvent se manifester de manière beaucoup plus radicale. En complément des seules spéculations féminines, les maris peuvent brandir ouvertement ces écarts aux canons de beauté pour assoir leur pouvoir. Ce type de manifestation ne se restreint alors plus aux seuls couples caractérisés par un repli domiciliaire féminin, caractéristique des classes populaires. Il se propage à l'ensemble de l'espace social, indépendamment des trajectoires et des positions individuelles. De manière violente, l'instabilité corporelle (comme déviance physique), l'échec d'amaigrissement (comme déviance morale), peuvent alors être un argument masculin de poids pour déséquilibrer la relation. Ces faits sont relatés par une majorité des enquêtées en couple avant leur souscription à une prise charge hospitalière. Lorsqu'ils émergent dans le cadre d'un conflit initial, souvent sans lien avec cette question précise d'une morphologie qui fait discorde, l'accusation s'inscrit dans un principe de surenchère où les reproches mutuels pleuvent. Argument parmi d'autres, aux allures wébériennes d'action affectuelle, il n'en revêt pas moins les caractéristiques d'un marqueur social. « *T'es grosse !* » désigne une anomalie, transformant un attribut pondéral en un stigmatisme jusqu'au sein de la plus intime des sphères. Lorsque la sérénité est revenue, certains conjoints peuvent revenir sur leurs propos et tenter de revaloriser leurs compagnes. Il n'en demeure pas moins que, sortis de leurs gonds, c'est la difformité, socialement labellisée, qui s'impose comme une évidence pour disqualifier celle qui est l'objet de leur courroux, altérant ainsi momentanément les fonctions protectrices du foyer. Brouillage des frontières dont on peut comprendre qu'il n'est pas sans effet sur la construction identitaire de celles qui expérimentent ce genre de désignation dans la majorité de leurs autres interactions sociales.

Dans d'autres cas, cet usage subversif de la morphologie féminine, comme manière masculine de tirer avantage des rapports de pouvoir au sein du couple, se fait en dehors de tout conflit ouvert. La sanction tombe alors, non pas comme une riposte à une situation

momentanément hors de contrôle, mais comme une censure, autant de la féminité que de l'autonomie de ces actrices qui souffrent de surpoids. Le récit de Marie est, ici, emblématique de ce que la prise de poids cyclique peut faire au fonctionnement conjugal. Mince au moment de sa rencontre avec son conjoint, celui-ci se montre d'emblée possessif et la soupçonne d'user abusivement de son pouvoir de séduction auprès de la gente masculine, allant jusqu'à l'incriminer d'ensorcellement. Au gré des kilos qui s'installent, il se détend et la relation s'inverse totalement puisque le soupçon et l'omni-contrôle font place au dédain et au délaissement. Les questions inquisitrices et la surveillance acharnée de l'emploi du temps, et des fréquentations, se transforment en railleries qui nient ses attributs féminins (« *tu peux bien t'habiller comme tu veux, t'auras toujours l'air d'un sac* ») et en replis prolongés sur des activités en dehors du foyer, sans aucune autre forme de contrôle que celle de la supervision des tâches accomplies en son absence. Dans un second temps, alors que le couple fonctionne sur la conviction mutuelle que surpoids et séduction sont antinomiques, convaincu de son ascendant sur son épouse, le conjoint de Marie n'hésite plus à étendre ses pouvoirs sur l'usage qu'elle fait des revenus du couple (auquel elle participe activement puisque son salaire d'éducatrice spécialisée est supérieur à celui de son époux, ouvrier du BTP¹). Les dépenses vestimentaires et esthétiques sont spécifiquement admonestées. Au point que, sans renoncer à cultiver sa féminité, Marie revoit toujours plus à la baisse la part du budget qu'elle y consacre : les colorations chez le coiffeur font place à celles faites maison, tout comme les épilations chez l'esthéticienne se raréfient au profit de l'achat de cires dépilatoires ; coutumière d'une auto-confection de ses vêtements, ses investissements complémentaires dans le prêt-à-porter s'orientent vers des magasins de plus en plus bon marché. En fait, tout se passe, pour Marie, comme pour les autres femmes du *corpus* qui décrivent cette incidence de leur surpoids sur le déséquilibre, à leur désavantage, des rapports de pouvoir au sein du couple, comme si les échecs d'amaigrissement jouaient un rôle de « *porte-identité* » qui autorise inconsciemment les partenaires masculins à interférer dans la volonté de ses femmes de « *se faire un corps* ».

Toutefois, si les données recueillies montrent que la domination masculine au sein du couple est renforcée par la surcharge pondérale, les manières de l'appréhender, et de le relater à la sociologue, varient nettement selon les ressources à disposition.

Les femmes les plus démunies (tant en termes de capitaux que d'insertions extra-conjugales) dépeignent ces situations avec fatalisme, comme s'il était naturel que leur morphologie soit un désavantage à leur actif dans les relations conjugales. Au sein du couple,

¹ Bâtiment et travaux publics.

leur poids est sanctionnable et sanctionné (par leurs conjoints ou, par anticipation, par elles-mêmes). Il est une atteinte à la valeur sociale de leurs époux respectifs autant qu'une trahison à l'engagement qu'elles ont pris à leur égard. C'est ainsi que Pauline et Jacqueline, honteuses de leur dysmorphie, s'emploient à la compenser en se perfectionnant sur les autres tâches qui leur reviennent. En complément de ces récits, il est possible de citer, entre autres, le cas de Djamila. Afin d'éviter les reproches de son mari, qui associe sa prise de poids à sa baisse de productivité dans les activités de jardinage qu'ils partagent, en exploitant le potager mis à leur disposition par la municipalité, redouble d'efforts, malgré une condition physique qu'elle sent se dégrader, pour ne pas être en reste. Véronique, quant à elle, décrit une sexualité compliquée. Persuadée d'être de moins en moins attirante, son propre désir s'éteint. Les rapports intimes deviennent exclusivement un « *devoir conjugal* », qu'elle s'attache à honorer régulièrement, afin d'éviter que son propre dégoût d'elle-même ne soit un frein à l'expression de la masculinité de son compagnon. Que les reproches soient réels, voire se transforment en insultes, ou qu'ils soient spéculatifs parce qu'il serait normal que leurs conjoints soient, ou se sentent, lésés par la disgrâce de leurs femmes, ces actrices y trouvent là, une motivation supplémentaire à trouver la méthode amaigrissante qui saura les métamorphoser définitivement :

J'ai fait yoyo. Alors on espère, on se dit : ça y est j'ai enfin trouvé le régime super, on espère, on espère, on espère puis dès qu'on arrête, on a perdu cinq kilos, on en reprend quinze ! C'est une souffrance pour tout le monde. Pour eux, comme pour nous. En tout cas, c'est normal qu'ils soient pas ravis, ravis de nous voir dans cet état. Surtout que comme on se trouve plus attirante donc on a plus d'envies donc voilà c'est quand-même un problème.

[Véronique, 35 ans, aide-soignante, opérée depuis 2 ans]

Ne pas pouvoir « *se faire un corps* » ne modifie pas simplement les relations privées du couple. Dans certains cas, s'exposer publiquement, à deux, majore autant la honte intrapersonnelle que le risque de souillure encouru par le conjoint¹. Pendant que Jacqueline s'éclipse pour que, ni elle, ni son époux, n'aient à subir les effets désagréables de regards qui risquent d'être désapprobateurs, Pauline se repend d'une ignominie physique qu'elle estime ne pas être digne du statut de son mari, préférant tenter d'effacer tout signe manifeste de leur union :

R : [...] Il a jamais eu honte. Je veux dire, c'est ... ça aurait été le premier à me tenir la main mais moi j'étais plus gênée de me montrer avec lui !

Q : C'est-à-dire ? Pourquoi ?

R : Et ben parce que j'estimais ... [se cache le visage avec ses mains] Oh ! C'est un peu bête, hein ! Mais j'estimais en fait que mon obésité ne correspondait pas à son image à lui. Je veux dire voilà, c'est quelqu'un qui a fait de plus grandes

¹ Bourdieu P. (1998), *La domination masculine*, op. cit.

études. Je veux dire c'est quelqu'un ... euh ... oui, on se dévalorise, quoi ! Même si il m'a jamais montré ... bon sauf lors d'engueulades voilà : t'es grosse, machin, le truc qui blesse bien ... et puis qu'est très facile à dire parce que t'es obèse ! Bon maintenant, il peut plus le dire ! Mais à part ça, je veux dire il m'a, il m'a ... sauf peut-être dans les derniers temps où vraiment, je le sentais plus dans tout ce qui est vraiment plus privé ... mais je veux dire après c'est quelqu'un, il pouvait me donner la main, il pouvait m'embrasser devant tout le monde.

[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Si être « *la femme de* » occupe l'intégralité de l'espace et du temps domiciliaire, ce même titre lui paraît inconcevable publiquement. Au point que Pauline ne peut envisager de se marier avec son compagnon sans réussir à « *se faire un corps* »¹ digne de la respectabilité de ce dernier².

Au final, la morphologie de ces actrices, inscrites dans une hypergamie féminine, donne corps aux inégalités structurelles entre hommes et femmes sur les marchés matrimoniaux et de l'emploi. Un peu comme si la corpulence, et ses effets identitaires, naturalisaient la domination masculine. Les effets du poids et des « *régimes non tenus* » sur les transactions que les enquêtées font avec elles-mêmes, avec leur conjoint, dans l'espace des sociabilités conjugales se jouent en d'autres termes, lorsque ces dernières sont inscrites dans des positions moins défavorables tant socialement que conjugalement. Si le désavantage physique est tout aussi présent dans la négociation des rôles de chacun, c'est le sens de son acceptation qui est nuancé. En effet, les actrices les mieux dotées du *corpus* y voient un prix à payer pour pacifier la relation. Socialisées en qualité de femmes en surpoids, elles savent que leur morphologie est une infraction morale et physique aux normes dominantes. L'ensemble de leurs autres expériences sociales le leur ont appris. Et lorsque, dans la sphère de l'intime, leur conjoint use de ce stigmate (ponctuellement ou de manière plus continue) pour asseoir leur pouvoir, nier l'évidence est inutile, ni même envisageable. Ces invectives, qui font pénétrer au sein même du foyer la violence du « *haro sur les gros* »³ est une motivation de plus pour tout mettre en œuvre afin de corriger la disgrâce dont elles souffrent. Puisque l'argument est fondé, leur ascension pondérale est effectivement répréhensible, c'est de l'attribut du surpoids qu'il faut se débarrasser. La normalité normalisant, « *se faire un corps* » est définitivement la seule solution. Ainsi se renforce l'acharnement à vouloir maigrir : « *il ne pourra plus le dire* ».

¹ Pauline et son compagnon se marient un an après l'intervention de chirurgie bariatrique.

² **Bozon M. (2006)**, « Apparence physique et choix du conjoint. », in **Bozon M., Héran F.**, *La formation du couple. Textes essentiels pour la sociologie de la famille*, Paris, La découverte, pp. 99-122.

³ **Moreno Pestaña J.L.**, « Haro sur les gros. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 208, 2015, pp. 4-13.

La corpulence des enquêtées est un paramètre qui s'imisce dans les sociabilités conjugales, toujours intimement, parfois publiquement. Puisque ces sociabilités, comme les autres, sont assujetties aux formes instituées des relations entre les individus, le poids du stigmat pondéral a des effets identitaires sur chacun des deux protagonistes du couple, institution, par ailleurs, structurée par des rôles fortement genrés. Ces transformations identitaires remanient les interactions conjugales et les manières masculines d'asseoir leur pouvoir. Pour les mêmes raisons d'assujettissement des sociabilités privées aux rapports interindividuels socialement institués, les raisons pratiques et morales de ces femmes de maigrir, à plein régime, varient selon la configuration des couples. Plus l'institution conjugale est marquée par un déséquilibre initial des rapports de pouvoir au profit de la domination masculine, moins il s'agit de « *se faire un corps* » pour soi. L'entreprise est alors dominée par la division sexuée des rôles, les femmes se devant de contribuer à ce que leur conjoint tienne leur propre rang. Manière en somme de corriger l'ultime indocilité que leur morphologie adresse au pouvoir masculin. A l'inverse, plus le couple s'éloigne de l'évidence de ce déséquilibre comme mode de fonctionnement, parce que, en compensation de leur genre, les femmes ont des arguments de poids (héritages ou insertions socio-économiques), plus « *se faire un corps* » est une entreprise égoïste. Un peu comme si la maîtrise de la corpulence était une manière d'éliminer une trop grosse ficelle laissée à la disposition masculine pour dominer les rapports de pouvoirs conjugaux.

Si l'ascension pondérale de ces femmes est cyclique, ses effets identitaires, eux, sont inflexibles. Ne pas pouvoir se maintenir dans une corpulence acceptable, ne pas réussir à naturaliser l'ascèse alimentaire convoitée, sont deux ficelles qui tissent l'expression de leur contre-performance aussi bien publiquement qu'intimement. Que ce soit spéculatif ou bien réel, c'est leur conformité à l'ensemble des rôles qu'elles investissent (professionnelle, mère, conjointe) qui sont atteints ou risquent de l'être. C'est contre la pluralité des effets de cette disgrâce, autant physique que sociale, et de ces effets sur la réputation, autant la leur que celle de ceux avec qui famille se fait, que s'engage l'acharnement à maigrir. Ainsi la prescription à se « *faire un corps* » s'incorpore-t-elle en un mode organisationnel du gouvernement de soi-même où la violence de chaque reprise de poids devient une raison d'agir supplémentaire. Faire taire l'illégitimité corporelle à être une professionnelle performante, une mère dévouée ou une conjointe désirable devient une disposition en soi qui régit la manière dont ces femmes se

soumettent à « *une institution totale pourtant absente* »¹. Dans un contexte où la corpulence est un « porte-identité », en complément des dispositions individuelles de genre observées par Muriel Darmon², les enquêtées travaillent à justifier leur existence sociale dans l'ensemble des univers dans lesquels elles évoluent, toutes transcendées par l'injonction à être mince pour être légitime et respectable.

¹ **Darmon M. (2010)**, « Des jeunesses singulières. Sociologie de l'ascétisme juvénile », *Agora débats/jeunesses*, n° 56, p.53.

² Dispositions individuelles de genre qui, dans le cas des conditions sociales du recrutement des anorexiques, sont exacerbées par les variables de classe et d'âge puisque cette catégorie est majoritairement constituée « *de jeunes filles des classes moyennes et supérieures* ». *Ibid.*

Conclusion du chapitre 3

S'intéresser aux récits de prises de poids qui conduisent les trajectoires vers une prise en charge « obésologique » révèle que, loin de l'évidence d'une personnalité obèse, typiquement marquée par des conditions fatalistes entrecroisant métabolisme d'emblée corrompu (preuve faite par les usages sociaux des corps) et individualité réfractaire à toute forme d'hygiénisation (preuve faite par les formes des corps), les conditions pratiques et morales d'ascension pondérale sont, en réalité, plurielles. Au même titre que l'adiposité peut être progressive ou subite ; ancienne, cyclique ou tout à fait récente, les manières de vivre cette expérience varient selon le genre, la pente et la célérité des trajectoires sociales, la configuration de la sphère familiale et les modalités de la remise de soi à l'institution médicale. Un point d'orgue réunifie toutefois les carrières féminines (pour peu que les enquêtées soient *a minima* affiliées, socialement, familialement). La quête d'ascèse alimentaire s'impose alors comme technique pour « *se faire un corps* », comme manière d'être pour se sentir et paraître légitimes dans les différents rôles qu'elles jouent. Soumises aux injonctions à un corps mince, particulièrement destinées aux femmes, comme condition de leurs valeurs sociales, la trahison d'un premier régime qui se solde par une majoration pondérale ne rend pas la méthode douteuse. Cela signifie (à elles, aux autres) leurs propres manquements (mauvaises habitudes héritées ou acquises, régime « non tenu », goûts proscrits, ...) autant que le travail qu'il va falloir fournir pour les corriger. Plus que d'accepter le traitement social du surpoids, ces actrices s'engagent dans un labeur de normalisation violemment sanctionné puisque, de régimes restrictifs en majoration pondérale, l'indiscipline de leur *hexis* corporelle n'a de cesse de dénaturer la règle diététique qu'elles s'imposent comme principe organisateur de leurs pratiques, en conformité avec l'*ethos* féminin.

Ainsi « *surmonter l'adiposité* » devient un métier et requiert des compétences, des savoirs, des savoir-faire, et un contrôle bien éloigné du relâchement supposé. Reste alors à saisir le poids de ce principe et de sa dissonance, sur les modalités d'appropriation de l'offre « obésologique ». Et puisque à côté de ces 21 femmes, trois autres ne partagent pas ces expériences socialisatrices du « régime non tenu », huit enquêtés sont des hommes pour qui la quête d'amaigrissement est d'emblée associée à l'engagement dans un rôle de patient, c'est bien le croisement des caractéristiques sociales de la patientèle avec les raisons qui conduisent ces individus-là à solliciter des « obésologues », qui permet de comprendre les rapports que chacun entretient avec les différents protocoles hospitaliers de transformation de soi. C'est ce à quoi se

consacre le chapitre suivant. A la lumière des processus qui viennent d'être dégagés, il s'agit maintenant de questionner leur retraduction dans la construction des « carrières obèses ».



CHAPITRE 4 :

Conséquences pratiques des représentations dans la construction des « carrières obèses ».

En entretien lorsque la question des raisons du choix du traitement est abordée, la réponse est toujours la même et mobilise exclusivement des motifs médicaux. Que ce soit parce que certains maux sont apparus (hypertension, diabète, apnée du sommeil, ...) ou par crainte que cela n'arrive, ou encore parce que la corpulence est devenue un handicap dans les actes de la vie quotidienne (essoufflement, motricité réduite, sudation, ...) tous les acteurs sont unanimes : ils entament cette démarche lorsque le surpoids représente un risque pour leur santé. Au-delà des effets socialisateurs de leur insertion, plus ou moins ancienne, dans un espace hospitalier spécifiquement dédié à la prise en charge de l'obésité (qui s'avère d'ailleurs être, dans la majorité des cas, le lieu de primo-rencontre entre enquêtrice et enquêtés), ce qui retient l'attention sociologique est le poids-même du récit du calcul de l'IMC dans le façonnement des biographies. Condition *sine qua non* pour accéder au traitement « obésologique », cet indice permet de classer les individus sur une échelle de l'obésité qui compte quatre degrés¹. Calculé par l'expert en « obésologie », lors du premier rendez-vous, il est en soi un diagnostic d'obésité qui, s'il valide l'accès au soin, constitue une véritable rupture biographique pour l'ensemble des enquêtés. Qu'ils soient déjà au fait de leur masse corporelle (parce qu'eux-mêmes, un proche ou un soignant a fait le calcul) ou non, la formulation experte de l'IMC est d'emblée dramatique puisque, preuve est faite que leur corpulence est malade, c'est le spécialiste de cette pathologie qui l'affirme. L'indice prend alors une valeur prédictive individuelle qui impose l'urgence médicale de maigrir. Ceci d'autant plus, que les acteurs découvrent, par là-même, que cette maladie est à la fois polymorphe et chronique. Non seulement ce double diagnostic insécurise mais, bien souvent, il renforce le sentiment de culpabilité. Des problèmes de santé qui paraissaient indépendants les uns des autres deviennent des comorbidités, c'est-à-dire l'expression d'une surcharge pondérale devenue mortelle. Entre concept médical qui désigne la diversité des signes cliniques d'une même affection, et interprétation profane qui

¹ L'obésité modérée (IMC > 30Kg/m²), l'obésité sévère (IMC > 35Kg/m²), l'obésité morbide (IMC > 40Kg/m²) puis l'obésité massive (IMC > 50Kg/m²).

évoque quelque-chose de l'ordre du risque de mortalité, l'annonce est un « *rite d'institution* »¹ qui fait violence, autant qu'il engage.

Coupables de ce qui leur arrive, ils comprennent qu'ils ont corrompu leur organisme au point qu'ils ne seront jamais qu'en rémission. Au moment, où chacun est invité à être acteur de sa santé, ainsi s'engagent les carrières de patients de ceux qui doivent désormais travailler à contenir les risques sanitaires d'une obésité qui les possèdent. En partant de ce constat d'une surqualification de la déviance pondérale qui, en réidentifiant les individus (déviant, ils ont aussi malades), les inscrit dans une logique classificatoire identique, il est désormais possible de désigner « l'activité obèse » puisque l'institution « obésologique », elle-même transforme « *les individus en activités* »². Mais, parce que le travail ne se fait en alternance, entre institution médicale et institutions sociales, et parce que les trajectoires qui y mènent sont éclectiques, le parti pris méthodologique n'est pas de démontrer l'existence d'une « carrière obèse »³. Il s'agit plutôt de voir comment cette imposition identitaire et la diffusion des normes dominantes, en se confrontant à des *habitus* et des conditions d'existence variables, participe à la construction de « carrières obèses » au pluriel. L'hypothèse suivie ici est qu'il existe une tension entre la désignation univoque de l'obésité (et donc sa mise au travail uniforme) et la diversité de sens et de place dans les biographies que prennent la maladie et son traitement. En d'autres termes, si les carrières commencent toutes de la même manière, par la violence d'un diagnostic censé inviter les individus à jouer leur « *rôle de malade* »⁴, comment se construit l'apprentissage lorsqu'il se joue simultanément dans d'autres systèmes que celui de la seule médecine et lorsque l'incertitude des résultats thérapeutiques est un terreau pour cultiver sa négociation⁵ entre patients et soignants ? Puisque le genre et l'âge, sont des facteurs déterminants dans les manières d'appréhender la santé⁶, c'est à leur prisme (croisé avec celui des positions dans l'espace social) que seront traitées ces questions qui visent à objectiver le processus d'engagement dans des « carrières obèses » en prenant en compte les pratiques des patients mais aussi le point de vue qu'ils en ont.

¹ **Bourdieu P. (1982)**, « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°43, pp. 58-63 ; **Bodin R (2018)**, *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, op. cit.

² **Becker, H.S. (2002)**, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, pp.85-90.

³ **Becker H.S. (1985)**, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, op. cit. ; **Darmon M. (2008)**, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit.

⁴ **Freidson E. (1984)**, *La profession médicale*, op. cit.

⁵ **Baszanger I. (1986)**, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié. », art. cité.

⁶ **Cousteaux A.S. (2011)**, *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, op. cit. ; **Lepiller O. (2015)**, « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans. », art. cité.

I – Le genre des « carrières obèses ».

Les données épidémiologiques (Cf. encadré 17) montrent qu'à mesure que l'IMC augmente, l'écart de poids entre les deux sexes s'inverse : la part des hommes en surpoids est plus importante que celle des femmes mais, dès que le seuil de l'obésité sévère est franchi, ce sont ces dernières qui sont les plus concernées. Ceci s'accroît à mesure que l'indice augmente. Cette présence féminine majoritaire devient indiscutable lorsque l'on observe la répartition de la patientèle qui fait le choix d'un traitement « obésologique » puisque, au niveau national, les femmes représentent 82% des patients opérés¹ ; localement, elles constituent 80,2% des personnes prises en charges, toutes thérapeutiques confondues (Cf. encadré 17) :

Encadré 17 : Le genre de l'obésité et de ses thérapies spécialisées.

- Prévalence de l'obésité selon le sexe :

	Surpoids (IMC>25Kg/m2)	Obésité modérée (IMC>30Kg/m2)	Obésité sévère (IMC>35Kg/m2)	Obésité morbide (IMC>40Kg/m2)
Hommes	36,9%	12,4%	2,5%	1,8%
Femmes	23,9%	11,5%	3,7%	2,2%

Sources : Enquête Obépi-Roche, 2019

- Distribution de la patientèle locale selon le sexe :

	Chirurgie	ETP	Total
Hommes	17,1%	24,6%	19,8%
Femmes	82,9%	75,4%	80,2%

Sources : Traitement statistique des 1570 dossiers médicaux de patients qui bénéficient d'une prise en charge entre 2008 et 2017.

Puisque « *la construction sociale du masculin et du féminin induit un rapport genré au corps, qui, par certains des comportements qu'il prescrit aux hommes et aux femmes, entretient un lien évident avec la santé* »², comment l'offre thérapeutique s'impose-t-elle comme le moyen de remédier à sa corpulence ? Que fait le diagnostic d'obésité aux « *conduites des malades* »³ ? Ou, à quel point le genre conditionne la gestion de la maladie ? Quel sens prend la perspective d'une « carrière obèse » pour celles et ceux qui, en amont, ne partagent pas le même vécu de l'ascension pondérale ? Quels effets sur les manières d'envisager la relation thérapeutique et le travail à fournir pour guérir ?

¹ **Hazart J. et al. (2018)**, « Évolution du recours à la chirurgie bariatrique en France entre 2008 et 2014 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°5, *Santé publique France*, pp.84-92.

² **Cousteaux A.S. (2011)**, *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, op. cit., p.137.

³ **Herzlich C. (1969)**, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, op. cit.

1.1 Une médicalisation des corpulences symptomatique du genre.

« C'est une maladie, c'est tout, maintenant une maladie ça se soigne ! [...] t'es obèse c'est tout ! A partir du moment où ça on l'a intégré dans le disque dur bon ben voilà : maintenant qu'est-ce qu'on fait ? Il faut pas rester comme ça donc voilà, on change. Les problèmes de santé, tout ça, tout ce que ça peut impliquer derrière, donc il faut faire quelque-chose. »

[Gérard, 56 ans, technicien informatique en intérim, ETP depuis 1 mois]

Au total 11 enquêtés (dont trois hommes) ont été conseillés par un soignant pour s'orienter vers des institutions médicales spécialisées dans le traitement de l'obésité. Pour 15 autres (dont quatre hommes), ce message est venu d'une proche. Ces « *incitatrices* », au sens de Muriel Darmon¹, sont systématiquement des femmes, soit qu'elles aient expérimenté la prise en charge par elles-mêmes, soit qu'elles se tiennent informées de l'actualité médicale, en général, ou de celle spécifiquement dédiée à l'adiposité ou à la nutrition. Le genre a ainsi d'emblée une emprise sur les modalités de réception de l'offre thérapeutique. Une observation plus fine de ces données montre que pour les hommes, ces « *incitatrices* » appartiennent exclusivement au groupe familial, alors que celles qui interviennent auprès des femmes relèvent majoritairement du groupe de pairs. L'analyse croisée des récits des interactions entre « *incitatrices* » et « *incités* » révèle également que la nature même des échanges varie selon le genre. Les arguments mobilisés auprès des hommes sont exclusivement sanitaires. Leurs conjointes, leurs mères, leurs sœurs craignent pour leur santé. L'incitation est prescrite, de celles qui s'inquiètent vers ceux qui ne prennent pas suffisamment soin d'eux :

Ma compagne avait une collègue qui a fait le by-pass. En deux ans, elle l'a vu se transformer. Du coup, un jour elle m'en a parlé. Ça faisait plusieurs fois qu'elle me disait qu'elle s'inquiétait pour ma santé, qu'elle pensait qu'en vieillissant mon poids finirait par poser des problèmes. Elle avait les arguments

puisque effectivement j'ai commencé à faire de l'hypertension puis un début d'apnée du sommeil, mais j'écoutais que d'une oreille. Je sais pas pourquoi, sans doute que je voulais pas voir. Du coup, un jour elle m'a proposé de rencontrer sa collègue, juste comme ça pour discuter. Moi ça m'engageait pas à grand-chose alors j'ai dit ok. Elle est venue dîner un soir, on a bien discuté, elle m'a montré tous les côtés positifs : non seulement la perte de poids mais aussi la fin de son hypertension. En repartant, elle m'a conseillé de regarder le reportage sur l'équipe d'[ici]. On l'a regardé, j'ai pris rendez-vous le lendemain, et voilà !

[Frédéric, 53 ans, chauffeur-routier, opéré depuis 3 ans]

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique, op. cit.*

Les interactions entre femmes sont beaucoup moins inscrites dans cette perspective. Dans cet entre-soi féminin, où chacune est soumise aux normes diététiques et corporelles, faisant de la maîtrise du poids une activité publique, échanger sur les manières de se faire un corps est naturel. Entre réciprocité et jugements moraux, le fait même d'appartenir au groupe soumet à une « *incitation à faire régime [...] diffusée en continu* »¹. Ainsi, lorsque l'une a eu vent des techniques spécialisées ou a obtenu des résultats probants après s'y être essayée, c'est « naturellement » qu'elle incite ses pairs. La réception de l'offre thérapeutique est alors aussi forte pour celles d'entre elles qui sont en quête de la méthode qui saura les transformer durablement, que pour Natacha, Armelle et Elodie dont les trajectoires sociales les éloignent de cet *ethos*. Pour les premières, cette perspective est espérée comme l'ultime étape d'une carrière à essayer de maigrir. Pour les secondes, elle paraît comme une manière rentable de retrouver l'usage instrumental de leur corps. Entre force symbolique² et calcul rationnel, dans les deux cas il s'agit de corriger définitivement cette corpulence qui, de toutes façons, est une atteinte aux rôles sociaux féminins.

Quand l'information est formulée par un soignant, le genre du patient façonne de la même manière la nature des échanges. Lorsque le message est adressé à Jean-Luc, Gérard, ou Freddy, il est d'emblée dramatique et pointe le risque vital encouru. Le médecin traitant de Jean-Luc lui liste l'ensemble des comorbidités qu'il encourt, avant de lui prendre rendez-vous avec l'une des médecins nutritionnistes³ du service d'éducation thérapeutique. Après avoir souligné à Gérard que son obésité est un péril assuré pour la prothèse de hanche qu'il envisage, le chirurgien orthopédiste recueille son accord pour lui organiser directement une consultation avec la médecin du service A. Le parcours de Freddy, lui, est marqué par une hospitalisation en urgence en raison d'une crise de tachycardie aigüe. Mis face à l'évidence que son cœur souffre en raison de sa masse grasseuse, il accepte d'être hospitalisé dans un service d'endocrinologie, dont il ressort avec un rendez-vous avec la médecin, qui se renouvelle mensuellement jusqu'à ce qu'il déménage. Y voyant une opportunité pour que son patient intègre le programme d'ETP qui n'existe pas sur son territoire, son endocrinologue se charge d'y organiser sa première visite. Cette dramaturgie est aussi décrite par Marcelle⁴ et Djamila⁵ puisque leurs chirurgiens

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit., p.118.

² Les effets de la chirurgie, sur le corps d'une personne opérée, sont d'autant plus incitateurs. Le corps de l'autre devenant un espoir pour soi.

³ Cette dernière suivra Jean-Luc pendant 5 ans, en dehors de tout suivi pluridisciplinaire. C'est lorsqu'elle prend sa retraite qu'elle le recommande à sa consœur qui l'invite à souscrire au programme ambulatoire de 3 ans qu'elle dirige.

⁴ En attente d'une prothèse du genou en raison d'une arthrose.

⁵ En attente d'une reprise chirurgicale d'une plaque synthétique posée dans le cadre d'une éventration.

suspendent l'effectivité des interventions envisagées à une perte de poids significative et durable ; cependant lorsqu'elles sortent de leurs cabinets respectifs, charge à elles de contacter les services recommandés. Écarts de prescriptions qui, croisés avec les récits des six autres femmes ayant pris connaissance de l'offre « obésologique » par le corps médical, ne révèlent pas simplement un encadrement différencié des patients, où les femmes seraient pensées (se penseraient elles-mêmes), comme plus enclines à être actrices de leur santé. Les données recueillies suggèrent que, si l'adiposité féminine interfère dans une pluralité d'interactions entre soignées et soignants¹, elle fait rarement l'objet de prescriptions médicales spontanées. Lorsque la question de l'excès de poids s'invite en consultation, elle se circonscrit bien souvent au signalement de l'anormalité, entre jugement moral et entrave à la pratique d'un soin efficace. C'est ainsi que l'angiologue de Judith, l'endocrinologue de Michèle ou le médecin traitant de Clémentine soulignent les risques que représente leur surpoids, mais n'évoquent l'existence de thérapeutiques dédiées à ce problème que lorsqu'elles demandent leur aide pour maigrir :

R : Alors moi c'est ... je voyais un endocrinologue de la clinique, à l'époque, et ... pour des problèmes de thyroïde, et j'avais ... euh ... bon ils avaient redétection par rapport à une radio, que j'avais à nouveau des nodules donc j'avais repris rendez-vous avec lui et quand j'avais été le voir il m'avait dit : quand je vois votre dossier médical, je me dis qu'il y a plus grave que vos nodules vous concernant. On va s'en occuper, on va peut-être les enlever, on verra mais à côté de ça, je pense que votre obésité est plus grave et que je sais pas où vous serez dans 10 ans en étant opérée, par contre si vous faites rien, je sais où vous serez ! Je lui ai dit : donc ma vie est en danger ? Il m'a dit : oui c'est ça ce que je veux vous dire. Je lui ai dit : ben je me sens pas si mal. Ben il me dit : non mais le diabète, l'hypertension, le cœur il va pas tenir. Faut pas se faire d'illusions. Vous avez pas de symptômes mais un jour il lâchera. Bon ... [rires] Ah ben et puis il était assez ... ah ! il était très direct, hein ! Alors je suis sortie ... très chaleureux à côté de ça, mais il me dit je vais pas vous cacher la vérité, de toutes façons ... alors il dit : bon, je vais pas vous mettre la pression, c'est pas à 8 jours, hein ! Vous allez sur internet avec votre métier ? Oui ! Allez vous documenter sur internet et puis vous venez me voir dans 6 mois et puis, si vous voulez, on en reparlera. Vous verrez les questions que vous avez et on verra. Et à ce moment-là je suis retournée le voir, je lui ai dit : oui, ben finalement c'est vrai que j'ai vu des forums, ceci, cela, peut-être que c'est la solution. Bon ben il me dit : de toutes façons, je vous force pas, c'est vous, la décision n'est pas encore prise. Et il me dit : vous avez le choix, clinique, CHU.

[Michèle, 61 ans, retraitée (cheffe de projet), opérée depuis 7 ans]

En parallèle, après des années d'inscription dans des carrières de patientes, autant marquées par la pluralité des acteurs de santé qui les prennent en charge, que par une ascension pondérale importante, Nathalie et Dominique finissent par se voir averties de l'offre

¹ Cf. section 1.3, du chapitre précédent : « Stigmatisations médicales de l'obésité : quand le corps médical avalise l'anormalité ».

obésologique, comment moyen de guérison complémentaire, l'adiposité supplantant les autres risques médicaux. Laurence, elle, à force d'insistance auprès de son médecin traitant, pour ne pas avoir à choisir entre santé psychique et santé métabolique, finit par obtenir une lettre d'adressage qui lui permet simultanément de découvrir l'existence du service d'éducation thérapeutique et de prendre un premier rendez-vous avec la médecin qui le coordonne.

Entre des patients masculins tutorés dans leurs parcours de soin et des patientes qui doivent faire preuve de leur engagement dans leurs processus de guérison, ce traitement différenciateur de genre laisse supposer que ces praticiens reprennent à leur compte les données qui établissent que les comportements prescrits aux hommes et aux femmes induisent des rapports différenciés à la santé, et par conséquent des variations de consommation médicale. Ceci pose alors la question de la fonction sociale de cette séparation entre les deux sexes. Lorsque la considération différenciée du surpoids s'imisce dans la relation thérapeutique, n'est-il pas une façon supplémentaire d'instituer de manière durable une différence de valeur entre les corps masculins et féminins ? Entre impératif de correction des corpulences et fatalité du destin pondéral, entre l'urgence à agir qui remobilise la dimension interventionniste du rôle de médecin et celle qui est déléguée comme compétence attendue du rôle de patiente, voire reportée tant que l'adiposité n'est pas trop coûteuse, c'est finalement la polarisation des conceptions causales¹ de l'obésité qui se dessine ici. Imputée à un mode de vie malsain, l'obésité exogène des hommes impose une riposte thérapeutique qui vise à corriger ces pratiques, consacrant la légitimité du soignant à intervenir. Attribuée à des prédispositions féminines (métaboliques et psychologiques), la maladie devient endogène. Tout aussi « naturellement » enclines à développer cette pathologie que soumises à un devoir de santé, à elles de contrôler leur corpulence, consacrant la légitimité du soignant à responsabiliser les patientes dans leur cheminement vers la guérison.

Enfin, l'information peut également être de source médiatique. La chirurgie bariatrique ayant fait l'objet d'une forte médiatisation, c'est ainsi que Marie, Pauline, Jacqueline, Nadine, Véronique et Antoine ont eu vent de la technique. D'abord alertées par des reportages télévisuels, les femmes décrivent toutes être prises entre deux sentiments : d'un côté l'espoir qu'une réelle solution puisse enfin venir régler leur problème pondéral, de l'autre la crainte que tout ceci ne soit trop beau pour être vrai. A chacune sa méthode pour régler cette tension. Marie (éducatrice spécialisée) et Véronique (aide-soignante) effectuent des recherches sur internet

¹ **Laplantine F. (1993),** *Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la sociétés contemporaines*, Paris, Payot.

pour tenter de vérifier la viabilité d'une telle perspective. Pour cela, elles naviguent entre blogs de patients et sites médicaux. Entre témoignages et données plus scientifiques, il s'agit de mesurer le pour et le contre, de mûrir le projet, pour elles-mêmes, mais aussi pour le développer, arguments à l'appui, lorsqu'elles auront à en échanger avec leurs époux respectifs. Pauline (assistante maternelle), elle, en parle directement à son conjoint, misant sur son bon sens comme garde-fou. Cela engage de longues conversations à partir du visionnage, à deux, du reportage mis à disposition sur *You tube*, quelques semaines après sa diffusion en *prime time*. Jacqueline (assistante maternelle) commence par appeler son fils, agent de sécurité dans un hôpital, pour qu'il se renseigne sur la réalité et surtout le sérieux d'une telle pratique. Une fois rassurée, elle aborde le sujet avec son mari. De son côté, Nadine (assistante d'achats) a remarqué que l'une des témoins résidait à proximité de chez elle. Après avoir trouvé son numéro dans l'annuaire, elle l'appelle. Trois heures de conversations plus tard, son interlocutrice l'invite à venir rencontrer d'autres patients au sein de l'association qu'elle préside. Quelques semaines après, sûre que la chirurgie bariatrique sera son salut, elle finit par en parler à son conjoint afin de recueillir son point de vue. Fortes de leurs expériences décevantes des régimes qui ont été successivement à la mode, en même temps qu'elles ne peuvent renoncer à maigrir pour de bon, la médiatisation de cette technique révolutionnaire d'amaigrissement (tant dans sa méthode que dans ses résultats) les met dans une posture délicate. Entre attraction (mais il faut se méfier du spectacle) et distanciation (mais comment faire fi de cette promesse), parce qu'il ne s'agit plus d'un simple régime pour perdre du poids, mais d'une chirurgie qui peut les rendre méconnaissables, elles n'ont d'autres choix que de prendre des garanties, au rang desquelles figure l'aval de leur conjoint. C'est alors à partir de l'éclectisme des ressources individuelles, et des variations des rapports de domination au sein du couple, qu'elles construisent, chacune à leur manière, le meilleur moyen d'argumenter.

Antoine fait une toute autre expérience de l'articulation entre médiatisation de l'obésologie et négociation conjugale. Alerté sur son état de santé par le diagnostic d'une apnée du sommeil, il fait état de ses inquiétudes à son épouse. Ensemble, ils consacrent une soirée à visiter de nombreux sites de santé sur internet. A force de navigations, ils y découvrent l'offre bariatrique, s'informent sur la technique chirurgicale et ses effets. Antoine se retrouve alors face un dilemme. Son rapport de défiance vis-à-vis du milieu hospitalier et sa peur de l'anesthésie générale l'inciteraient plutôt à mettre de côté cette option. En même temps c'est une manière rapide, efficace, de régler ses problèmes de sommeil et de poids. Il hésite entre « *plusieurs mois de galère* » et la perspective d'une vie austère puisque, sans opération, il sait

qu'il faudra se contraindre à une hygiène de vie rigoureuse, s'il ne veut pas que les choses s'aggravent. Afin d'avoir un aperçu concret de ce qu'implique l'opération, en amont comme en aval, sa conjointe et lui visionnent un documentaire trouvé sur internet quelques jours plus tôt. C'est dans un moment qu'il décrit comme un élan de courage, qu'il tranche. Il appelle aussitôt l'hôpital pour être certain de ne plus pouvoir changer d'avis.

Par ses résultats impressionnants, la chirurgie correspond aux normes télévisuelles du sensationnel, par les bouleversements biographiques qu'elle induit, elle colle également parfaitement à l'offre de visibilité des anonymes, que développe la toile numérique. L'obésité, par le coup d'arrêt qu'elle marque dans le « quant à soi » (le poids des échecs de normalisation s'accumule, la vie est en danger) est, de fait, un réceptacle de la banalisation de la chirurgie qu'interroge brièvement Olivier Lepiller, en conclusion de son article¹. Toutefois ces récits-là indiquent que, du fait de la nature même de la source, l'information, pour être créditée, demande vérification. Pour les femmes, soumises à la domination masculine qui exige d'elles une mise en scène de leur corps, il s'agit avant tout d'être crédibles elles-mêmes. Pour Antoine, l'enjeu est de s'assurer qu'il pourra continuer d'user de son physique comme il l'entend. Deux manières genrées de rationaliser l'illusoire du spectaculaire qui montrent que, même en matière de santé et d'image corporelle, l'idée d'une mollesse des dominés n'est pas suffisante pour comprendre l'efficacité de la diffusion des messages dominants. Comme le montre Vincent Goulet², à propos des questions politiques et sociales, celle-ci (sous couvert d'un élargissement des données) tient plus de la concordance entre les usages médiatiques de l'information et les besoins psychologiques et sociaux d'acteurs qui sont parlés au nom de leur corpulence.

Que l'information sur l'offre obésologique soit de source profane, professionnelle ou médiatique, le canal a un genre. D'un côté, des hommes à qui l'on soumet l'impératif de réagir, voire pour qui les médecins prennent rendez-vous. De l'autre côté, des femmes qui, soumises à l'indicatif corporel ainsi qu'à la diffusion, en continu, des messages hygiénistes, ont par essence une affinité avec la bariatrie. Les manières d'être précisément renseignées sur ses déclinaisons thérapeutiques, et son organisation locale, ne dépendent que de la composition de leur réseau social.

La gestion de cette information, si elle est toujours traitée par les enquêtés, comme un élargissement du champ des possibles génère des temporalités là aussi différenciées selon le

¹ Lepiller O. (2015), « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans. », art. cité, p.251.

² Goulet V. (2010), *Médias et classes populaires. Les usages ordinaires des informations*, Paris, INA Éditions.

genre. Excepté David, qui reste sourd aux recommandations de son médecin-traitant autant qu'aux sollicitations de sa mère¹, et Antoine qui prend quelques jours pour régler son dilemme, les six hommes du *corpus* décrivent une immédiateté entre le moment où ils reçoivent des renseignements concrets sur l'offre thérapeutique et leur décision de s'y essayer. A l'instar des trois enquêtés cités plus haut, pour qui la surcharge pondérale est d'emblée un diagnostic puisque associée, par les médecins, à des comorbidités, Frédéric, Patrick et Yoann placent dans la même unité de temps le moment où ils réalisent que leur santé est en danger et celui où ils accèdent aux modalités de soin existantes. Le problème survenant avec sa perspective de solution, c'est sans attendre qu'ils se décident à la tester.

Les femmes, elles, décrivent majoritairement une temporalité plus longue, pouvant aller de quelques jours à une année. Entre introspection et consultation de l'entourage, cette période est une négociation indispensable aussi bien avec elles-mêmes qu'avec leurs proches. Si les écarts d'autorisation sociale à s'occuper de son état de santé avantagent les femmes², cette même construction des usages genrés du corps leur impose de ne pas se lancer « à corps perdu » dans la médicalisation de leur corpulence.

La prise en charge « obésologique », annoncée comme longue, et espérée comme radicale, convoque les femmes, comme les hommes, aux autres façonnements des identités de genre. Inscrits dans un rapport « *hédoniste et utilitariste* »³ à la santé, le poids, devenu maladie, est une urgence à traiter qui n'exige des hommes aucune autre forme de transaction que celle d'admettre la morbidité de leur adiposité. L'absence de représentation positive, « *trait dominant du rapport que les femmes entretiennent à leur santé* »⁴, induit qu'elles prennent le temps d'une certaine réflexion pour mesurer le pour et le contre d'un tel engagement. Souvent déjà initiées aux techniques d'amaigrissement, voire expertes, au regard de la longévité et de la diversité des cures antérieures, quels avantages mais surtout quels risques représente cette offre thérapeutique ? Risques biologiques, liés à l'anesthésie et à la perte de poids massive, en cas de chirurgie, et associés à la restriction dont elles connaissent les effets pervers puisque c'est précisément ce qui les conduit à cet instant décisif. Également risques d'atteinte aux rôles domestiques qui leur incombent. Si les récits de prise de poids révèlent à quel point l'ascension

¹ La mère de David finira par elle-même organiser la première prise de contact avec le service d'éducation thérapeutique (allant jusqu'à l'y accompagner).

² Au sens d'une consommation médicale plus préventive et d'une perception plus fine des symptômes morbides.

³ Résultats établis par Anne-Sophie Cousteaux à partir d'une classification des lemmes et segments caractéristiques de la bonne santé, dans les discours masculins, recensés par l'INSEE lors de l'enquête sur les « Comportements vis-à-vis de la santé » de mai 2001. **Cousteaux A.S. (2011)**, *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, op cit., p.190.

⁴ *Ibid.*, p.191.

pondérale est vécue comme un manquement aux devoirs de mère ou d'épouse, et même de fille, quels périls représentent la transformation de soi, l'engagement au long cours dans une entreprise de soi, pour ces mêmes rôles ? Ce sont autant de doutes que la patientèle féminine décrit devoir résoudre avant de s'approprier l'offre « obésologique » comme un possible. La nature des négociations, avec soi, avec l'entourage, elle, varie selon l'âge et l'environnement social. C'est ce qui sera exposé dans la seconde section de ce chapitre.

En se conformant, à l'ordre établi qui marque une frontière entre profanes et experts, symbolisée dans le domaine de la santé, par le port ou non de la blouse blanche. En traitant, de manière distincte, deux canaux d'information sur la diffusion de l'offre « *obésologique* » : l'un par la voie des femmes de l'entourage proche, catégorisées au rang des « *incitatrices* » ; l'autre par celle des soignants labélisés comme des « *prescripteurs* », ces quelques lignes permettent d'avancer qu'en matière de traitement du surpoids le genre nuance cette séparation entre non-initié et savant. Dépourvues du titre de professionnel de la santé, les femmes ont mandat pour prendre soin de leur corps comme celui des membres de leur famille. Par cette prescription sociale, il leur appartient autant de savoir prévenir l'émergence de différents maux, que de savoir quoi faire lorsque ceux-ci apparaissent. Sommées par les autres d'être à la hauteur de cette fonction, mais aussi inspirées intrinsèquement pour s'y conformer, trouver le remède à une santé qui se dégrade en raison d'un excès de poids est un devoir que la plupart d'entre elles prennent à bras le corps, bien avant de s'engager dans une « carrière obèse ». Que cette démarche soit inhérente au seul fait d'appartenir au groupe des femmes qui doivent maigrir, qu'elle soit la conséquence de tentatives d'amaigrissement tenues en échec ou qu'elle s'inscrive dans une quête exhaustive de toute la documentation disponible à ce sujet, dans tous les cas, ce n'est pas tout à fait profanes, voire dotées d'un savoir conséquent sur la bariatrie qu'elles poussent les portes des services « obésologiques ».

1.2 Quand le genre pèse sur le recrutement des patients.

« Alors je les ai surpris parce que moi j'allais quand même à la gym. Contrairement à beaucoup de gens obèses. Donc bon, j'ai quand-même fait le sport ici, c'était fortement conseillé, quoi ! »

[Michèle, 61 ans, retraitée (cheffe de projet), opérée depuis 7 ans]

Lorsque chacun et chacune pousse les portes des services « obésologiques », c'est avant tout dans l'optique d'aller vérifier, auprès des spécialistes, ce qui les attend réellement. Ce que

les hommes attendent de ce premier rendez-vous peut se résumer à un plan d'action : quel est le diagnostic du spécialiste ? Quels risques incontestables représente leur corpulence pour leur santé ? Puis, après cette phase d'analyse experte, quelle mise en œuvre opérationnelle ?

L'ensemble du dispositif est remarquable. C'est une chaîne complémentaire et logique. Ça nous donne quand-même des outils, enfin des occasions de réussir le parcours. Parce qu'au départ, on veut pas admettre cette réalité, de dire on est en surpoids, etc. Et pis on commence à prendre une pilule pour le cholestérol, une pilule pour la tension et puis ça s'ajoute. Ça faisait un moment que ma femme tentait de me dire qu'il fallait faire quelque-chose mais j'étais pas prêt dans ma tête. Et pis un jour elle a eu vent de ce dispositif. Du coup, le médecin traitant m'a prescrit, enfin, une lettre au Dr. Le temps d'avoir un rendez-vous, y'a un peu de temps qui se passe. [soupir] Enfin, je suis venu en disant, je me suis demandé si j'allais venir ou pas à ce rendez-vous, si j'allais pas annuler parce que je sais pas... enfin fallait que je vois. Et ben la balance a parlé, quoi. Mais le Dr a bien décrit le programme, le parcours sportif, l'aquagym, les rencontres à thème, dans le service, à travers divers ateliers. Et puis surtout, ce qui m'importait beaucoup, moi, c'est un suivi, marquage à la culotte, par une diététicienne et une psychologue. Je me ressentais le besoin d'être encadré, de devoir passer par des voies obligées pour faire le point de temps en temps. On signe un contrat au départ, je trouve que c'est bien. On nous fait signer un contrat, hein ! Comme quoi on s'engage pour trois ans à pratiquer le sport, à faire le maximum des activités proposées. Et puis ben faire aussi attention à ce qu'on mange. [silence]

[Patrick, 55 ans, ouvrier qualifié, ETP depuis 2 ans]

La plupart des femmes vient vérifier tout autre chose lors de cette première entrevue, requalifiée de rencontre. Inscrites dans une consommation médicale souvent plus assidue et plus ancienne, marquées par des interactions patient/soignant précisément altérées par leur adiposité, la priorité est de rencontrer un médecin attentif et bienveillant, qui abordera ouvertement, et sans jugement, la question du poids et celle de ses effets, aussi bien physiques que psychologiques.

J'habite juste à côté donc je me suis dit : pourquoi pas tester, de toutes façons faire un premier rendez-vous pour, voilà, ça n'engage à rien. Après si le programme me convient ou quoi, là oui. Et du coup j'ai fait de vraies rencontres avec des médecins qui nous écoutent et qui sont là pour nous aider, tous. Ici le personnel professionnel, il n'est pas là pour juger, il est là pour nous aider. Et je crois que c'est ça qui fait beaucoup. Ici c'est vrai que c'est vraiment ... y'a tout qu'est fait pour nous ! Rien que les sièges, les lits ! Quand on a notre première journée d'hospitalisation pour tous les tests et tout, on est dans des lits parce que y'a des tests qu'on doit faire après avoir passé un certain temps allongé et ben les lits, ils sont hyper grands ! Enfin on se sent normal alors que les meubles sont XXL mais ça fait du bien ! Ça fait du bien parce que du coup on n'a pas à se poser la question si on va casser le lit ou pas. C'est tout bête. C'est une question que quelqu'un qui a un poids normal ne se poserait pas, nous on se la pose régulièrement, je crois. [sanglots] Je pense que c'est de l'échange vraiment libre, quoi ! Et pis c'est une confiance aussi ! Parce qu'on met quand-même, on met trois

ans de notre vie dedans donc faut quand-même qu'on ait confiance dans le programme.

[Delphine, 34 ans, comptable, ETP depuis 2 ans]

Les uns à la recherche d'une technicité médicale efficace, les unes en quête d'une équipe médicale empathique, entre savoir-faire et savoir-être. Derrière cette polarisation des qualités espérées chez les soignants (techniques ou humaines), si tous viennent vérifier que le traitement saura les faire maigrir, c'est finalement le sens de la croyance en l'efficacité de l'« obésologie » qui a un genre. La future patientèle masculine se laisse convaincre par un protocole qu'ils interprètent comme une « riposte thérapeutique » qui saura expulser la masse grasseuse devenue pathogène. Leurs homologues féminines attendent de la « relation thérapeutique » le « petit plus » qui leur manque pour venir à bout de ce stigmat. Qu'elles aient tenté de le corriger en amont, ou non, elles savent d'emblée que leur métabolisme est défaillant autant qu'elles ont incorporé que leurs fragilités sont un terreau propice à l'aggravation de la maladie. Ainsi l'homologie entre la construction sociale du féminin et du masculin et la polarisation des cadres interprétatifs de l'adiposité façonne les manières d'appréhender les perspectives thérapeutiques de l'offre « obésologique ».

Puisque l'obésité est une maladie de la dépense calorique, l'engagement dans une « carrière obèse » est principalement conditionné, pour les hommes, par une approche comportementale qui leur permettra de rééquilibrer leur balance énergétique (manger moins, bouger plus) et dont l'échéance sera la correction de leurs mauvaises habitudes. Les perceptions féminines de la maladie sont multifactorielles. Il est toujours question de rééquilibrage énergétique. Cependant, leurs trajectoires leur ont appris que la difficulté ne réside pas dans la transformation des comportements mais plutôt dans la neutralisation de leur nature profonde. Que ce soit pour des raisons de terrain familial, de personnalité pathologique, de biographies chaotiques ou de dysfonctionnements de leurs propres usages du corps (le plus emblématique étant la restriction alimentaire éclipse¹), et parfois pour tous ces motifs réunis, leur métabolisme est perverti. Le corriger totalement est presque impossible. Ce qui importe c'est d'en contenir les manifestations, de restreindre les occasions d'expression de cette matrice autodestructrice qui sommeille en elles. Lorsque l'« obésologie » est mise en perspective, en fonction des trajectoires et des insertions sociales, cette représentation de la maladie et de sa rémission, se traduit par une représentation du traitement qui oscille entre deux pôles. A une

¹ **Martin-Criado E. (2015)**, « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de familles des classes populaires. », art. cité.

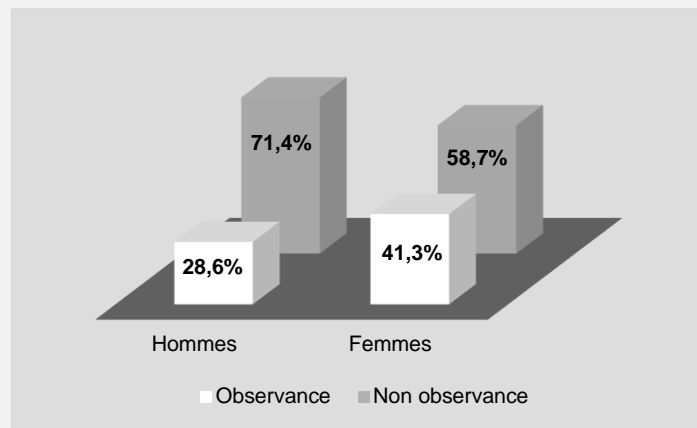
extrémité de cette échelle de perceptions, une démarche compréhensive. Son expression signifiante peut alors être empruntée à Marie (41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans) qui explique vouloir « *trouver les clés* ». Comme d'autres femmes du *corpus* qui partagent avec elle une proximité, professionnelle ou affinitaire, avec le champ des sciences humaines et sociales, comprendre pourquoi elles en sont arrivées là paraît le moyen le plus sûr de contrevenir à la chronicité de leur adiposité. Le pôle opposé réunit des femmes dont la propriété commune est une ascendance populaire, et qui expriment leur démarche en termes agonistiques, où le combat à mener est contre soi-même. A l'instar de Marcelle (67 ans, retraitée (chargée de développement), opérée depuis 1 an) qui veut se « *raboter le cerveau* », il s'agit d'anéantir la part d'elles qui met en péril leur destin corporel, quitte à soigner le mal par le mal.

Le genre, comme institution¹ héritée d'un travail de définition et de normalisation, joue également sur les manières de recruter leurs patients des « *obésologues* ». Non exempts de l'interprétation différenciée de la maladie (exogène pour les hommes, endogène pour les femmes), en même temps qu'avertis que le genre conditionne le rapport à la santé, les manières de diagnostiquer l'obésité, et de prescrire un traitement adapté, varient selon que les experts s'adressent à un homme ou à une femme. Si, comme cité plus haut, le calcul de l'IMC, par les « *obésologues* », attribue l'identité d'obèse et par conséquent l'impériosité de s'engager dans un travail pour guérir, le pronostic médical varie selon le genre. La prédiction d'un risque, voire d'une mort biologique, adressée aux candidats masculins, se double de celle d'une mort sociale lorsqu'elle est destinée à la patientèle féminine. Lors de la première consultation, nutritionniste, comme chirurgien, manient l'IMC, et les comorbidités qui lui sont associées (qu'elles soient déjà présentes ou non), comme une preuve experte que le poids est une maladie qui ne fera que s'aggraver sans leur intervention. Toujours violent, cet avertissement se circonscrit à l'intégrité physique des hommes, alors qu'elle implique les rôles sociaux attribués aux femmes. Ainsi, le même chirurgien annonce sans ambages à Frédéric, alors âgé de 49 ans, que s'il n'agit pas, il mourra avant 55 ans. La même issue implique la figure maternelle de Marie ou Pauline : « *si tu veux voir grandir tes enfants* », « *tu ne seras pas là pour voir grandir ton fils* ». Cette mécanique de l'usage différencié du *cure* et du *care* est également rapportée par les patients inscrits dans un programme d'éducation thérapeutique. La médecin extrapole les comorbidités encourues comme des atteintes potentielles à la concrétisation du projet de maternité de Delphine, ou encore au maintien de l'engagement que Dominique et Armelle ont, respectivement, auprès d'un frère handicapé ou de parents vieillissants. Bien-sûr, les faits relevés, par les uns et les

¹ Darmon M. (2010), « Des jeunesses singulières. Sociologie de l'ascétisme juvénile », art. cité.

autres, sont très certainement conditionnés par l'appropriation des identités féminines ou masculines. Les hommes ne retenant l'annonce experte que comme un risque pour leur propre intégrité physique, les femmes, socialisées en tant que telles, mémorisant, en *sus*, les conséquences pour leur entourage. Mais la pertinence de cette hypothèse n'atténue que peu la thèse d'une médicalisation différenciée de l'obésité. Confrontée à l'ensemble des données recueillies, qui ne se limitent pas aux seules prémices de la prise en charge, s'étendant à la globalité et à la longitudinalité des différents traitements, arrive la piste de la stratégie. La cohérence de cette possibilité tient du fait qu'il n'est ni nouveau, ni confidentiel, que la construction sociale du féminin et du masculin implique des rapports différenciés à la santé. Ainsi les médecins, en charge de recruter la patientèle pour leurs traitements respectifs, useraient de ces connaissances, adapteraient leurs discours, pour que chacune et chacun puisse s'approprier l'impératif d'être pris en charge pour son obésité. Là encore, cette réflexion n'est en rien une remise en cause du poids du genre dans les manières de faire et d'être des soignants à l'égard de la patientèle obèse. Il suffit de poursuivre l'analyse des entretiens des patients, notamment lorsqu'ils évoquent les propositions qui leurs sont faites, de les confronter aux discours des « obésologues », toute discipline initiale confondue, pour comprendre que les écarts d'interprétation de la maladie, par ceux qui ont pour mandat de la guérir, sont bien polarisés selon le genre. En totale adéquation avec les représentations qu'ont les hommes de leur propre adiposité, l'obésité masculine est décrite par les soignants comme la conséquence d'erreurs pratiques. Si les « obésologues » relèvent dans les dossiers médicaux des écarts d'observance du traitement, à la faveur de la patientèle féminine (Cf. encadré 18, p.318), lorsqu'ils échangent entre eux ou avec la sociologue, c'est pourtant le discours inverse qui domine.

Encadré 18 : ETP : Distribution de l'observance thérapeutique selon le genre.



Sources : Traitement statistique des 427 dossiers qui renseignent cette variable, sur les 560 dossiers médicaux de patients qui bénéficient d'une prise en charge d'ETP entre 2008 et 2017.

Que l'alimentation des hommes ne soit pas équilibrée ou qu'ils soient trop sédentaires, les experts de l'espace correctif des corpulences partagent la conviction qu'il suffit de pointer ces mauvais usages du corps, de leur fournir les recettes hygiénico-diététiques en vigueur, pour corriger leur comportement et ainsi les conduire sur la voie de la guérison. L'accompagnement des femmes, lui, implique de prendre un compte des troubles psychiques qui sont autant d'explications de l'obésité, que de la difficulté d'y remédier :

Pour moi le pilier ici c'est la psy ! Pour moi les patients ils devraient tous avoir une thérapie d'un an [rires] avant d'entamer. Particulièrement les femmes ! Parce que souvent ... enfin moi je trouve que la tendance ... on est ... les hommes on est quand même plus sur du comportemental. C'est, entre guillemets, moins compliqué une fois que la motivation est là, on est sur des erreurs alimentaires flagrantes. Les femmes on est très souvent, quand même, sur des compulsions alimentaires de grignotage, des excès de nourriture qui viennent en rapport avec un trouble psychique plus ou moins avoué en fait, hein !

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Désordre temporaire et superficiel du comportement pour les hommes, trouble insidieux et durable de la personnalité pour les femmes, cette polarisation des ressorts de l'obésité façonne les conditions mêmes du recrutement de la patientèle. Si les premiers sont avertis que la prise en charge implique qu'ils changent leurs façons de faire, les secondes sont également sollicitées pour réfléchir à leurs manières d'être, passées et à venir. Pourquoi ont-elles besoin de grignoter ? Quel vide cela comble-t-il ? Pourquoi veulent-elles réellement maigrir ? Quel désir se cache derrière ce projet de transformation corporelle ? Sont-elles prêtes à en assumer toutes les conséquences ? Ces questions sont le fruit de l'expérience des « obésologues » qui ont appris de leurs pairs et des récits biographiques d'anciennes patientes. Pour les femmes, un

lien peut être établi entre ingestion alimentaire et carence affective. En complément d'être un problème de santé, l'obésité est un stigmate qui porte particulièrement atteinte à l'estime de soi féminine. L'amaigrissement (surtout post-chirurgical) est souvent source de conflits familiaux, et notamment conjugaux. Ces questions, parce qu'elles sont spécifiquement adressées aux femmes, dessinent une personnalité obèse féminine périlleuse avec laquelle soignants et soignées ont à composer avant même que le traitement ne soit engagé. A la double conviction professionnelle que les effets de leur thérapeutique sont soumis à un travail sur soi en profondeur, et que seule une rémission est possible, font écho un rapport omni-préventif à la santé (où l'autosurveillance est la matrice féminine de l'entretien de soi), autant que la certitude que leur propre nature est une menace (et ce d'autant plus, pour la part majoritaire des enquêtées qui ont expérimenté les conséquences pondérales des restrictions alimentaires). De cette homologie des croyances découle un protocole de soins qui ne vise pas simplement à rééduquer les pratiques (« *elle le sait la dame qu'il faut pas qu'elle grignote* ») mais plus à atténuer des dysfonctionnements intrinsèques (« *il faut savoir pourquoi elle grignote* »).

Pour les deux types de patientèle, masculine et féminine, dès la phase de recrutement, l'institution médicale produit des croyances dont l'efficacité repose sur l'homologie structurale qui unit la socialisation professionnelle des experts et celle, genrée, des profanes, autour d'une définition différenciée de la maladie (de ses causes comme de ses effets) et ainsi des modalités de traitement à mettre en place. A des patients qui cherchent une médecine, l'« obésologie » présente des techniques et des pratiques correctives pour les soigner. A des patientes, plus en quête de médecins, les « obésologues » complètent l'énoncé par une invitation à l'introspection. Concrètement, dans la mise en place des programmes individuels d'ETP, cela ne se traduit pas par des écarts significatifs d'inscription, des patientes et des patients, aux suivis diététiques et d'activité physique (Cf. encadré 19), plutôt par des manières différenciées des soignants d'anticiper le bénéfice de ces deux accompagnements.

Encadré 19 : ETP : Genre et type de suivi

	Hommes	Femmes
Atelier(s) APA	71,7%	74,9%
Atelier(s) diététique(s)	65,2%	66,4%
Suivi diététique individuel	97,1%	96,7%
Suivi psychologique	35,5%	42,9%
4 suivis	15,9%	22,3%

Sources : Traitement statistique des 560 dossiers médicaux de patients qui bénéficient d'une prise en charge d'ETP entre 2008 et 2017.

Lors des réunions de synthèse organisées à l'issue des journées de diagnostic¹, il n'est pas rare de constater que, selon le genre des patients, les « obésologues » ne tiennent pas compte de la même manière de leur récit pour établir leur prescription. Ainsi, si un lien peut clairement être établi entre l'absence de pratique sportive et la recommandation d'ateliers d'APA, la description d'une activité physique régulière ne produit pas les mêmes effets selon qu'elle émane d'un homme ou d'une femme. Pour les candidats masculins, la proposition est d'emblée tue, au principe de la contre-performance encourue. Parce que le niveau des exercices d'APA est trop faible, parce que les activités proposées sont typiquement féminines², parce que les femmes représentent la majorité de la patientèle, cette option est considérée comme un risque qui pourrait mettre en péril les identités masculines (Cf. encadré 20).

Encadré 20 : Observation d'une réunion de synthèse du diagnostic éducatif.

Contexte : A l'issue des primo-consultations avec l'endocrinologue, les patients sont conviés à une journée de diagnostic où ils rencontrent, individuellement, chaque mandataire des disciplines qui interviennent dans la prise en charge organisée au service A. Ces examens sont l'occasion de recueillir les mesures biologiques (constantes et résultats de tests de condition physique), des données déterminant le fonctionnement psychique, l'anamnèse pondérale, les pratiques alimentaires et sportives ainsi que les attentes des patients à l'égard du traitement. Ces diagnostics sont discutés lors d'une réunion de synthèse afin de planifier un programme individualisé soumis à chaque candidat par l'infirmière. Ce n'est qu'après cette dernière étape que les deux parties signent un consentement de prise en charge qui homologue leur engagement mutuel. Participante en tant que stagiaire, mon statut de sociologue est connu de tous.

Enseignant APA : *Il a été pompier volontaire. Même si il ne pratique plus d'activité physique, il a fait du CrossFit, du basket, du volley. Non, vraiment on peut pas lui faire ça. D'ailleurs je lui ai même pas proposé. Je lui ai fait un programme adapté avec du cardio et du renforcement musculaire à domicile, et du VTT. On fera le point la prochaine fois. Mais je me voyais vraiment pas lui proposer « Gym sans complexes », ou quoi que ce soit ici.*

Endocrinologue : *Oui, c'est sûr que c'est compliqué. Dans son cas, c'est faire de la gym sur une chaise qui risque d'être un complexe !*

Diététicienne : *On sait pas, au milieu de toutes ces femmes, il aurait pu en tirer du bénéfice, montrer ses muscles.*

Enseignant APA : *Non, mais attends, même si tout le monde ne fait pas de la gym sur une chaise, ça dépend des capacités physiques de chacun, je le vois pas faire de la gym adaptée. Je sais pas, déjà qu'il souffre de plus être pompier, qu'il a mauvaise image de lui, ça lui aurait mis une claque si je lui avait juste parlé de ça. En tout cas je l'ai pas fait. Il est motivé, il va respecter le programme. On fera le point sur sa pratique et pour l'encourager dans sa démarche. Il a juste besoin de réassurance et de conseils. D'ailleurs plus en diététique, mais de la gym adaptée, certainement pas ! Ce serait à contre-emploi ...*

Diététicienne : *Non mais je rigole, évidemment qu'on adapte !*

¹ A l'issue des primo-consultations avec l'endocrinologue, les patients sont conviés à une journée de diagnostic où ils rencontrent, individuellement, chaque mandataire des disciplines qui interviennent dans la prise en charge. Ces examens sont l'occasion de recueillir les mesures biologiques (constantes et résultats de tests de condition physique), des données déterminant le fonctionnement psychique, l'anamnèse pondérale, les pratiques alimentaires et sportives ainsi que les attentes des patients à l'égard du traitement. Ces diagnostics sont discutés lors d'une réunion de synthèse afin de planifier un programme individualisé soumis à chaque candidat par l'infirmière. Ce n'est qu'après cette dernière étape que les deux parties signent un consentement de prise en charge qui homologue leur engagement mutuel.

² Trois types d'ateliers sont proposés : gymnastique en salle, aquagym et marche nordique.

Endocrinologue : *Bon, de toutes façons il est motivé, son objectif est de réintégrer une caserne ? Alors le problème est réglé ! Autant garder nos places. Et puis, on n'est pas un club de rencontres !*

Psychologue : *Oui, enfin je pense surtout que sa confrontation aux autres patients serait douloureuse pour tous, lui renvoyant son échec de garder un corps performant et aux autres leurs propres incapacités.*

Médecin : *Bon ! On commence ! C'est pas la récré, j'ai encore plein de trucs à faire !*

Cet effacement de l'enseignement adapté de l'activité physique est loin d'être un systématisme lorsque les soignants ont affaire à des femmes, aussi sportives soient-elles. Dans ce cas, comme pour leurs homologues qui ne pratiquent pas, ou plus, de sport, c'est à elles que revient le choix d'adhérer ou non à ce type de suivi. L'objectif de ces écarts de traitement se fait au nom d'une bienveillance attentive qui ne veut interférer ni dans l'estime de soi des sportifs masculins, ni dans les capacités féminines à faire un choix judicieux pour elles-mêmes. Il n'en demeure pas moins que ces hommes sont ainsi privés de la possibilité de se prononcer à propos de cette part de l'accompagnement thérapeutique, pendant que l'engagement sportif de ces femmes n'évite pas qu'elles soient traitées au même titre que les recrues non-sportives. Cette aphonie des pratiques féminines apparaît également lorsque les soignants considèrent la nécessité d'ateliers diététiques. Si ces derniers visent à l'apprentissage de la lecture des étiquettes des aliments, de la gestion des quantités et du rééquilibrage alimentaire, leur proposition n'est qu'exceptionnellement corrélée à l'expérience déclarée dans ces domaines. La démultiplication des tentatives d'amaigrissement qui pourtant jalonne une grande part des biographies féminines n'est pas considérée comme une preuve suffisante d'expertise, ni même d'initiation, dans le champ des règles *hygiénico*-diététiques. A moins que les patients ne formulent d'emblée leurs incompétences et soient ainsi directement sollicités pour apprendre les bases d'une alimentation saine, la proposition des ateliers diététiques est soumise à l'évaluation des diététiciennes. Au gré des consultations individuelles où les patients sont invités à décrire leurs pratiques alimentaires quotidiennes, celles-ci évaluent leur degré de profanité, la seule preuve du savoir étant le bien-faire. C'est ainsi, qu'au même titre que les hommes qui ne se sont, bien souvent, pas spécifiquement emparés des messages d'hygiénisation alimentaire¹, les femmes sont plus de 65% à participer aux ateliers diététiques.

Interrogées sur ces propositions thérapeutiques qui finalement ne tiennent pas compte de leurs pratiques, les patientes du *corpus* n'en parlent pas en ces termes. Michèle et Delphine qui partagent à la fois un passé de compétition sportive et des pratiques d'activités physiques

¹ Sélectionner les aliments en fonction de leur teneur en nutriments en étant à minima vigilant au Nutri-Score ; surveiller les quantités absorbées ; équilibrer les repas en y incluant des fruits et légumes qui réduiront la part d'acides gras saturés et de sucre.

toujours régulières, ou même les enquêtées les plus expertes en règles et usages diététiques¹, ne considèrent pas la prescription d'ateliers d'APA ou de diététique comme un affront qui nierait leurs compétences. Y souscrire est une manière, autant d'exploiter, dans son intégralité, la proposition pluridisciplinaire qu'offre l'« obésologie », que de démontrer le sérieux de leur démarche, preuves, en somme, de leur bonne volonté culturelle :

R : Donc à la fin de la journée, quand l'infirmière m'a confirmé que je pouvais rentrer dans le programme, j'ai tout pris ! La totale ! Les ateliers, les suivis individuels. Je me suis dis « ma fille, c'est une chance de rentrer dans ce programme, alors vas-y fonce ». D'ailleurs, après, quand ils m'ont proposé [programme du service C], j'ai pris aussi ! [...] Alors j'ai commencé par faire les activités physiques de l'enseignant APA et puis les trucs en vidéo, là ! Renforcement musculaire ! C'est un peu après que sont venus les ateliers. A chaque fois qu'on me les proposait j'y allais. Comme j'ai fait des études de conseillère ESF j'avais fait un peu de diététique. Ça m'a rassuré parce que je connaissais quand-même pas mal de trucs ! Bon on en apprend toujours hein ! Mais après [au service C], ben j'ai refais les ateliers !

Q : Les mêmes ?

R : Ben comme c'est pas les mêmes personnes ça se passe pas pareil. Bon, sur le contenu c'est un peu la même chose, bis repetita, quoi ! Enfin trois fois pour moi, parce j'avais mes acquis d'ESF, j'en savais quand-même pas mal !

Q : Et, c'est pas lassant de réentendre des choses qu'on sait déjà ?

R : En fait, c'est pas une question que je me pose, je me dis « j'y suis, je joue le jeu ! » Y'a rien d'obligatoire, c'est moi veut mettre toutes chances de mon côté !

[Isabelle, 50 ans, enseignante spécialisée, ETP depuis 2 ans]

Socialisées en qualité de femmes trop grosses, qui ne réussissent pas à maigrir durablement, ces enquêtées sont disposées à croire en la légitimité de l'institution « obésologique », des normes et des attentes qu'elle produit à l'égard de celles qu'elle sélectionne. Accepter d'intégrer des ateliers d'APA ou de diététique n'est pas une remise en cause de soi (ne pas avoir réussi à maîtriser leur ascension pondérale les rend sûres de leurs propres défaillances), mais bien une remise de soi à l'institution (elles espèrent en la légitimité de ses médiateurs que sont les « obésologues » autant qu'elles croient remplir les conditions pour être des recrues idéales). L'un des exemples emblématiques de cette croyance s'est d'ailleurs joué lorsque la première association de patients était en place. A l'époque, l'éducation thérapeutique en est à ses balbutiements, les ateliers *intra-muros* n'existent pas. A leur place, une activité associative, déclinée autour des deux grands axes de l'approche calorique de l'obésité (alimentation et activité physique), déléguée, par son chirurgien fondateur, à quelques

¹ Plusieurs enquêtées sont suivies par des diététiciennes pendant des années, parmi lesquelles Clémentine qui a été accompagnée par une professionnelle pendant près de la moitié de sa vie (13 ans sur 28) ; d'autres ont été formées à ces pratiques au cours de leur professionnalisation, c'est notamment le cas de Véronique (aide-soignante) ou d'Isabelle (titulaire d'un DE de conseillère en économie sociale et familiale).

bénévoles opérés. Les six patientes du *corpus* qui ont fait le choix de la chirurgie à cette période relatent alors un double recrutement, médical et associatif. Dans le cadre de leur primo-consultation, au même titre que le chirurgien diagnostique l'obésité, en présente l'ensemble de ses risques morbides, détaille les techniques opératoires (leurs avantages comme leurs inconvénients), déroule l'ensemble des étapes du parcours préopératoire, ce dernier présente l'association de patients. Il l'a définie comme une ressource complémentaire pour se préparer à l'opération et à la transformation de soi qu'elle induit : aux professionnels, les informations et les interventions techniques d'expertise, aux patients associés, celles, expérientielles du vécu. Si y adhérer n'est pas présenté comme une obligation, le simple fait que ce discours soit tenu, au moment du recrutement, par celui qui vient de labeliser le statut de malade en même temps qu'il s'impose comme le maître du geste qui saura les guérir (l'efficacité de son acte étant tout de même assujettie à l'observance des patients) produit toujours les mêmes effets. Toutes souscrivent à une adhésion d'un an dans les semaines qui suivent la consultation. Interrogées sur le sens de cette inscription, ces enquêtées expliquent partager (ou avoir partagé) deux croyances communes : celle, en l'efficacité du système, dessiné, par le chirurgien, comme un ensemble où tout se tient¹ (technique médicale + expérience des patients > observance = transformation pérenne de soi) ; et celle en l'impériosité de devoir faire leurs preuves pour être éligibles à cette « opération de la dernière chance »² :

R : Il m'a fait peser, m'a regardé l'indice de masse corporelle pour que je puisse savoir le poids que je faisais. 150 kilos que je faisais quand-même. Il m'a dit vous êtes vraiment au-dessus mais tout va rentrer dans l'ordre quand après vous aurez eu votre opération et puis voilà ... Et puis après il explique tout ce qu'y a à faire avant l'opération. Du coup, j'ai vu le pneumologue, le cardiologue. J'ai vu la psychiatre, l'endocrinologue. On a eu l'hôpital de jour, le psy ... Et puis les rendez-vous avec les chirurgiens, les médecins, je m'en rappelle plus tellement y'en avait tellement.

Q : A votre avis, pourquoi est-ce qu'ils vous demandent de voir autant de personnes avant l'opération ?

R : Moi, pour moi, c'est pour voir si on est vraiment prêts, si on, si ça convient l'opération, si on est vraiment prêts dans notre tête. Et puis on allait aux réunions une fois par mois !

Q : C'est quoi ça les réunions ?

R : Les réunions, c'est pour voir les gens qui ont été opérés, les gens qui étaient pas opérés et puis à chaque fois, y'avait des thèmes.

Q : Ah oui ! C'était avec l'association ? C'était [la première] ?

R : Voilà ! C'était ça ! Ça c'était bien ! Ça c'était intéressant, ça ! Y'avait les médecins, y'avait la chirurgie, y'avait ceux qui ... euh ... enlevaient après au

¹ Lévi-Strauss C. (1949), « L'efficacité symbolique », *Revue de l'histoire des religions*, Vol.135,n°1, pp. 5-27.

² La totalité des patientes (inscrites dans un parcours chirurgical) du *corpus*, mais aussi celles rencontrés de manière plus informelle, notamment lors des immersions au sein des associations, emploient précisément cette terminologie lorsqu'elles évoquent l'opération, que celle-ci ait eu lieu plusieurs années en amont ou qu'elle soit l'objectif à atteindre dans les prochains mois.

*niveau de la peau, y'avait plusieurs diététiciennes et tout ça ! C'était génial !
Pourtant, la première fois que j'y ai été j'étais pas à l'aise ... La peur ... On avait
l'impression que ça faisait ... C'est ce que je dis ... euh ... fallait donner son nom
... je me disais j'espère qu'il vont pas demander quel poids, quel poids on faisait...
ça, ça me bloquait ...*

Q : Pourquoi vous y êtes allée la première fois ? C'est obligatoire ?

*R : Ça encourage, ça encourage. On voit les autres personnes qui l'ont eu, ça aide
beaucoup ! Et puis c'est quand-même le docteur qui en parle alors vaut mieux ...
C'est que c'est important, quoi !*

[Jacqueline, 55 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

L'expérience vécue des désordres qu'engage la surcharge pondérale, à la fois stigmaté corporel et risque pour la santé, rend inacceptables l'obésité et ses comorbidités comme pronostic médical d'aggravation de la situation. Peu importe de croire aux bienfaits de l'immersion totale dans l'univers indigène de la bariatrique, peu importe, même, l'appréhension que cela génère, Marie, Brigitte et les autres, ne peuvent pas douter que fréquenter avec assiduité l'association est une clause du contrat. Y souscrire est une manière pour que leur acharnement à se faire un corps acceptable soit consacré par le chirurgien qui affirme, qu'après son intervention, « *tout va rentrer dans l'ordre* ». Un peu comme si « *le caractère consubstantiellement inatteignable des normes qui s'exercent sur le corps féminin* »¹, exacerbé par une *hexis* corporelle qui dénature, autant le travail mis en œuvre pour produire un corps, que leur bonne volonté culturelle, les avait attachées à l'institution avant même qu'elles n'y soient recrutées.

Au même titre que n'importe qu'elle autre médecine, l'« obésologie » est un marché défini par les règles de la rencontre entre l'offre thérapeutique et la demande des patients. Parce que l'obésité est une pathologie qui bouleverse la forme des corps socialement définis comme différemment achevés et achevables selon le genre², le recrutement de la patientèle obèse par l'institution « obésologique » varie selon que les candidats soient des femmes ou des hommes. Les conceptions causales de la maladie, différenciées, elles aussi, selon le genre, renforcent ces variations. Tant dans les raisons qui poussent les acteurs en surpoids à s'en remettre à l'institution médicale pour corriger leur corpulence, que dans les perspectives que leur proposent les « obésologues » ; et par conséquent dans les manières dont se rencontrent la demande et l'offre. Reste à analyser ce que fait cette consécration de la différence entre les

¹ Darmon M. (2006), « Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps. », art. cité, p.446.

² Muriel Darmon rappelle que « *Plus que les hommes, les femmes sont dans l'obligation et le devoir de « produire » et « reproduire » leur propre corps pour en faire un objet acceptable aux yeux d'autrui.* » Ibid. p.445.

sexes aux identités de chacune et chacun. En reprenant les propos de Pierre Bourdieu, « instituer, assigner, une essence, une compétence, c'est imposer un droit d'être qui est un devoir être (ou d'être). C'est signifier à quelqu'un ce qu'il est et lui signifier qu'il a à se conduire en conséquence »¹. Alors, quels sont les effets de ce traitement différencié ? A quel point, la différence biologique entre les sexes, ainsi célébrée, façonne-t-elle le travail thérapeutique une fois que les individus sont sélectionnés par l'institution médicale ?

II – L'âge de faire carrière.

En partant du double constat que l'âge de la prévalence de l'obésité n'est pas celui de sa prise en charge (Cf. encadré 21) et que la pyramide des âges varie selon le type de traitement (Cf. encadré 22, 326), cette section vise à rendre intelligible les liaisons entre âge, genre, représentations de la santé² et traitement de l'obésité.

Encadré 21 : Prévalence et traitement de l'obésité selon l'âge.

	Prévalence*	Traitements **	
		Chirurgie	ETP
17-24 ans	9,20%	5,05%	7,86%
25-34 ans	13,80%	23,17%	18,21%
35-44 ans	16,70%	31,09%	20,89%
45-54 ans	18,40%	23,76%	27,14%
55-64 ans	19,20%	14,06%	19,11%
65 et +	19,90%	2,87%	6,79%
		100,00%	100,00%

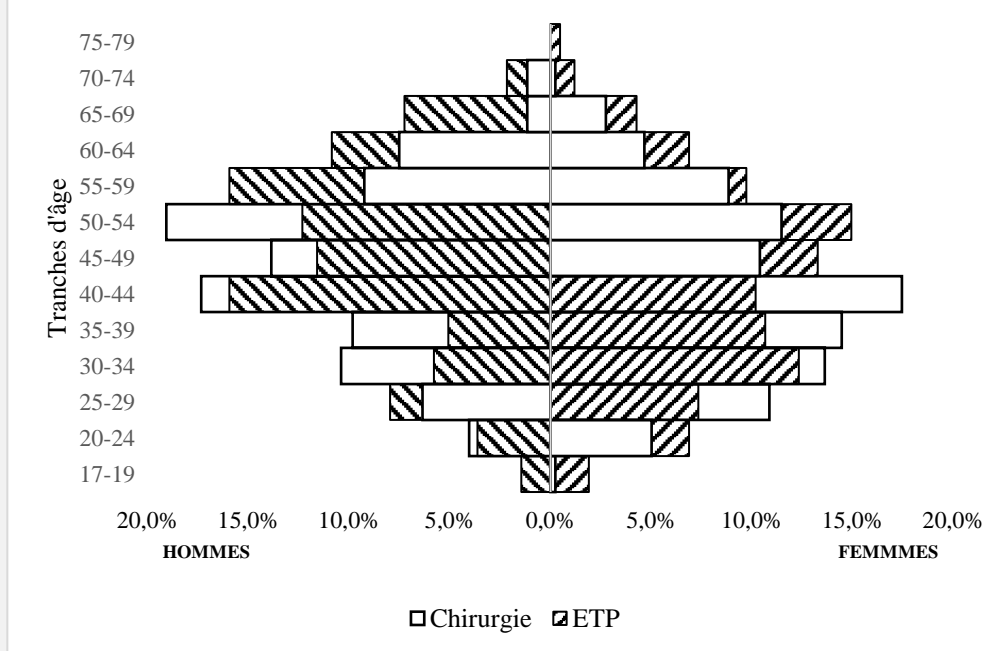
*Sources : Enquête Obépi-Roche, 2019.

** Sources : Traitement statistique des 1570 dossiers médicaux de patients qui bénéficient d'une prise en charge entre 2008 et 2017.

¹ Bourdieu P. (1982), « Les rites comme actes d'institution. », art. cité, p.60.

² Anne-Sophie Cousteaux rappelle que « derrière les grandes idées modelées par l'âge, qui ont été décrites précédemment – le bien-être des plus jeunes, la prédominance de la question du travail chez les individus en âge d'activité, la valeur accordée à la santé après 60 ans et les inquiétudes de voir ses capacités décliner jusqu'à la dépendance chez les plus âgés – et qui se révèlent partagées par les hommes et les femmes, des différences de genre persistent que ce soit dans les thématiques évoquées ou dans les déclinaisons spécifiques d'une même idée. » Cousteaux A.S. (2011), *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, Op. Cit., p.192.

Encadré 22 : Distribution de la patientèle selon le type de traitement, le genre et l'âge.



Sources : Traitement statistique des 1570 dossiers médicaux de patients qui bénéficient d'une prise en charge entre 2008 et 2017.

Maladie plurifactorielle aux multiples comorbidités, maladie chronique en quête d'une panacée efficace et maladie morale dont les conceptions causales varient selon le genre : comment se résout, pour les femmes, le fait d'être médicalement malade¹ (le diagnostic requalifiant une infraction à la féminité en une maladie endocrinienne), pour les hommes, de devoir recourir au médecin alors que leur poids signifie qu'ils ne sont pas bien portants² ? En complément du genre, la dimension temporelle se révèle un facteur important pour comprendre comment s'opèrent l'identification au rôle de malade et les pratiques de gestion de la pathologie pondérale. Si Olivier Lepiller concentre ses travaux, à propos de la chirurgie bariatrique, sur le groupe des patientes âgées de plus de 45 ans³, le traitement statistique des dossiers médicaux montre que le passage de la quarantaine est amplement une période charnière, dans la décision

¹ L'analyse lexicométrique de l'enquête INSEE « Comportements vis-à-vis de la santé », (2001) permet à Anne Sophie Cousteaux d'établir que l'« absence de maladie » pour caractériser la « bonne santé » est uniquement spécifiée par les femmes. **Cousteaux A.S. (2011)**, *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales, op. cit.*, p.196.

² La même analyse statistique que précitée montre que la « bonne santé » est, du point de vue masculin, associée à l'absence de recours au médecin. Agés, « bien se porter » est une garantie d'autonomie, pendant que les femmes, envisageant les effets du vieillissement bien avant qu'il ne se présente, aspirent à ce que ces maux les privent le moins possible de leur indépendance. *Ibid*, pp.192-196.

³ Age féminin au croisement entre le vieillissement biologique (qui réduit les possibles du corps reproducteur auquel sont assignées les femmes) et la mutation des injonctions sociales (le relâchement du diktat esthétique laissant place au renforcement de l'impératif de l'injonction au care familial). **Lepiller O. (2015)**, « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans. », art. cité.

de recourir au soin « obésologique »¹, dans les manières de s’y engager, quel que soit le genre des enquêtés. C’est pour cette raison que cette section distingue la patientèle à partir de cette donnée précise.

2.1 Maigrir avant 45 ans : un moyen de se conformer aux rôles sociaux ?

« Une envie de bébé donc envie de bébé forcément ma gynéco, elle, elle s’en fout parce qu’un point de vue santé y’a pas de problèmes mais elle m’a dit : c’est vrai que ce serait quand-même plus pratique pour moi, pour mieux vivre ma grossesse et même l’après, de perdre du poids. Parce que après quand il grandira, ce serait quand-même mieux. L’idée c’est pas de faire une taille mannequin mais de plus être en échec par rapport à une prise de poids que je ne maîtrise plus. C’est important vu notre projet de bébé. »

[Delphine, 34 ans, comptable, ETP depuis 2 ans]

Au total, 54,9% de la patientèle locale se tourne vers les services « obésologiques » avant 45 ans. Derrière cette donnée, se cachent des écarts importants si le genre et le type de traitement sont observés (Cf. encadré 23). D’une manière générale, les femmes font ce choix plus jeunes que les hommes puisque 57,5% d’entre elles sont âgées de moins de 45 ans alors que cette tranche d’âge concerne 44,4% de la patientèle masculine. En termes de choix thérapeutique, si cette tranche d’âge privilégie toujours la chirurgie à l’ETP, cela est bien plus net pour la patientèle féminine puisque 71,3% d’entre elles choisissent de se faire opérer contre 60,1% des hommes.

Encadré 23 : Répartition genrée de la patientèle âgée de moins de 45 ans.

Chirurgie		ETP		Total	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
60,14%	71,27%	39,86%	28,73%	44,37%	57,51%

Sources : Traitement statistique des 1570 dossiers médicaux de patients qui bénéficient d’une prise en charge entre 2008 et 2017.

¹ Toutes thérapeutiques confondues, l’âge moyen de début de prise en charge est de 43,6 ans. Les femmes faisant preuve d’une légère précocité puisque, pour elles, cette moyenne descend à 42,9 ans alors qu’elle est de 46,3 ans pour les hommes. Un autre choix méthodologique, qui met en avant les 2 types de traitement montre qu’en ETP, l’âge moyen est de 44,9 (44 ans pour les femmes et 47,7 ans pour les hommes) alors qu’il est de 42,4 ans pour la chirurgie (41,9 ans pour les femmes et 44,9 ans pour les hommes).

Au-delà des statistiques descriptives, le test du *khi2* montre, qu'en réalité, chez les femmes, il n'y a pas d'âge pour soigner son obésité. C'est la construction sociale de l'identité féminine, déjà largement exposée, qui désigne l' « obésologie » comme un travail féminin, pour soi, pour les autres. Cependant, l'hypothèse d'une relation de dépendance entre le genre et l'âge se confirme chez les hommes (Cf. encadré 24) : en ETP, l'effectif réel de la tranche d'âge [55-64 ans] est nettement supérieur à l'effectif théorique ; en chirurgie, ce constat se reporte sur la classe [45-54 ans], l'effectif réel des hommes âgés de 25 à 34 ans est, lui, nettement inférieur à l'effectif théorique.

Croiser ces données quantitatives avec les récits biographiques des 19 enquêtés, âgés de moins de 45 ans au moment de leur début de prise en charge, permet de comprendre ce que fait le cycle genré de vie aux manières de s'envisager comme patient obèse, de s'approprier l'offre de soins. En confrontant les activités et représentations décrites avec les positions et rôles sociaux inhérents à cette période de vie, définie biologiquement comme celle de la pleine santé et, socialement attendue, comme celle qui peut et doit se conformer au « *culte de la performance* » décrit par Alain Ehrenberg¹, il devient possible de mesurer le poids de la qualification de l'obésité (maladie chronique qui exige un omni-contrôle de soi et signe patent d'un « laisser aller » inacceptable) sur les trajectoires médicales et sociales des acteurs les plus jeunes qui se tournent vers l' « obésologie ».

Encadré 24 : Relations de dépendance entre le genre et l'âge de traitement.

➤ **ETP :**

	[17-24 ans]		[25-34 ans]		[35-44 ans]		[45-54 ans]		[55-64 ans]		[+ 65 ans]		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
H	7	5,1	19	13,8	29	21,0	33	23,9	37	26,8	13	9,4	138	100
F	37	8,8	83	19,7	88	20,9	119	28,2	70	16,6	25	5,9	422	100
Total	44	7,9	102	18,2	117	20,9	152	27,1	107	19,1	38	6,8	560	100

Khi2=12,06 ddl=5 1-p=0,9661 (Significatif)

➤ **Chirurgie :**

	[17-24 ans]		[25-34 ans]		[35-44 ans]		[45-54 ans]		[55-64 ans]		[+ 65 ans]		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
H	7	4,0	29	16,8	47	27,2	57	32,9	29	16,8	4	2,3	173	100
F	44	5,3	205	24,5	267	31,9	183	21,9	113	13,5	25	3	837	100
Total	51	5,0	234	23,2	314	31,1	240	23,8	142	14,1	29	2,9	1010	100

Khi2=13,87 ddl=5 1-p=0,9836 (Significatif)

Sources : Traitement statistique des 1570 dossiers médicaux de patients qui bénéficient d'une prise en charge entre 2008 et 2017.

¹ Ehrenberg A. (1991), *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy.

D'une manière générale, que les femmes se saisissent, plus jeunes, de l'offre « obésologique » s'explique, en premier lieu, par le fait que leurs pratiques quotidiennes sont modelées par le souci du contrôle du poids, décrit plus haut. C'est d'ailleurs ce qui explique l'écart de représentativité de cette catégorie de patientèle selon la cohorte¹ observée. Que celles âgées de 25 à 45 ans représentent 54,3% de la patientèle féminine en chirurgie paraît la conséquence logique d'une expérience souvent longue, toujours contrariée, dans les techniques d'amaigrissement. L'opération bariatrique, par sa technicité, tout aussi novatrice que circonscrite à un savoir-faire expert, s'érige alors en nouvel espoir. Celui-ci ne signifie pas qu'il n'y aura plus d'effort à fournir pour maigrir mais que le travail fourni sera efficace et durable. D'ailleurs, quelles que soient leurs représentations initiales sur les conséquences pondérales de la chirurgie, le suivi préopératoire est là pour façonner l'obésité comme une identité. En totale symétrie avec, à la fois, la conviction qu'elles ont acquise que l'ubiquité du contrôle de soi est une condition *sine qua non* pour réussir à se faire un corps et le point de vue qu'elles ont sur elles-mêmes d'être disposées à céder à leur nature ; l'activité médicale les prépare autant à la chronicité de la maladie qu'à l'endogénéité de sa cause :

On nous rappelle qu'on y restera toute notre vie, obèse, même si on ne l'est plus sur les balances des médecins et sur notre IMC [...] n'oubliez pas que vous serez obèse toute votre vie, c'est pas parce que vous avez un bypass que vous êtes plus obèse.

[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

L'objectif c'est de te faire comprendre, que l'opération c'est pas un miracle. L'estomac c'est un muscle et si on le sollicite un peu trop et qu'on continue à manger n'importe quoi, on regrossit ! Ça veut dire respecter le protocole à la lettre, toujours se surveiller ! Surtout nous, du fait de notre obésité, on a tendance à reprendre facilement. La preuve ! Sinon on serait pas là !

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

Si la chirurgie bariatrique est soustractive (réduction de l'estomac et/ou de l'intestin), ces femmes en parlent en termes additifs, aussi bien biologiquement que biographiquement. « Greffe de cerveau », « prothèse », « béquille » sont autant d'expressions pour désigner la modification du circuit digestif, auxquelles font écho la « marche en plus », l'« étape » dans la construction de leurs « carrières obèses ». Signifiants du traitement chirurgical qui actent tout à la fois leur volonté que l'entreprise d'amaigrissement aboutisse et la crainte de mettre en échec « l'opération de la dernière chance ». En réalité, la place de la phase péri-opératoire, dans les

¹ Terme volontairement et provisoirement emprunté au champ médical puisqu'il désigne un échantillon de patients qui sont suivis dans le temps afin d'étudier l'évolution d'une pathologie (l'obésité) de sa causalité et sa réaction aux traitements appliqués (chirurgie ou éducation thérapeutique).

carrières de ces femmes, fait d'emblée dissonance entre « obésologues » et patientes. Les premiers considèrent qu'ils sont là pour inciter un travail de prise en main (niant par la même l'antériorité ou la rigueur du travail entrepris pour se faire un corps). Regards sur le processus de transformation des acteurs obèses qui correspondent très exactement à la première phase des carrières anorexiques analysées par Muriel Darmon¹, à ceci près que cela se fait dans le cadre d'une remise de soi à l'institution. Les patientes, aux prémices de leur prise en charge, sont là pour garantir le maintien de l'engagement pris pour lutter contre leurs dispositions à grossir. Grâce au remodelage de leur système digestif, elles espèrent se forger de nouvelles habitudes, un nouveau goût de soi. Il ne s'agit pas de commencer mais de continuer. Ce qui dissone, c'est le sens pratique et moral du régime. Aux experts, la conviction qu'il est une question de nature. Ce qui est pensé comme un régime de vie, le goût pour un usage sain des corps, est inégalement distribué. Charge à ceux qui ont la faveur d'un héritage avantageux de transmettre, aux dépossédés, certains de leurs savoirs afin de limiter les coûts de cette fatalité. Aux profanes, qui ont honte de leur corps, une perméabilité aux injonctions dominantes. Le régime, toujours alimentaire, parfois sportif, est une technique qu'elles maîtrisent dans sa pratique, sans en connaître les effets durables. Ainsi veulent-elles continuer pour, qu'enfin, leurs efforts payent. Mais ce qu'elles apprennent des « obésologues », une fois le diagnostic posé, c'est que ce sont précisément ces techniques qui les ont fait grossir. Au principe d'une démonstration des retentissements de la restriction cognitive, c'est l'illégitimité de leur culture qu'elles reçoivent. Ainsi les experts peuvent commencer leur entreprise de transformation des profanes.

Une fois opérées, ces deux catégories de l'entendement d'une même situation finissent par s'unifier puisque c'est bien le point de vue de l'institution hospitalière que les patientes adoptent. A distance de 1 à 19 ans de l'acte opératoire, elles sont convaincues que la chirurgie est, au final, une bifurcation de carrière : obèses, elles sont devenues obèses opérées. Elles n'ont d'autres choix que de se mettre au travail pour maîtriser les effets biologiques et sociaux de la perte de poids mécaniquement engagée. Finalement, à l'inverse des carrières anorexiques², la prise en charge hospitalière n'est pas (ou plus) pensée comme une phase ultime de la transformation de soi, celle qui doit mettre un coup d'arrêt à ce travail, mais comme l'imposition de tâches supplémentaires : manger six fois par jour pour ne pas dilater la nouvelle poche stomacale, prendre des suppléments afin de pallier aux carences provoquées par la

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique, op. cit.*

² Muriel Darmon montre que la phase de remise de soi à l'institution hospitalière, si elle fait suite, comme dans le cas des acteurs obèses, au diagnostic médical qui requalifie la déviance en maladie, vise, pour les soignants, « à lutter contre les dispositions à maintenir l'engagement dans la carrière anorexique », pour les patientes, « à s'en sortir ». Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique, op. cit.*, pp. 212-245.

malabsorption¹ ou l'absence de sécrétion de ghréline², développer sa masse musculaire afin que le squelette supporte la perte de poids massive, contenir les excédents de peau³ laissés par la fonte de la masse graisseuse, etc. Toutes ces perspectives s'imposent comme le prix à payer pour que le projet corporel tienne.

Conformément à l'hypothèse dominante de la sociologie de la santé à propos d'une consommation médicale préventive, typiquement féminine, l'inquiétude suscitée par les comorbidités associées à l'obésité, même lorsqu'elles ne sont pas d'actualité, préside le désir de chirurgie. Largement anticipé (seules Marie et Pauline font état d'une hypertension au moment de leur choix), le tableau clinique d'une obésité qui se prolongerait, fait plus que le poids face aux effets secondaires annoncés de l'acte bariatrique. Quelles que soient les épreuves à traverser, se donner les moyens d'enrayer une fatalité, de toute façon morbide, érige la chirurgie comme « un mal pour un bien ». Inscrites dans un cycle de vie associé à une pleine santé qui justifie la démultiplication des injonctions sociales de performances, ces enquêtées associent également à ce projet médical de fond, une remise en forme corporelle dont les termes varient selon le passé morphologique des candidates à la chirurgie. Celles qui ont expérimenté un corps normo-pondéré, soit durablement (l'ascension pondérale étant identifiée comme une rupture biographique), soit de manière plus éclipstique (où c'est précisément le vécu d'une corpulence moyenne qui rompt avec la biographie), aspirent à renouer avec une morphologie dont elles savent qu'elle gage l'expression de la féminité :

Après c'est vrai que j'aimerais bien être dans les 60. Psychologiquement c'est bien, quoi ! [rires] Parce que quand j'ai connu mon mari je faisais 63 kilos. Et puis on s'est laissé vivre. Donc j'ai cumulé, j'ai cumulé. [...] Au final, je me supporte plus, je peux plus m'habiller, je peux plus rien faire. On a été à un mariage j'ai l'air de rien parce qu'aucune fringue ne me va ! Maintenant, je peux faire des kilomètres en marchant en talon !

[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

¹ En cas de *by-pass* ou de *switch-duodénum* (Cf. annexe C2).

² Hormone de la faim sécrétée par des cellules situées dans la zone de l'estomac supprimée en cas de *sleeve* ou de *switch-duodénum*.

³ La perte de poids rapide et conséquente peut induire des déformations physiques non conformes aux normes corporelles prédéfinies et taxe les personnes concernées de déviance esthétique. Elles entament, alors, de nouveaux parcours et apprennent de nouvelles pratiques dans l'objectif de maîtriser une enveloppe corporelle qui demeure trop ample par rapport à la structure ferme du corps. Ce travail supplémentaire du corps se décline sous trois formes principales : la dissimulation, par le port de vêtements couvrants ; la réparation, avec le recours à la chirurgie esthétique ; l'entrave, en endossant des combinaisons de contention post-chirurgicales, plus ou moins intégrales.

Quand j'ai rencontré mon mari, j'étais maigre et il avait clairement des comportements de jalousie que mon obésité, finalement, est venue taire. Ça a fait taire tous ces comportements là parce que finalement il se dit maintenant je n'ai plus rien à craindre puisqu'elle est obèse, elle va plus plaire à qui que ce soit donc je l'ai que pour moi.

[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

Je l'ai rencontré à 17 ans et je me suis mis en ménage avec lui 3 ans, 4 ans après. Donc 21 ans. Ben après ... attendez, je vous dis, j'étais toujours un petit peu plus ronde mais j'étais pas dans une obésité, quoi ! Loin de là, quoi ! Voilà ! J'avais des formes, j'avais ce qu'il fallait là où il fallait. [...] Mais j'estimais en fait que mon obésité ne correspondait pas à son image à lui. Je veux dire voilà, c'est quelqu'un qui a fait de plus grandes études. Je veux dire c'est quelqu'un ... euh ... oui, on se dévalorise, quoi !

[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Moi, je n'ai pas été obèse depuis que je suis jeune. Y'en a beaucoup, c'est ça. Alors que moi avant ma méningite, si je faisais 50 Kg c'est tout, quoi. Donc cette image-là, je la connais. Je vais la retrouver, justement ! [...] Je sais que dans les couples, y'a un avant, un après. Mon médecin traitant m'a parlé d'une patiente qui s'est faite opérer et depuis, dans son couple, ça va pas forcément très bien parce que elle a perdu beaucoup de poids et donc du coup son mari s'inquiète et pense qu'elle veut séduire, etc. Mais, moi, mon compagnon il a connu toutes les phases, d'avant la méningite à maintenant, la perte de poids, la prise de poids, les régimes, les reprises de poids. Donc non, y'a pas de souci, il va juste me retrouver comme avant.

[Suzy, 33 ans, orthophoniste, fin de parcours pré-opératoire]

Que l'ascension pondérale soit venue les priver peu à peu d'assurance pour se sentir séduisantes, pour se plaire à elles-mêmes, pour remplir leur rôle d'affichage de la réussite sociale du conjoint¹, ou que l'expérience temporaire d'un corps qui se rapproche des canons pondéraux leur ai signifié que cette apparence physique accroît les chances d'être valorisées sur le marché matrimonial ; la chirurgie, et le travail qu'elle implique, représentent une chance d'esthétisation, parfois pour plaire, toujours pour retrouver le goût de soi. Comme le résume Nadine : « *le fait de porter tout ce poids tous les jours c'est pesant, même psychologiquement, physiquement* ».

Les autres femmes du *corpus*, décrivant l'expérience continue d'un corps qui n'a eu de cesse d'être disgracieux, espèrent de la chirurgie qu'elle soit une rupture biographique totale. Elles attendent du court-circuit organique qui résulte de l'acte bariatrique en lui-même, autant que de la remise de soi à l'institution hospitalière, une mutation complète. Il s'agit de faire peau neuve de manière radicale, de devenir une autre femme. La masse graisseuse qui leur sert de costume sur l'ensemble des scènes sociales qu'elles ont investi jusqu'ici (de l'école à l'exercice

¹ Bourdieu P. (1998), *La domination masculine*, op. cit. ; Bozon M. (2006), « Apparence physique et choix du conjoint. », chap. cité.

professionnel, en passant par les interactions qui se jouent au sein de la famille, du couple) les a stigmatisées comme « *la grosse de service* »¹. C'est-à-dire que leur infraction à la norme esthétique les a bien souvent mises à l'écart et que cette problématique s'est résolue, soit par un repli sur soi effectif (on peut penser, ici, à Véronique qui s'enferme dans les toilettes pendant les récréations ou encore à Elodie qui, après une rupture simultanée avec le système scolaire et sa cellule familiale, ne s'insère ni sur le marché du travail, ni sur celui matrimonial), soit par une théâtralisation de leur loquacité et de leur sens de l'auto-dérision dans l'ensemble des sociabilités (Ariane et Fabienne démultiplient les clowneries pour détourner le risque de rejet que représente leur corpulence). Quel que soit le modèle d'interprétation, dans les deux cas, il s'agit de s'engager dans le rôle assigné par une corpulence fatalement toujours plus invalidante puisque, qu'il y ait eu, ou non, des tentatives correctives², les kilos n'ont fait que s'accumuler. Ainsi lorsque la gastrectomie se présente comme une offre sérieuse de rompre avec leur histoire pondérale, c'est la perspective d'une nouvelle identité qui s'offre à elles :

Je pense que ça l'a jamais gêné que j'ai du poids parce que il m'a connu comme ça mais moi je voulais qu'il découvre une autre femme, une femme qui se sent attirante. Mon compagnon, au départ, ça lui faisait peur après il a dit de toutes façons moi je me sentais tellement mal dans ma peau qu'il voyait que c'était la seule solution.

[Véronique, 35 ans, aide-soignante, opérée depuis 2 ans]

Mon poids maximum ça a été 124 kilos, je me serais pas vue aller travailler aux urgences en faisant 124 kilos, quoi ! A me bouger ... le regard des autres ... [...] Ma sœur, dans un premier temps, l'a fait et c'est vrai qu'après, ben ça m'a motivé un petit peu. Ça m'a donné envie d'être. Voilà, être ! Me maquiller, mettre des jupes, faire les magasins, sortir. Alors qu'il y a des femmes fortes qui font tout ça, hein ! Qui sont très belles, hein ! Au contraire, ça n'a rien à voir ! Je suis pas pour la maigreur, hein ! Mais moi, finalement, je m'assumais pas tant que ça !

[Ariane, 37 ans, aide-soignante, opérée depuis 1 an]

Après avoir joué le jeu de la « *grosse de service* », forcément réducteur puisque les possibles sont contraints par la dérogation à la norme pondérale qui s'institue comme un dégoût de soi, s'investir dans le travail bariatrique³ paraît une manière sûre, voire euphorisante, de discipliner ce corps qui leur échappe depuis l'enfance ou l'adolescence. Cette mise en forme

¹ Expression employée par plusieurs enquêtées.

² Après plusieurs régimes inefficaces, Fabienne recourt une première fois à la chirurgie bariatrique avec la pose d'un anneau gastrique lorsqu'elle est âgée de 24 ans. Après une perte de poids insatisfaisante, l'anneau est finalement retiré en raison d'une dilatation de l'œsophage. S'ensuit une ascension pondérale ponctuée de régimes restrictifs. Si Ariane et Véronique ont également expérimenté l'« *effet yoyo* » en essayant « *tous les régimes possibles* », Elodie fait partie des rares femmes du *corpus* à n'avoir tenté aucune cure amaigrissante avant de se tourner vers la chirurgie.

³ Faire ce qu'il faut pour être éligible puis pour maintenir le poids obtenu ; supporter les conséquences iatrogènes de la modification métabolique.

corporelle est espérée comme un bouleversement de l'ordre des choses : être débarrassées de la honte de leur corps est mécaniquement envisagé comme un déploiement de leur pouvoir d'agir. Pouvoir être attirante, pouvoir désirer, pouvoir se maquiller, pouvoir porter des jupes ou des talons, pouvoir sortir, pouvoir se réaliser professionnellement, pouvoir construire une famille, sont autant de possibilités qui font échos à l'ensemble des interdits qui, jusque-là, les tiennent à distance de l'idéal féminin.

Que ce soit pour renouer avec une expérience corporelle déjà vécue ou pour s'essayer à un corps jusqu'ici inaccessible, la chirurgie s'inscrit dans une perspective de pouvoir se construire une esthétique féminine pendant qu'il en est encore temps. Cette urgence de l'apparence, si elle ne vise pas spécifiquement à augmenter les chances de séduction sur le marché matrimonial (seule Elodie est célibataire lors de son inscription dans le parcours chirurgical), aspire, pour certaines, à recouvrer un pouvoir de séduction à l'égard de leur conjoint (soit en retrouvant la corpulence de leur jeunesse, soit en incarnant un corps pensé comme désirable). Objectif lui-même soumis à ce qui s'apparente à un cas de force majeure puisque c'est l'urgence du gain de goût de soi qui s'impose à toutes. C'est en se réconciliant avec leur apparence qu'elles gagneront en assurance et seront ainsi disposées à vivre plus sereinement leur conjugalité, mais aussi leur parentalité et l'ensemble de leurs sociabilités. Âgées de 23 à 35 ans au moment de leur réception de l'offre chirurgicale, il y a urgence à s'estimer soi-même pour être appréciées par les autres. Les propos de Véronique sont, à ce titre, très emblématiques de ce qui traverse l'ensemble des entretiens de ces jeunes femmes opérées ou en passe de l'être : « *on s'aime tellement pas qu'on peut pas être aimées par les autres* ». A cette urgence, la chirurgie paraît une réponse idéale puisqu'elle garantit une perte de poids tout aussi rapide que massive. De cette urgence, découle un empressement à honorer l'ensemble des rendez-vous médicaux exigés pour valider l'aptitude à être opérées. Si les délais annoncés, entre la première consultation avec le chirurgien et l'opération, sont d'environ un an, toutes ces femmes tiennent à préciser leur performance en détaillant l'ensemble des stratégies qu'elles ont mis en place pour honorer leur part du contrat. Peu importe les difficultés liées à ce type de parcours de soin qui démultiplie les consultations avec les spécialistes, elles tiennent à se donner les moyens de prouver leur détermination :

Donc j'ai vu le psychiatre, la diététicienne, le cardiologue, l'endocrinologue, le pneumologue. J'avais programmé tous mes rendez-vous cet été parce que, moi, l'été je travaille un petit peu moins et j'ai eu l'impression de ne faire que ça parce qu'en plus le pneumologue, par exemple, tu crois que t'as fait ton rendez-vous, c'est bien. Mais non ! Parce qu'après tu fais un test d'apnée du sommeil donc je suis retournée le voir pour poser l'appareil ... En plus, moi ça n'a pas bien

fonctionné donc j'y suis retournée une seconde fois. Le cardiologue, c'est pareil, le rendez-vous dure $\frac{3}{4}$ d'heure, voilà. Sauf qu'après y'a un test d'efforts à faire ! Et puis pareil, le gastroentérologue, aussi, avec la nasofibroscopie. Et en fait, je pensais qu'il allait tout faire d'un coup, mais non ! Il fallait revenir une seconde fois pour faire l'échographie du foie et de l'estomac. Bref, ça prend du temps mais faut se donner les moyens ! Parce qu'il y a la psychologue aussi. On fait des tests, un test sur ordinateur avec 370 questions. Et, quelques temps après on la rencontre et là, on a l'entretien. Bref ça demande beaucoup de rigueur et de disponibilité. Pour être sûr que 1, on soit prêt, qu'on soit motivé. Et 2 qu'on n'ait pas de problème psychologique grave.

[Suzy, 33 ans, orthophoniste, fin de parcours préopératoire]

R : Donc, ils nous donnent la liste des cardiologues, la liste des pneumologues, la liste des diététiciens, la liste des psychiatres, la liste des endocrinologues. Et du coup, on a tous ces examens-là à faire avant de reprendre contact avec lui pour un second rendez-vous. C'est vrai qu'il nous laisse le temps. Je pense qu'il évalue aussi ça, en fait. C'est que tant que le chirurgien n'a pas reçu tous les retours d'examens, les résultats. Et bien, en fait, on ne peut pas prendre rendez-vous avec lui. Donc en fait, tu peux mettre un an comme tu peux mettre 2 mois à les faire et je pense qu'ils évaluent aussi la motivation sur ça. Moi, je les ai fait, très clairement en 2 mois mais y'a des gens qui ... Après, j'ai peut-être eu aussi beaucoup de chance, peut-être aussi parce que j'étais pas ici, du coup. Mais y'a des gens qui mettent 6 à 8 mois et du coup, autant tu prends du temps pour faire tes examens, autant ton opération est repoussée mais aussi parce que ... Je pense qu'ils évaluent aussi ta motivation vis à vis de ça. Si tu mets du temps, ça montre que t'es pas sûre de toi.

[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]

Si toutes ces actrices mettent un point d'honneur à enchaîner les rendez-vous médicaux préopératoires, ce n'est pas seulement parce qu'elles sont pressées d'être opérées (les délais, qu'exige l'étude du dossier par le staff chirurgical, étirent de toutes façons le temps au moins jusqu'à six mois d'attente, une fois l'ensemble des tests effectués) mais pour signifier au corps médical leur engagement. Contrairement aux signaux que renvoient leurs corps, leur personnalité n'est pas pervertie par l'amoralité typiquement prêtée aux personnes obèses. Elles ne sont ni dépressives, ni attentistes et encore moins enclines au « laisser-aller ». En tout cas c'est ce qu'elles croient devoir prouver pour accéder au « coup de pouce » chirurgical qui saura rendre visible leur capacité à tenir efficacement l'ensemble de leurs rôles, celui de patiente compris. L'expérience du stigmate pondéral, et de l'ensemble des violences qui l'accompagne, est un terreau fertile pour adopter le point de vue de l'institution médicale qui, en assénant que la chirurgie n'est pas une solution miracle, persuade que ne plus être identifiée comme obèse se mérite. D'ailleurs c'est avec autant de docilité que toutes ces femmes s'empressent de transformer leur mode d'alimentation en s'obligeant à fractionner les ingestions en six prises. A contre-courant des usages sociaux de l'alimentation, tant dans le rythme quotidien que dans les fonctions socialisantes de repas qui se partagent, peu adapté aux exigences qui structurent

l'ensemble des scènes sociales où elles sont présentes, puisqu'exceptée Elodie, elles sont toutes mères de jeunes enfants et actives, ces actrices se donnent les moyens de faire bonne figure en tous lieux. Professionnelles, elles déjeunent avec leurs collègues ; mères et conjointes, elles cuisinent et dînent en famille ; candidates à la chirurgie, elles consomment un plat unique, lors de ces temps sociaux, afin de pouvoir les alterner avec les prises intermédiaires. Il s'agit de travailler à ce que leur rôle de patiente ne les discrédite pas dans leurs autres tâches et implications, quitte à devoir se justifier sans cesse de ne plus manger comme avant, comme les autres ; il s'agit, aussi, de préparer avec rigueur les effets de la réduction stomacale au principe (résumé par Véronique) que « *plus vite on respecte les consignes, plus vite on est validé, plus vite on prépare son estomac moins nombreux seront les vomissements* ». Sur le point de rompre avec une corpulence récalcitrante, la docilité est une manière urgente de signifier ses aptitudes à la discipline qu'impose la bariatrique.

De l'urgence à « s'aimer soi-même » découle, également, une transformation quasi instantanée d'un certain nombre de pratiques, dès les premières semaines après l'intervention. Peu importe la fatigue post-opératoire, sorties en famille, pratique intense d'activités physiques, revêtement d'appareils typiquement féminins, envoi de CV, ..., sont autant d'activités qui accompagnent les épreuves qu'impose la modification du système digestif¹ (vomissements, diarrhées, *dumping* syndrome², dégoûts alimentaires, absence d'appétit). Urgence d'agir au croisement entre l'espoir euphorisant qu'apportent les premières pertes de poids, parfois vertigineuses, et l'empressement de profiter d'un nouveau corps dont l'obsolescence est programmée, certes par le vieillissement biologique qui nous concerne tous, et largement anticipé par les femmes, mais aussi et surtout par le délai de 2 ans annoncé avant que les risques d'inversion de la courbe pondérale ne ressurgissent.

Du récit de ces femmes qui font le choix de la chirurgie à celui de leurs homologues qui optent pour l'éducation thérapeutique, ce qui retient, en premier lieu, l'attention, c'est que l'urgence s'atténue en nécessité d'agir. La première raison de cette modération relative des manières de se raconter, soi et sa prise en charge, pourrait être liée aux écarts de critères médicaux pour intégrer tel ou tel parcours. Le seuil d'un IMC de 40 Kg/m² requis pour la

¹ Dans un premier temps, hormis la fatigue générée par l'anesthésie générale (2 à 3h pour les actes bariatriques), les épreuves post-chirurgicales sont principalement alimentaires. Après quelques mois, les conséquences iatrogènes d'un amaigrissement massif se démultiplient (chute de cheveux, excédents de peau, lombalgies, fonte musculaire, asthénie, dysmorphophobie, troubles dépressifs, ...) en même temps que les bénéfices à ne plus être grosse, ou en tout cas à l'être beaucoup moins, rendent acceptables ces effets secondaires (réassurance, augmentation de l'endurance, choix vestimentaires, échapper aux regards réprobateurs, voire se sentir désirable, gain d'estime de soi, ...).

² Malaise multi-symptomatique provoqué par l'arrivée d'aliments non digérés dans l'intestin grêle.

chirurgie descend à 35 en ETP. En termes de classification, on passe d'une obésité morbide à une obésité sévère, sous-entendant un écart de gravité qui pourrait expliquer la gradation des discours d'une catégorie de patiente à l'autre. Pour autant cette hypothèse ne tiendrait que si l'ensemble des patients d'éducation thérapeutique avait un IMC inférieur à 40Kg/m². Or ce n'est pas le cas, les « obésologues » du service A déplorent d'ailleurs que la patientèle qui leur est adressée, l'est bien trop tardivement, lorsque ce seuil est passé. En réalité, l'analyse transversale des entretiens fait apparaître que ce sont les socialisations institutionnelles, d'un service à l'autre, qui participent à ces nuances discursives. A la radicalité de la chirurgie, l'urgence ; à la modération de l'éducation thérapeutique, la nécessité. D'ailleurs il est intéressant d'observer que si, exceptée Elodie, toutes les patientes de moins de 45 ans, expliquent s'être acharnées à maigrir, celles, inscrites dans le parcours chirurgical, associent le visionnage d'un documentaire sur la chirurgie bariatrique à un « déclic »¹ pour agir. Quoi de plus symbolique pour signifier une volonté absolue de se désolidariser d'une adiposité qui leur colle à la peau, de la femme qu'elles sont devenues à force d'échecs répétés ? Leurs homologues (en termes de cycle de vie), inscrites dans un parcours d'ETP, si elles n'apprécient guère plus ce qu'inflige leur corpulence à leurs sociabilités, à leur identité sociale, n'expriment en aucun cas cette volonté de rupture. D'un travail hospitalier, entrepris pour trois ans renouvelables, elles attendent d'apprendre les bonnes techniques², d'apprendre « *le goût pour les effets* »³, phases cruciales pour faire carrière au sens interactionniste du terme. Comme les actrices qui aspirent à la chirurgie, il s'agit de réussir à appartenir au groupe des normo-pondérées, cependant il n'est pas question de s'en remettre à la chirurgie pour y parvenir. Elles tiennent à garder la totale maîtrise de leur système digestif. Pour les unes, cela signifie qu'elles tiennent à pouvoir sortir du circuit thérapeutique à tous moments, sans que l'absence de suivi médical ne représente un risque pour la santé. Pour les autres, il est impensable de devoir dépendre d'une médication à vie. Ces représentations typiquement féminines puisque, même jeunes, elles s'inquiètent de la dégradation de leur état de santé qu'elles associent à un risque de dépendance, ne font pas de la chirurgie un « coup de pouce » pour réussir à maîtriser une corpulence récalcitrante, elles constituent l'acte opératoire, et le suivi qu'il implique, comme un danger

¹ Ce terme précis revient dans chacun des entretiens des enquêtées concernées par le choix de la chirurgie avant 45 ans.

² L'écart de point de vue, entre soignants et patientes, à propos de la définition du régime, puis les manières dont il se resserre, se jouent de la même manière dans ce type d'interactions que dans ce qui a été décrit, plus haut, à propos des primo-consultations de chirurgie.

³ **Becker H.S. (1985), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, op. cit.**

supplémentaire qui conduit ces patientes à prendre le risque de ne pas maigrir plutôt que se faire opérer.

Faut dire aussi que j'ai un ami qui est dans le même cas que moi. Enfin, il a été opéré, lui, il a eu une sleeve. Donc, du coup, je suis entrée dans une association pour les obèses [...]. Y'a beaucoup de personnes qui font se faire opérer, qui sont dans la démarche. Et du coup y'a plein de réunions sur la chirurgie bariatrique, la présentation des différentes techniques et ils disent bien que, après, faut bien faire tous les bilans, c'est important pour la santé, quoi ! Alors que moi, quand j'ai rencontré le docteur, elle m'a dit ..., donc on a rempli les papiers, le pacte pour 3 ans, du parcours, et puis elle m'a expliqué les conditions, que je pouvais me retirer à tout moment, et tout ça ... mais que si je voulais continuer y'avait pas de soucis. Je préfère, c'est moins risqué. Parce que mon ami, il a fait que le bilan à six mois, il veut plus y retourner pourtant moi je vois bien que ça va pas, ils le disent bien que c'est important d'être suivi ! C'est pour ça que je préfère pas être opérée. Comme là, par exemple, je reprends sur trois ans, parce que normalement c'était que trois ans, mais comme j'avais un problème psychologique, psychique, j'ai pas bien suivi. Ben c'est pas grave ! Voilà, on fait table rase, alors qu'avec la chirurgie, on peut pas !

[Judith, 38 ans, secrétaire médicale, ETP depuis 4 ans]

C'est une perspective que je refuse. J'ai toujours dit je ne souhaite pas de chirurgie. Je souhaite vraiment ... parce qu'en fait toute la chirurgie, derrière ça veut dire médicaments à vie et je n'ai pas envie d'être dépendante d'un médicament pour bien vivre. Donc si demain j'arrive à faire tout ce que je veux, pas de chirurgie. [...] Ma première journée d'hospitalisation, quand j'ai intégré le programme, j'ai annoncé à tout le monde que moi mon souhait c'était pas de maigrir, c'était de me sentir mieux à l'intérieur de mon corps, d'avoir un bien-être, plus d'énergie pour faire les choses. Et donc forcément, au bout d'un moment ça allait payer et je vais perdre du poids. D'ailleurs les gens autour de moi, ils me parlent de mon régime, je rouspète ! Ce n'est pas un régime, c'est un rééquilibrage alimentaire.

[Delphine, 34 ans, comptable, ETP depuis 2 ans]

Pour comprendre les écarts de représentation sur l'offre obésologique entre ces femmes qui partagent la même maladie et la même tranche d'âge, la position sociale n'est pas pertinente puisque, dans les deux cohortes, les profils sont hétérogènes. Le fait que parmi les patientes de chirurgie figurent les trois enquêtées qui associent leur obésité à un viol et que trois autres évoquent longuement le rapport ambigu de leur conjoint à leur corpulence semble une piste beaucoup plus exploitable. Sans données suffisantes pour pouvoir l'affirmer, il semble possible d'émettre l'hypothèse que les vécus de dominations violentes dans les relations sexuelles ou dans les situations de couple nourrissent un rapport problématique à soi si puissant que la rupture biographique s'impose comme moyen d'agir et trouve sa solution dans la perspective d'une chirurgie qui propose une transformation de soi aussi significative que fulgurante.

Interroger les jeunes patientes (29-34 ans), inscrites dans un parcours d'éducation thérapeutique, sur les raisons qui les ont conduites à privilégier ce traitement à l'opération bariatrique, permet d'objectiver les représentations et les pratiques, de transformer des cohortes médicales en figures de patients, au profit, d'ailleurs d'une meilleure compréhension des raisons d'agir de la patientèle qui fait le choix de la chirurgie. Cependant, choisir l'éducation thérapeutique n'est pas toujours, et jamais exclusivement, motivé par la crainte de la chirurgie. C'est bien le principe promu par ce protocole médical qui est avant tout revendiqué : après s'être rangées du côté des soignants (elles ont par nature eu recours à une culture illégitime), il s'agit de s'initier à l'équilibre énergétique comme source de plaisir, condition *sine qua non* pour que la transformation pondérale soit viable. Les échecs antérieurs d'amaigrissement leur ont enseigné que le régime (restrictif) est inefficace, voire contreproductif. Pour autant elles tiennent à s'engager dans la conquête d'une apparence de normaux-pondérées. Pour cela, elles sont prêtes à tout reprendre depuis le début et à apprendre, des experts, les techniques requises pour modifier efficacement leur composition corporelle. L'immersion dans le groupe est aussi nécessaire, mais à degrés variables, selon la discipline. Si les ateliers de diététique permettent d'incorporer de « bonnes pratiques », les ateliers d'activité physique, donnent l'occasion d'observer les progrès des autres, qui permettent autant d'apprendre par imitation, que d'être rassurées sur leurs propres capacités actuelles et surtout à venir :

Les ateliers sont très bien faits. Les professionnels sont vraiment à l'écoute, ils sont vraiment là pour donner des conseils. Et après ce qu'était bien dans ces ateliers-là c'est que on avait, non seulement, la théorie mais la pratique. C'est-à-dire que OK d'accord la théorie c'est bien : un lipide, un glucide, machin, truc.

OK on comprend ça mais dans la pratique ? Comment je le mets en place ?

[Delphine, 34 ans, comptable, ETP depuis 2 ans]

Le fait qu'on soit tous, qu'on ait tous la même motivation de perdre du poids ou alors ceux qui ont déjà perdu, enfin voilà c'est motivant de voir des gens, on sait qu'ils ont eu le même parcours que nous et que eux ils en sont arrivés là.

Forcément en les regardant on les envie, quoi ! Vivement que ce soit mon tour !

[rires]

[Clémentine, 30 ans, assistante de direction, ETP depuis 2 ans]

Les statistiques, comme les entretiens, montrent que les ateliers de diététique ont une moindre place dans la construction des carrières de ces jeunes femmes. 65% de la patientèle du service A, âgée de moins de 45 ans, opte pour ces séances, contre 73% qui suivent les ateliers d'activité physique. Si toutes les femmes les plus jeunes du *corpus* participent à un ou plusieurs groupes d'APA, Laurence et Léa ont évincé la question des sessions collectives de diététique, par crainte que la mise en scène de leurs propres pratiques alimentaires ne soit l'occasion d'une

désignation collective de leurs potentielles incompétences. Judith et Delphine expliquent que si ces séances leur ont été utiles pour rompre avec quelques prénotions (« *les produits lights ça n'apporte pas forcément ce qu'il y a de meilleur puisque ça peut être light pour quelque-chose mais plus gras parce que, ils ont mis autre-chose pour compenser* », « *on peut pas manger du melon en entrée et en dessert, c'est pas possible, ça fait trop de sucre* »), elles trouvent leur participation aux séances de gym largement plus bénéfiques. Avis que partage Clémentine puisque les ateliers de diététique n'ont fait que confirmer ce qu'elle savait déjà. Deux différences majeures existent entre ces deux types de scènes médico-éducatives et éclairent la faveur des patientes à l'égard des sessions d'activité physique. Organisées autour de trois thèmes, exceptée celle nommée « équilibre alimentaire », qui se divise en deux niveaux, les séances de diététique sont uniques et indépendantes les unes des autres. Il est donc possible de participer à un seul atelier, d'enchaîner les quatre, et ceci dans un ordre aléatoire (sauf à respecter la logique de progression pour celui qui vise au rééquilibrage alimentaire). Les ateliers d'APA, eux, engagent les patientes pour au moins un an, à raison d'un minimum d'une séance hebdomadaire.

Une autre différence, sans doute la plus cruciale, réside dans l'organisation même de chaque activité. En diététique, le dispositif est très scolaire, tant spatialement que pédagogiquement. C'est-à-dire que les séances se déroulent dans des espaces typiquement agencés comme des salles de classe et que les professionnelles donnent des exercices à réaliser, seul ou un binôme, organisent une évaluation collective du résultat de chacun, qu'elles valident ou non, avant de transmettre, magistralement, des éléments de théorie. L'activité physique, elle, se déroule dans des espaces typiquement dédiés (salles de sport ou aménagées à cet effet, piscine, plein-air) où chacun est invité à adapter ses mouvements, et son rythme, en fonction de ses capacités, bénéficiant autant des conseils du professionnel que de ceux des patients, observant chez les autres que l'aisance croît avec l'ancienneté. En somme, pendant que les ateliers de diététique restent au stade de l'apprentissage de techniques, ceux d'APA permettent la perception des effets, en réunissant la présence de symptômes produits par la pratique sportive et la possibilité de les reconnaître comme ceux d'une transformation corporelle en train de se faire. Autant d'éléments, dont Howard Becker¹ a montré que, s'ils ne garantissent pas encore que les carrières se poursuivront, n'en sont pas moins indispensables pour persévérer. Ainsi est-il possible de comprendre que les ateliers d'activité physique ont une place

¹ Becker H.S. (1985), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, op. cit., pp.70-75.

particulière dans les récits de celles qui ont appris de leurs échecs précédents, que le goût pour le travail d'amaigrissement est indispensable pour tenir l'engagement.

Quelle que soit la formule choisie (profiter de l'intégralité du programme ou n'en sélectionner que certaines modalités), la prise en charge hospitalière est décrite, par toutes ces femmes, comme un temps pour soi, nécessaire pour se réapproprier un corps qui, en l'état actuel des choses, diminue leurs capacités à tenir leurs rôles. L'entretien du foyer, l'engagement dans les activités des enfants et la performance professionnelle sont autant de pratiques systématiquement présentées comme contraintes par leur corpulence. Si s'engager pendant trois années dans le travail médical exige des sacrifices (passer moins de temps avec les enfants, réorganiser la vie familiale, poser des RTT, échanger d'horaires avec les collègues, ...), ils sont un investissement nécessaire pour pouvoir se conformer à la définition de chacun de ces rôles. Un peu comme s'il s'agissait d'un retrait temporaire (et partiel) pour pouvoir mieux revenir :

Moi ça a été dur au début. En fait je me voyais pas dans mon timing, parce que mon mari il est pas très disponible, j'ai deux enfants en bas âge, le boulot, je me voyais absolument pas trouver du temps pour moi et pour faire du sport. Et puis une fois que c'est là et qu'on est rentré dans le programme, on se dit, en y réfléchissant j'ai de la chance d'être dans ce programme-là, on met toutes les chances de son côté. Et puis finalement ça se goupille bien. Maintenant j'en avais envie surtout par rapport aussi aux enfants, je me disais voilà j'ai pas non plus une forme physique exceptionnelle du fait de mon poids. Ça nous limite aussi dans certaines choses physiquement. C'est un peu donnant, donnant, quoi ! Des sacrifices maintenant, pour du bénéfice pour tous plus tard !

[Clémentine, 30 ans, assistante de direction, ETP depuis 2 ans]

Je le fais pour me sentir mieux, pour être plus à l'aise dans mes mouvements, au travail. Après avec le planning c'est un peu compliqué, je travaille à temps plein donc ... Ben j'ai peur en fait de pas pouvoir concilier les deux par rapport à mon travail mais j'ai des collègues très compréhensives et qui m'ont dit : on échangera nos horaires. En fonction des disponibilités après on s'arrange entre nous donc ça aide bien. J'aurais des collègues qui voudraient jamais changer, là ce serait très compliqué. Et puis j'ai des RTT de temps en temps donc je peux aussi caler sur mes jours de congé.

[Léa, 29 ans, auxiliaire de puériculture, ETP depuis 1 mois]

Profiter « de la chance d'être dans ce programme-là », parce qu'il intervient après de nombreux échecs, parce qu'il se déroule dans un cadre propice à l'invisibilisation du stigmaté (tous les patients sont dans le même cas, le mobilier est adapté), parce que le temps hospitalier est dédié à plus prendre soin de soi que des autres, revient à considérer l'espace thérapeutique comme un cocon¹ dont la force symbolique enjoint à devenir. Finalité en tension entre

¹ Terme exclusivement employé par Delphine mais l'idée d'un espace protecteur propice à une mise au travail plus apaisée du projet corporel traverse l'ensemble des récits des jeunes femmes du *corpus*.

l'injonction médicale d'un rapport au corps réflexif (la nécessité de maigrir doit se transformer en celle d'une amélioration de la composition métabolique) et l'injonction sociale de minceur à laquelle sont soumises ces femmes dont l'âge les assigne à cet esthétisme :

La première année ça a été très dur parce qu'en fait en reprenant le sport j'ai gagné de la masse musculaire mais j'ai pas perdu de poids du tout. Sur une année j'ai stabilisé mon poids mais j'ai rien perdu donc c'était très frustrant ! Moi, j'avais un équilibre alimentaire donc pas trop de problèmes de nutrition, donc moi je m'étais dit en reprenant le sport déjà ça va me faire perdre une dizaine de kilos. En fait rien du tout ! Donc là c'était très frustrant la première année. A tous les rendez-vous, de venir, de se peser et de voir que finalement, rien. Le Dr m'a dit : y'a une résistance à la perte de poids. [...] Je me suis dit : résistante à la perte de poids ! Non mais un langage pas possible ! En gros tu maigris pas, quoi ! Mais résistante à la perte de poids ça m'a fait rire. Mais c'était violent aussi, hein ! Mine de rien. En analysant, on se dit : ben super, obésité morbide, résistance à la perte de poids ! Ça fait beaucoup quand-même ! [rires] En même temps c'est bien aussi de mettre le mot parce qu'on se rend compte que c'est une maladie. Moi je le voyais pas comme une maladie, c'est à ce moment-là qu'on se rend compte qu'effectivement c'est une maladie. Et ça se soigne !

[Clémentine, 30 ans, assistante de direction, ETP depuis 2 ans]

A mesure de la progression des carrières, notamment lorsque le travail de mise en conformité aux deux injonctions citées précédemment, ne s'unifie pas, l'amélioration métabolique ne produisant pas de perte pondérale, c'est bien la seule injonction à la maîtrise qui permet de continuer. En plus de persévérer à contrôler leur destin corporel à des fins qui croisent esthétisme, maternité (déjà présente ou convoitée) et performance professionnelle, il s'agit de travailler à gérer une maladie qui résiste au traitement thermodynamique habituellement prescrit en cas d'obésité. Lorsque cette requalification médicale se produit, d'« obésité » à « résistance à l'amaigrissement », les corpulences n'en sont pas plus acceptables. C'est ce qui conduit ces femmes, soit à reproduire le schéma d'un travail corporel éclipse¹, soit à finalement s'engager dans un parcours chirurgical², soit à anticiper, bien avant la fin du premier programme, un renouvellement de consentement³. Dans tous les cas, parce que la chronicité de la maladie impose de réajuster l'objectif de guérison en un contrôle de l'évolution des symptômes, qui s'acte simultanément dans toutes les sphères sociales (travail, famille, médecine, ...) ⁴, au rythme d'un va-et-vient entre l'hôpital et les autres espaces d'insertion, « *intérieuriser la légitimité du travail hospitalier* » ⁵ ne peut signifier rompre avec le

¹ En 4 ans, la prise en charge de Judith est ponctuée d'interruptions puis de reprises.

² Malgré toutes ses craintes, Clémence se résout à s'envisager opérée.

³ Delphine, convaincue que son corps ne sera pas suffisamment transformé pour mettre en œuvre son projet de grossesse, sait déjà, après deux années de traitement qu'elle aura besoin de le prolonger.

⁴ **Baszanger I. (1986)**, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié. », art. cité.

⁵ **Darmon M. (2008)**, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit, p.236.

travail d'esthétisation des corps. C'est de l'imbrication de ces deux points de vue, que les enquêtées comprennent qu'aspérer à une morphologie normo-pondérée impose de faire de l'obésité son métier.

Finalement, si pour cette catégorie de la patientèle, la différence initiale la plus évidente entre chirurgie et ETP, oppose urgence et nécessité, les effets du travail institutionnel, en profilant des carrières obèses opérées, une obésité-métier, sont semblables. Pour le comprendre il ne faut pas oublier qu'ici l'institution hospitalière opère sur une population singulière qui partage autant des propriétés de genre et d'âge, qu'une trajectoire pondérale commune marquée par les échecs de normalisation. Autant de prédispositions à se soumettre au regard que porte la médecine sur les maladies chroniques et qui attend des patients un travail discret mais efficace dans la gestion de symptômes qui ne guériront pas.

L'analyse du poids de la construction sociale du masculin sur la consommation « obésologique » des patients âgés de moins de 45 ans impose de mobiliser les statistiques présentées plus haut et laissées jusqu'alors en suspens. Si le recours plus tardif aux traitements est imputable à « *un rapport au médecin essentiellement curatif chez les hommes* »¹, autant qu'à une injonction à la minceur moins contraignante pour la population masculine, comment comprendre que les hommes inscrits dans ce cycle de vie sont moins nombreux que leurs homologues féminines à se tourner vers la chirurgie, au point que l'effectif réel des patients âgés de 25 à 34 ans y est nettement inférieur à l'effectif théorique (Cf. encadré 24, p.328) ? Là encore, les données épidémiologiques montrant que la prévalence et la gravité de l'obésité s'accroissent avec l'âge, à la défaveur de la population féminine, ne suffisent pas. Ce sont les entretiens menés avec quatre patients du service A, âgés de 29 à 43 ans au moment de leur début de prise en charge, qui éclairent cette corrélation statistique. Contrairement aux femmes qui bénéficient du programme d'ETP, ce choix ne n'est pas motivé par une crainte des conséquences iatrogènes de la chirurgie. David et Freddy, qui ont pris connaissance de cette possibilité sur place, au gré de leurs rencontres avec d'autres patients, n'excluent pas d'y avoir recours. Pas plus que Yoann qui a choisi l'éducation thérapeutique pour mieux se préparer à une *sleeve*, ni que Jean-Luc qui voit dans le programme médico-éducatif, une chance de tenter de maigrir par lui-même tout en admettant que l'opération pourrait être éventuellement une option à réfléchir.

¹ Cousteaux A.S. (2011), *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, op. cit., p.250.

Déjà l'opération ... je connais pas trop. Je sais qu'y a le bypass et pis la sleeve, là mais non j'ai pas envie de ça pour l'instant. Je pense que je suis capable de m'en passer et d'arriver à perdre du poids sans ça, quoi. Bon, après, si je continue de prendre du poids, je dis pas. Parce que moi, mon objectif, c'est de perdre un maximum de kilos et puis l'objectif c'est pouvoir reprendre le basket. Alors si vraiment il faut se faire réduire l'estomac ben je le ferai mais je préfère commencer par essayer de les perdre naturellement. Après tout, y'a pas de raison, si j'applique tout ce qu'on me dit ça devrait le faire. [...] Bon y'a un truc qui me fait super peur c'est le diabète. Je sais que c'est très contraignant. Alors si je devais avoir du diabète, ben là je préfère vraiment qu'on me réduise l'estomac. Et pis au moins avec tout ce que j'ai appris ici, ben je serai prêt. Disons, chaque chose en son temps, j'ai encore deux ans pour voir si les conseils qu'on me donne marchent. Au total, ça fera six ans, ici, ce sera pas mal, quoi ! Je me vois pas venir toute ma vie alors si je suis pas satisfait, je ferai l'opération. C'est ce que je me suis toujours dit : d'abord on essaie naturellement et après on voit !

[Jean-Luc, 47 ans, comptable, ETP depuis 4 ans]

R : Moi je prends le parcours à l'endroit, je commence par la diététicienne et la nutritionniste. Il va falloir déjà que j'apprenne à manger trois repas correctement donc ça, ça se met en place. Parce que avant c'était du n'importe quoi, je pouvais manger 2000 calories sur un seul repas ou alors en manger 200 alors qu'il faut que ce soit bien équilibré. Moi, le projet, c'est une sleeve parce que le bypass c'est plus contraignant parce que déjà, le fait de manger fractionné ... Que, moi, je vois ma sœur, elle a perdu autant de poids que ma femme mais elle mange que trois repas par jour, quoi. Elle est pas obligée de faire le fractionnement comme mon épouse est obligée. [...] Donc je serais plutôt tenté par me faire couper l'estomac, avoir une capacité moins grande d'ingurgiter. Parce que au bout d'un moment, quand l'estomac il est plein, ben c'est même pas la peine d'en mettre plus, ça vous fait du mal ou alors vous finissez par vomir. Donc moi j'aimerais plutôt qu'on me fasse ça, qu'on me dise la capacité du truc plutôt que ça reste coincé et pis que ... Et pis des fois, elle a des douleurs au niveau côté gauche, ça doit être les intestins puisque l'estomac est raccordé plus loin sur le, le, l'intestin grêle. Et je sais pas comment que ça se passe là-dedans mais je vois que des fois elle est un peu pliée donc [silence] Donc pour moi, ce sera une sleeve ! Mais bon, faut d'abord que je sois calé au niveau des repas.

[Yoann, 40 ans, technicien chauffagiste, ETP depuis 2 ans]

Non aguerris aux techniques d'amaigrissement, ni aux effets pondéraux de la restriction cognitive, ces hommes désignent leur surcharge pondérale comme le résultat d'habitudes alimentaires obésogènes. C'est en ce sens qu'ils considèrent avoir besoin de conseils, de la part de professionnels, afin de pouvoir corriger ces défauts qui risquent de nuire à leur capital santé. A ce titre les débuts de carrières, au masculin, ne sont pas marquées par la nécessité d'un réajustement du regard qu'ils portent sur leur *curriculum* : ils sont effectivement là pour apprendre le métier. Cette éducation est alors pensée en deux temps : soit elle suffit à transformer leur corpulence, éliminant ainsi les risques de morbidité, soit assimiler les bons usages du corps est trop maigre pour obtenir des résultats pondéraux qui attesteraient que le danger est écarté. Perspectives qui ne séparent pas d'emblée les deux parcours, médical et

chirurgical, mais les hiérarchisent. L'enchaînement des étapes n'est pas un prérequis, il dépend du moment où le poids ne sera plus pathologique. Manières graduées de penser le parcours de soin qui confirment que les représentations masculines de la santé n'opposent pas hédonisme et utilitarisme¹.

Si le corps est un instrument qu'il est nécessaire de préserver afin d'accomplir les rôles sociaux assignés aux hommes, en prendre soin vise à pouvoir profiter de la vie sans contrainte. Pour ces patients, inscrits dans un cycle de vie défini, aussi bien biologiquement que socialement, comme celui de la performance, adhérer à un programme d'éducation thérapeutique, comme envisager une chirurgie, doit servir la quête de bien-être.

L'« équilibre »² doit être à la fois physique (tenir le rythme de travail, renouer avec des performances sportives) et physiologique, puisque tous tiennent à « mieux manger » tout en supprimant ou évitant les désagréments provoqués par les comorbidités³. La perspective chirurgicale que Yoann envisage est, à ce titre, emblématique de ce rapport aux soins marqué par la réduction des contraintes puisque, au fait de plusieurs techniques opératoires, et de leurs effets, seule une *sleeve* lui paraît envisageable. L'absence de fractionnement et la réduction des inconforts digestifs qu'il observe chez sa sœur, comparativement à son épouse, opérée d'un *bypass*, sont autant d'arguments pour qu'il soit certain que son choix est définitif. On peut également penser à Antoine, seul homme du *corpus* opéré dès 34 ans, qui explique que la chirurgie s'est imposée comme une solution rentable⁴ afin que son poids ne soit plus une entrave à sa qualité de vie. Représentation idéale d'une solution rapide est efficace contrariée par la réalité du parcours préopératoire puisqu'il a, non seulement, fallu s'astreindre au

¹ Cousteaux A.S. (2011), *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, op.cit., pp. 137-140.

² Rapport à la santé conceptualisé par Claudine Herzlich lorsqu'elle analyse les conduites de malades. Herzlich C. (1969), *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, op. cit.

³ Yoann espère pouvoir inverser le cercle vicieux des pathologies qui s'accumulent, Freddy aspire à ce que ses problèmes de rythme cardiaque soient réglés afin de ne pas revivre le stress de son passage aux urgences, pendant que Jean-Luc explique craindre de déclarer un diabète dont le traitement ne pourrait être que trop contraignant

⁴ Si l'ETP n'existe pas lorsqu'il s'emploie à traiter son obésité, le choix d'Antoine, pour la chirurgie, est bien le fruit d'un calcul rationnel où les désavantages du *bypass* lui paraissent moins contraignants que la perspective d'une restriction alimentaire à vie. C'est, ici, la source de l'astreinte qui fait la différence : le court-circuit digestif opposera, de toutes façons, une fin de non-recevoir aux éventuels excès, le préservant de la substitution du devoir au plaisir qu'il associe à la quotidienneté des règles diététiques. Cette représentation est d'ailleurs également présente chez David et Freddy qui espèrent accéder à la chirurgie afin de se libérer, à terme, des contraintes qu'exige le travail de mesure que leurs prescrivent les « obésologues ». Récit également présent lorsque Yoann préfère la *sleeve* au *bypass* puisque que ce sera l'amputation stomacale qui aura un effet mécanique sur sa satiété, lui évitant fractionnements et calculs perçus comme une atteinte aux plaisirs de la table.

fractionnement alimentaire mais aussi au « régime yaourt »¹ pendant plusieurs jours avant l'opération. S'il explique avoir joué le jeu afin de garantir le succès de l'acte chirurgical², l'hygiène de vie qui lui est prescrite à vie, en sortant du bloc opératoire, notamment le maintien d'une alimentation fractionnée et l'abstinence totale de consommation d'alcool, se révèle vite incompatible avec son désir de profiter des possibilités que lui permet sa nouvelle corpulence.

Franchement je me suis jamais soucié de ça. Je veux dire, j'étais pas dupe, je savais que j'étais, qu'on était gros, mais je me suis construit avec ça. Un peu comme si ça n'avait pas vraiment d'importance. Mais en fait, quand on les perd ces kilos, c'est quand-même jouissif ! Bon tu gagnes, en souffle, en endurance mais surtout, maintenant, je me vois pisser ! Et ça, ça c'est un truc ! Tu te dis ouais quand-même ... J'aurais dû faire comme la pub, aller chez le poissonnier !

Oui, alors ils te disent : tu peux pas manger ci, tu peux pas boire ça. Mais moi j'ai très vite repris tout ça. Bon, au début tranquillement, hein ! Parce que fallait gérer. Mais moi j'ai pas trop vomi, même avec l'alcool, j'ai pas été gêné avec ça, enfin je veux dire pas plus, pas moins qu'avant quoi ! Moi j'ai plus [+] fait des dumping syndromes. Surtout au début mais maintenant je gère, je les vois venir alors je fais une pause. En tout cas, une chose est sûre, maintenant je fais ce que je veux, je me prive pas et je reprends pas de poids. Comme quoi ! Je sais pas ... je dois être un cas ! Faudrait qu'ils étudient ça ! Ben là, je veux bien faire le cobaye, du coup ! Juste pour prouver qu'on est pas obligé de mener une vie de moine après ! En tout cas, moi je me privais pas, j'avais la même vie qu'avant, les soirées, les sorties, les potes ...

[Antoine, 43 ans, artisan multi-tâches, opéré depuis 9 ans]

Débarassé des perspectives morbides de l'obésité, mais aussi du poids qui est désormais désignable comme une atteinte passée à sa masculinité, Antoine entend jouir de cette plus-value physique pour continuer d'investir, à « corps retrouvé », des sociabilités amicales. L'enjeu ne se circonscrit plus aux seules mises à l'épreuve viriles entre potes³, mais s'étend à un sentiment de défi adressé à la science médicale puisque, ni il se soumet à ses prescriptions, ni il n'en subit les conséquences. Entre rapport masculin à la consommation médicale et affirmation d'une

¹ Ce régime monodiète (consommation quasiment exclusive de yaourts et de fromages blancs), aujourd'hui abandonné, visait à assouplir l'estomac ainsi qu'à la préparation cognitive de la réduction drastique des ingestions alimentaires, la contenance de la poche stomacale, post bypass, étant l'équivalent d'un à deux pots de yaourt (20-30 cl).

² Il est intéressant de relever que le rapport à la compliance pré-chirurgicale varie selon le genre, tous âges confondus. Si tous les enquêtés concernés la décrivent comme indispensable, ce sont les raisons de s'y conformer qui distinguent nettement les usages genrés de l'observance. Pendant que les hommes y voient un travail nécessaire pour garantir le succès opératoire, les femmes préfèrent à cet argument, même s'il est présent, l'impériosité de devoir faire bonne figure auprès des « obésologues » pour que leur candidature soit retenue. Marque du genre supplémentaire qui confirme la faible propension des femmes à l'hédonisme en matière de consommation médicale, et de destin corporel, puisque la perspective salutaire de l'intervention est contrainte par une inquiétude majeure, celle d'en être évincée, totalement absente dans les récits masculins.

³ **Coquard B. (2016)**, « « Nos volets transparents .» Les potes, le couple et les sociabilités populaires au foyer. », art. cité.

masculinité marquée par la maîtrise de l'espace et du temps¹, Antoine finit par acter sa lassitude à l'égard d'une carrière trop médicalisée, en rompant totalement avec les « obésologues » chargés de son suivi post-opératoire.

Par sa singularité, tant dans l'expérience biographique que représente la chirurgie dans sa trajectoire², que dans la méthode employée pour recueillir³ ces éléments, le récit de vie d'Antoine vise moins à proposer un modèle idéal-typique de jeune homme obèse opéré, qu'à saisir les tensions biographiques, liées à la combinaison des variables du genre (masculin) et du cycle de vie, au moment où le diagnostic d'obésité engage ces enquêtés dans une reconquête de l'« équilibre » ainsi déstabilisé. Décrire ce processus en croisant l'histoire d'Antoine avec celles des autres hommes du *corpus*, âgés de 29 à 43 ans, révèle une régularité dans les manières de l'appréhender. Ceci est particulièrement criant lorsque le travail de transformation de soi est replacé dans les sociabilités extra-médicales et extra-domestiques. Si, comme montré plus haut, l'entreprise est bien souvent publique pour la patientèle féminine, impliquant des échanges de conseils avec tout ou partie des femmes de l'entourage, des négociations avec l'employeur et les collègues, il en est hors de questions pour eux.

Jean-Luc, Yoann, et Antoine qui exercent une activité professionnelle au moment où ils engagent leurs carrières obèses, mettent un point d'honneur à séparer totalement ces deux activités. Plus exactement, il s'agit de faire en sorte qu'en aucun cas le travail qu'ils ont à mener en qualité de patients ne s'immisce dans leur vie professionnelle, ni en modifiant leur emploi du temps, ni en déclarant suivre un traitement. Cette dissimulation s'adresse autant aux employeurs, aux supérieurs hiérarchiques qu'aux collègues de proximité. Jean-Luc, comptable dans une société de 30 personnes, à proximité du CHU, s'arrange pour fixer ses rendez-vous le vendredi après-midi, puisqu'en général cette demi-journée est chômée, où lorsque ce n'est pas possible, il profite de sa pose méridienne pour se rendre à l'hôpital. Yoann, chauffagiste salarié

¹ À mesure que le temps passe depuis son opération, ses sociabilités amicales prévalent sur le temps conjugal, sa femme incarnant les injonctions médicales alors que ses amis, hommes et femmes, célèbrent l'hédonisme dont il se revendique. A propos de cette manière honorable de devenir un homme dont la masculinité est valorisée, voir **Coquard B. (2018)**, « Faire partie de la bande. Le groupe d'amis comme instance de légitimation d'une masculinité populaire et rurale. », *Genèses*, n°111, pp.50-69.

² Antoine est le seul homme du *corpus* à faire cette expérience à un âge où les statistiques montrent un écart négativement significatif entre effectifs réel et théorique.

³ En plus de l'entretien ethnographique mené explicitement autour de l'analyse sociologique du traitement de l'obésité, 9 ans après l'intervention chirurgicale, le parcours d'Antoine a fait l'objet d'un suivi biographique sur le long terme au gré d'une observation participante réalisée pendant 5 ans (qui a débuté plusieurs mois avant l'opération), en immersion dans les sociabilités professionnelles de cet enquêté. Cette implication, facilitée par le fait que nous soyons collègues, a certes permis d'initier l'objet de cette thèse, mais surtout de compléter la synchronie des entretiens par une diachronie qui contribue à mettre en relief une transformation de soi en train de se faire, sous l'effet de « variables contextuelles et situationnelles, qu'elles soient d'ordre social ou individuel ». **Fillieule O. (2001)**, « Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel. *Post-scriptum.* », *Revue française de science politique*, n°51, p.199.

d'un fournisseur d'énergie, qui ne sait jamais quand ses journées de travail se termineront (« *Je sais quand est-ce que je commence, à 8h, mais quand j'ai ouvert une chaudière, il faut que quand je m'en aille, il faut que ça marche ! 75% du temps ça marche tout seul, une fois sur quatre c'est plus compliqué.* ») résout le problème en transformant ses RTT en temps de travail médical (consultations, ateliers et fréquentation d'une salle de sport). Quant à Antoine, aide médico-psychologique (AMP) en internat au moment de son intervention, pour être sûr que la phase finale de sa préparation à la chirurgie, le « régime yaourt », ni n'interfère avec sa mission d'accompagnement aux repas des personnes qui résident dans le foyer où il exerce, ni ne trahisse son projet, sollicite un arrêt de travail auprès de son médecin traitant.

Bien sûr, les femmes actives du *corpus* procèdent aux mêmes arrangements afin de concilier activités médicales et professionnelles, mais ce qui retient l'attention c'est le sens donné à ces stratégies. Alors que les enquêtées y voient une manière de mener, de front, l'ensemble de leurs rôles, leurs homologues masculins croient devoir s'employer à la construction d'un système bilatéral. Cette stratégie est clairement motivée par la crainte que l'identité professionnelle ne soit souillée par un éventuel mélange des attributions. Si ce regard est conforme à ce que la sociologie, qui croise genre, santé et travail, est en mesure de supposer, ce qui mérite de pousser l'analyse est le fait que la logique de contournement de l'institution médicale¹ fait place à celle d'une invisibilisation de son usage. Ici, c'est bien la spécificité de l'obésité qu'il faut prendre en compte pour comprendre comment l'histoire se joue.

Trouble corporel visible de tous, déviance qui signe un « laisser-aller », infraction aux normes de masculinité (notamment celles de la dureté physique et du stoïcisme émotionnel) le stigmate pondéral vrille les manières de se présenter aux autres. Qu'il ait fallu mettre en scène une jovialité avenante (« *j'ai toujours été le bon gars* ») ou, au contraire, se contraindre à un certain retrait (« *je suis pas trop à l'aise en groupe* »), voire faire preuve d'abnégation (« *j'étais tout le temps à dire amen* »), ces hommes ont appris à adapter leur comportement afin que leur corpulence ne suscite pas l'antipathie des autres. Si très peu rapportent des situations où leur morphologie a fait l'objet de commentaires avilissants ou de regards désapprobateurs, il n'empêche que l'incertitude d'un corps stigmatisable façonne leurs manières d'interagir. Et

¹ Les travaux de Fanny Darbus et Émilie Legrand, autant que ceux d'Olivier Crasset montrent comment la combinaison de la culture somatique de classe et de genre avec l'*ethos* professionnel conduisent les travailleurs indépendants et ceux des TPE (Très petite entreprise) à invisibiliser leurs problèmes santé (endurance des troubles, contournement des arrêts maladie) alors que les risques professionnels y sont majorés. **Darbus, F., Legrand, É. (2021)**, « Dispensé·e·s d'être malades: Les travailleur·euse·s des toutes petites entreprises (coiffure, restauration, bâtiment), des salarié·e·s jamais malades ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°239, pp.66-81 ; **Crasset O. (2014)**, *La santé des artisans au fil du parcours professionnel. De l'acharnement au travail au souci de soi*, op. cit.

lorsque la possibilité de recouvrer un physique socialement défendable se présente, c'est l'aboutissement de cette transformation, ou en tout cas sa visibilité, qui prime. Un peu comme si seule la réussite était montrable aux autres. L'extrait d'entretien de Yoann est, ici, très emblématique du regard que portent ces enquêtés masculins sur l'entreprise menée :

Non, moi j'ai rien dit, ni à aucun de mes collègues, ni à aucun de mes supérieurs, qu'ils soient N+1, N+2 ou N+3. D'abord parce que ça les regarde pas. Je fais ce que je veux. Et parce qu'ils verront bien. Quand j'aurais été opéré, que j'aurais perdu 30 kilos, que je serais agile comme un lapin, ben voilà y'aura plus rien à dire ! Ça les essaiera ! Toc ! Moi, je fais mes trucs dans mon coin ... Rien que le psychiatre, hein, depuis que je le vois, j'ai bien changé. Si j'ai envie de dire merde à quelqu'un je vais pas prendre de gants ! Alors qu'avant je prenais des petits chemins de montagne pour pouvoir arriver là [mime] alors que j'aurais pu faire ça ! Maintenant c'est ça ! Direct ! Avant je me triturais les neurones, j'avais mal au ventre, na, na. Maintenant ! Hop ! Le problème, il est réglé tout de suite : non, je le ferais pas. C'est ton installation, tu te démerdes ! Et pis, non ! C'est pas la peine, tu peux appeler qui que ce soit, je n'irais pas. Et pis j'ai fait deux ou trois fois le coup à mon chef, il a compris ! J'ai déjà bien changé dans ma tête, reste plus que le corps, hein !

[Yoann, 40 ans, technicien chauffagiste, ETP depuis 2 ans]

Cet espoir d'une légitimité corporelle, comme garantie d'une affirmation de soi, rend tout aussi indicible le suivi médical que le travail diététique qu'il engage en amont. Publiciser ces activités représente un risque bien trop puissant. A la fois, parce qu'elles sont trop éloignées des définitions d'une masculinité populaire stable (ou en train de se stabiliser) et parce que les résultats sont incertains. Au point que cette entreprise de discrétion ne se joue pas simplement sur les scènes professionnelles, mais également au sein des sociabilités amicales et familiales, auprès des hommes comme des femmes. Or, s'il est finalement assez aisé de taire des consultations médicales, invisibiliser le changement des pratiques alimentaires demande de démultiplier les stratégies.

Alors qu'Antoine trouve que sa pratique professionnelle lui permet de gérer assez aisément le fractionnement que lui impose le parcours préopératoire, cela se complique au sein de son cercle amical. Dans le premier cas, l'organisation quotidienne, où les temps de repas sont entrecoupés de collations, lui demande de simplement veiller à un rééquilibrage discret des quantités ingérées à chaque occasion. Avec ses amis, la tâche est plus ardue puisqu'il est difficile d'allier vigilance diététique et les « dérapages » qui sont justement la marque d'une soirée réussie, signifiant autant la générosité des hôtes que l'endurance des invités¹.

¹ Coquard B (2016), « Nos volets transparents .» Les potes, le couple et les sociabilités populaires au foyer. », art. cité.

Conflictualité entre deux modèles auxquels il ne peut renoncer et qu'il résout en intégrant de plus en plus en plus sa conjointe dans le groupe, lui déléguant ainsi le rôle de censeur. Peu encline à ce que les soirées se prolongent, il sait qu'elle garde le contrôle en toutes circonstances. En démultipliant les soirées à domicile, fait plutôt rare auparavant, il sait, d'expérience que la mainmise de sa conjointe sur les quantités fait que, de toutes façons, les festivités s'essoufflent. Répondre aux invitations des autres en s'y rendant systématiquement avec elle garantit les mêmes effets puisque, contrairement à ses sorties en solitaire, il faudra rentrer à une heure raisonnable afin de libérer parents et autres baby-sitters qui assurent la garde des enfants. En déléguant, en apparence¹, la maîtrise de l'espace et du temps à sa femme, Antoine se conforme à une masculinité définie par une disponibilité amicale emprunte d'hédonisme, tout en invisibilisant les précautions qu'il prend désormais pour sa santé. Quand arrive le temps du « régime yaourt », les choses se compliquent, de fait, et contraignent Antoine à se retirer. En arrêt de travail, il confirme à ses collègues qui font partie de ce cercle qu'il est souffrant. Toutefois, pour être certain que ni cette frange du groupe, ni les autres ne viendront corrompre sa retraite forcée, il confie son entreprise à son « *pote de toujours* » afin qu'il s'allie à sa conjointe pour le couvrir. C'est uniquement lorsqu'il sort de l'hôpital, opéré, qu'il se présente comme « guéri ». Association d'états qui signent la force symbolique de son recours à la chirurgie, autant dans la place centrale que prend l'opération dans sa biographie, que dans les stratégies qu'il s'est fait un devoir de mettre en place pour ne déclarer son entreprise curative qu'une fois certain de sa guérison.

Yoann, non plus, ne se contente pas d'invisibiliser le traitement médical dans lequel il est engagé. Adopter les règles diététiques en public lui pose les mêmes questions identitaires. S'il est convaincu qu'elles sont indispensables pour que l'opération qu'il envisage soit un succès, elles sont perçues comme trop éloignées de l'expression de sa masculinité, pour qu'il puisse les assumer en dehors du cercle familial. Afin de régler cette impossibilité majeure, il décide, en premier lieu, d'éviter au maximum de partager ses repas avec ses collègues. Les déjeuners en solitaire, composés « *d'endives, de tomates de thon, le tout accompagné d'une sauce au yaourt 0% et de pain sec* » se substituent aux rendez-vous quotidiens dans des restaurants « *où c'est pas forcément très, très diététique* ». Cette mesure drastique, qui est prise

¹ A l'instar du « clan à Boris », au cœur de l'étude de Benoît Coquard sur les recompositions des structures d'appartenance, ce sont bien les sociabilités d'Antoine qui continuent de s'imposer sur la vie conjugale puisque les seules personnes que le couple fréquente ensemble sont issues du réseau de ce dernier (amis d'enfance et collègues). Sa conjointe, elle, se retrouve avec ses propres connaissances, seule, rarement et si ces réunions ont lieu à domicile, c'est systématiquement en après-midi, pendant qu'Antoine travaille. **Coquard B. (2018)**, « Faire partie de la bande. Le groupe d'amis comme instance de légitimation d'une masculinité populaire et rurale. », art. cité.

pour être ni tenté, ni être chahuté (« *je les vois de là* ») rend les pauses méridiennes monotones et sans saveur. Mais Yoann sait que c'est le prix à payer, d'autant plus qu'il a vu son épouse passer par là, avant d'obtenir des résultats pondéraux et médicaux impressionnants. En attendant de vivre cette même réussite, deux facteurs renforcent sa motivation. La première touche directement son *ethos* professionnel. La durée du déjeuner (parfois « *directement pris sur la chaudière* »), étant nécessairement raccourcie, il transforme le temps de pose en temps de travail, ce qui le rend fier puisqu'il augmente ainsi la valeur instrumentale de son corps dans le cadre d'une socialisation professionnelle qui, en érigeant l'endurance en éthique, prolonge sa socialisation de classe. En complément de cette transformation du coût d'une convivialité perdue en un gain de dignité, voire d'excellence professionnelle (« *c'est mon patron qu'est content !* »), Yoann vise un second objectif. Être observant au quotidien (il ne rechigne plus à respecter les règles diététiques que son épouse met en place au diner) est également une stratégie pour investir les occasions festives sans compter (« *ce week-end j'étais en fête, les portions je les ai triplées !* »). Loin d'être une perte de contrôle totale, ces lâcher-prises sont le fruit d'un calcul rationnel puisqu'en travaillant, dans l'ombre, à préparer son corps à la transformation bariatrique il peut rester égal à lui-même lorsqu'il se retrouve avec ses amis. Manière, là encore, d'invisibiliser des pratiques devenues indispensables pour soi mais perçues, en l'absence de résultats manifestes, comme un risque de délégitimation d'une masculinité populaire.

Pour Freddy et Jean Luc, dont la nature et l'intensité des liens sociaux se limitent à de rares interactions avec les membres du groupe de filiation, les mêmes questions identitaires les poussent, à l'identique, à taire leur entreprise. Désigné comme un « *incapable* » par sa mère parce qu'il est corpulent et chômeur, Freddy sait que son inscription dans un programme d'éducation thérapeutique pour maigrir est en soi une infraction supplémentaire au style de vie que cette dernière attend de lui. Afin d'éviter que sa masculinité ne soit, une nouvelle fois, remise en cause par cette dernière, il suspend depuis un an tout contact physique avec elle. Si cette mise à distance lui évite d'avoir à révéler à sa mère qu'il est suivi par une diététicienne et une psychologue (ce qui serait des aveux de faiblesse supplémentaires), elle vise un objectif précis : pouvoir se présenter à elle dans deux ans, victorieux d'une transformation réussie qui réhabiliterait sa dignité masculine. De son côté, Jean Luc, qui entretient très peu de relations avec ses frères et sœurs depuis sa décompensation psychotique, tient secret l'engagement médical pris depuis 4 ans. Non conforme à la culture somatique familiale, il y voit une manière supplémentaire de s'extraire d'une condition populaire, de se distinguer par l'appropriation

d'un style de masculinité illégitime dans une famille d'agriculteurs, qu'il serait, de toutes façons, vain de publiciser (« *chez moi, on ne parle pas de ces choses-là* »).

Se concentrer sur les récits des quatre patients inscrits en ETP permet d'observer que ce travail de discrétion s'opère également à l'hôpital. Seul Yoann (qui tient à se préparer pour une *sleeve*) participe à deux ateliers de diététique. Les autres refusent la perspective de toute activité de groupe. A cela ils préfèrent les rendez-vous individuels pour tenter d'appliquer les prescriptions d'hygiène alimentaire et sportive à domicile. Jean-Luc, après avoir fréquenté une salle de *fitness* en libre-service, s'est acheté un rameur pour travailler sa masse musculaire (« *sans avoir à dépendre d'horaires* »), tout en adaptant ses repas afin qu'ils correspondent aux objectifs fixés par la diététicienne. David et Freddy, s'ils expliquent qu'il est compliqué de maintenir, au quotidien, la motivation pour effectuer les exercices recommandés par l'enseignant d'APA refusent catégoriquement de rejoindre ses ateliers. Il en va de même pour la diététique. Le groupe ne représente aucune espèce de plus-value puisqu'ils ont déjà un suivi individuel. Freddy le résume ainsi : « *je vois pas en quoi parler de moi à des inconnus va résoudre mes problèmes de bouffe* ». La mise à distance, pour ces trois enquêtés, des groupes thérapeutiques fait pleinement écho à la structure de leurs sociabilités. David et Freddy, sont tous les deux travailleurs handicapés, sans emploi. Le premier entretient des relations exclusivement avec sa mère, le second limite ses échanges à sa fratrie et sa grand-mère. Jean-Luc, lui, explique s'être replié sur lui-même depuis sa décompensation psychique : il évite au maximum les réunions familiales, a rompu avec ses amis d'enfance et ne cherche pas à nouer de nouvelles relations, ni dans son cercle professionnel, ni au sein de son club de tennis de table.

Toutefois, les statistiques montrent, qu'en réalité, la patientèle masculine ne met pas beaucoup plus les séances collectives de côté que les femmes du même âge (65,5% d'entre eux participent au moins à un atelier diététique, 69,1% sont inscrits dans un groupe d'APA). Ce sont l'observation des ateliers diététiques et le récit qu'en fait Yoann qui révèlent, malgré tout, que les stratégies d'invisibilisation structurent particulièrement les manières masculines de se mettre en scène lors de ces séances.

Les investigations successives ont mis en exergue un constat suffisamment mystérieux pour qu'il suscite la curiosité. Lors des exercices pratiques, où il est demandé aux patients de se servir des repas factices, une différence majeure sépare les manières de s'exécuter. Si une grande majorité des femmes agissent avec vigilance, cherchant à composer des menus conformes à la vision partagée d'une alimentation équilibrée et mesurée, il n'est pas rare que certains hommes n'hésitent pas à se servir soit exclusivement des aliments très éloignés des

normes diététiques, soit dans des quantités manifestement excessives. Alors que ces séances n'ont lieu qu'exceptionnellement en début de parcours, qu'elles sont entourées d'un suivi individuel, et, plus largement, qu'elles se jouent dans le cadre d'une prise en charge « obésologique » plusieurs questions se posent. Est-ce la preuve d'un hermétisme aux injonctions du « bien-manger » ? Est-ce lié aux conditions de l'exercice puisqu'il s'agit de manipuler de la « dînette » dans une salle de classe ? Est-ce, alors, une provocation pour signifier le ridicule de la situation ? Ou encore, est-ce une tentative pour maîtriser l'espace et le temps en attirant l'attention sur soi ? Est-ce une manière de capitaliser sur la rareté du genre (et du geste) dans ce type de séance où les hommes sont en nombre très inférieur (et les femmes appliquées) ? C'est le récit de Yoann qui permet de formuler l'hypothèse que l'invisibilisation d'une transformation en cours se joue aussi dans l'espace hospitalier, lorsque la prise en charge implique d'interagir avec d'autres acteurs que les seuls experts.

R : Ils ont une table avec tout plein de légumes, c'est des trucs en plastique et puis on explique les kilos-calories, et pis les repas qui pourraient être équilibrés. Et on est plusieurs, on discute de ce qu'on peut manger aux repas, quoi ! Et pis après on nous dit : ben vous vous préparez un repas en fonction de ce qu'on a parlé, des kilos-calories qu'on doit avaler. Moi je m'étais pris un hamburger avec des frites, par exemple et pis un soda, parce que y'a des boites en plastique pour représenter tous ces trucs-là, et hop ! [rires]

Q : Ah oui, vous avez fait ...

R : [...] Si, en plus, c'est pour montrer qu'on sait déjà ! Si on sait déjà, pourquoi on est là ? Si on sait, on applique et hop ! Alors que si on sait pas ben ça explique qu'on soit là ! Ah bon ? Fallait pas mettre quatre à cinq cuillères de vinaigrette dedans ? [rires] Ben, voilà, je comprends pourquoi j'ai cette corpulence ! Sinon, on a l'air de quoi ? On sait, on fait pas ?

[Yoann, 40 ans, technicien chauffagiste, ETP depuis 2 ans]

Fortes de cette nouvelle hypothèse, les observations qui ont succédé cet entretien et les conversations informelles en périphérie de ces séances ont cherché à la tester au même titre que les premiers questionnements exposés plus haut. Et il semble bien que ce soit la plus crédible pour expliquer ce type d'attitudes, souvent mises en scène par des patients qui partagent avec Yoann des positions professionnelles similaires (ouvriers ou employés en milieu de carrière). On peut notamment penser à la réponse formulée par un patient (agent de surveillance) lorsque la diététicienne lui demande si la grande quantité de purée qu'il s'est servi est habituelle : « Avant, oui, certainement ! Maintenant, non. Ça fait presque un an que je suis dans le programme, quand-même. Je suis pas fou ! Mais comme question kilos ça se voit pas, ça sert à rien de frimer. » Ou encore à l'analyse qu'un autre fait lorsqu'il m'interpelle, en tant qu'observatrice déclarée, à la fin d'un atelier « Équilibre alimentaire » pour justifier la

composition de son menu témoin (en tout point similaire à celui relaté par Yoann). Il m'explique que parfaitement averti des règles diététiques et sans goût pour les *fast-foods*, choisir des frites est une manière d'entériner les causes de sa corpulence qu'il trouve elle-même parfaitement en concordance avec sa profession puisqu'il est représentant commercial, suggérant à la fois qu'il est sédentaire et enclin à manger régulièrement au restaurant¹.

Aux prises avec une identité de genre façonnée par une culture de classe, mais aussi une culture de métier, qui ne portent pas en haut lieu les règles diététiques, pas plus qu'elles n'autorisent une trop grande attention à l'instrument corporel tant qu'il est fonctionnel, il apparaît que ces hommes interprètent l'invisibilisation de leurs connaissances, et de leurs pratiques, comme un choix nécessaire pour sauver la face. Tant que cette expérimentation, forcée par les comorbidités de la pathologie pondérale, n'est pas lisible sur leur corps, le plus sûr est de continuer de se présenter comme l'homme social qu'ils ont donné à voir jusque-là : virilement réfractaires à une culture perçue comme féminine, pondéralement hédonistes.

Entreprendre un traitement « obésologique » au cours d'un cycle de vie marqué par une stabilisation, en train de se faire, des rôles sociaux ne s'inscrit pas dans la même succession d'évènements selon que les patients soient des femmes ou des hommes. Pour les premières, cela fait majoritairement suite à une succession de tentatives d'amaigrissement pour se conformer à la définition dominante de la féminité. Pour les seconds, cela initie l'appropriation d'une pratique dont ils ne sont pas ignorants mais qui était, jusque-là, réservée aux femmes de leur entourage. Autre différence majeure, pour la population féminine, bien souvent, cette prise en charge s'ajoute à d'autres suivis engagés au motif de l'appropriation de la définition médicale du corps féminin², alors que pour les hommes, sauf à devoir gérer une autre maladie chronique, cette médicalisation du quotidien est une première. Pour autant, le verdict médical d'une obésité, à la fois, pathologique et pathogène, les repositionne tous dans une même situation définie par l'intermittence d'une remise de soi à l'institution hospitalière. Dans tous

¹ Les repas au restaurant sont particulièrement pointés comme une contre-indication à la prise en charge « obésologique ». Alors qu'il est recommandé d'y aller le moins souvent possible, l'un des exercices de l'atelier « équilibre alimentaire » consiste à se composer un repas à partir de menus factices.

² Anne Sophie Cousteaux rappelle que le traitement médical des femmes est surtout envisagé à travers l'incidence de leur corps reproducteur (organes et hormones) sur leur santé, façonnant le portrait d'un « sexe faible » auquel est dédié la spécialité gynécologique. **Cousteaux A.S. (2011), *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, op. cit.**

Notons également que les dérèglements hormonaux intrinsèquement féminins définissent certaines activités paramédicales comme typiquement adaptées à ses troubles. Pendant que la grossesse et la ménopause favorisent la prise de poids, le *post-partum* et l'aménorrhée exposent à une plus grande vulnérabilité. Ainsi les femmes constituent 80% de la patientèle en diététique et les 2/3 de celle qui se tourne vers les cabinets de psychologie.

les cas, travailler à maigrir devient une activité sous surveillance médicale. C'est ainsi que débutent les « carrières obèses » à un âge où le sursis biologique et social (l'instabilité juvénile est résolue, la déstabilisation du vieillissement n'est qu'un horizon) est censé être rentabilisé par l'engagement dans une multiplicité de rôles sociaux enserrés par les définitions du féminin et du masculin. Et, parce que cette entreprise d'amaigrissement ne se joue à l'hôpital que furtivement, c'est non pas sous le contrôle exclusif du corps médical que le travail se fait : il est exposé au regard de tous. L'obésité étant un langage par lequel les individus sont parlés¹, son traitement touchant aux usages sociaux et publics des corps, ces acteurs, de fait, dominés par une emprise panoptique (le travail à fournir et ses résultats sont observables et évaluables par tout un chacun) déploient des stratégies variables pour limiter les risques identitaires que représentent nécessairement une transformation de soi en train de se faire. L'enjeu est d'être gratifié d'une carrière réussie et par conséquent soldée par un corps transformé. Cela implique de pouvoir régler une tension qui s'impose d'emblée et qui est induite par la polarisation, entre apprentissage hospitalier et application domestique, d'un dispositif adapté à la chronicité de la maladie. C'est alors, de nouveau la marque du genre, comme système de relation aux autres, à soi, qui reprend ses droits. Plus que de s'expliquer par des rôles sexués d'hommes et de femmes, ces différentes conduites du travail de patient s'élucident par la manière dont l'obésité façonne les biographies. Pour des femmes qui ont déjà tout entrepris afin que cette disgrâce cesse de porter atteinte à leur féminité, la compliance est faite vertu. Puisque chronicité et endogénéité de la maladie se confondent, l'objectif n'est pas la guérison mais une rémission qu'elles doivent anticiper en apprenant, des experts, les techniques pour que ce retour en grâce soit le plus durable possible. Le raisonnement masculin se joue dans d'autres dimensions. Subitement souffrants d'un poids qu'ils ont vu s'installer sans trop y prendre garde, ils n'ont pas pour autant d'excuse pour investir publiquement le « rôle de malade ». Pas simplement parce qu'ils sont responsables de leur état de santé, mais avant tout parce que ce diagnostic médical ne justifie, en soi, le retrait d'aucune activité sociale. Ils ne sont, objectivement, pas différents de ce qu'ils étaient avant. Travailler à guérir est un devoir qui ne génère aucun droit, voire impose celui de la discrétion. Seule la guérison est garante de réhabilitation.

¹ Bourdieu P. (1977), « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°14, pp.51-54.

2.2 Maigrir après 45 ans : un moyen de rentabiliser de nouvelles disponibilités biographiques ?

« Là j'ai pris la parole, je leur ai dit : vous avez de la rigueur, vous avez des règles, je ne les conteste pas. Si vous le faites c'est pour la bonne cause mais j'ai dit : moi j'ai 66 ans, si vous tardez trop à m'opérer le chirurgien ne m'opérera pas parce qu'il voulait m'opérer dans l'année vu mon âge. »
 [Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an]

Passé 45 ans, d'une manière générale, les écarts entre les deux types de prise en charge se resserrent. Ceci est encore plus net pour la patientèle masculine, avec une tendance à l'équilibre (Cf encadré 25) qui, en termes de corrélation statistique (Cf. encadré 24, p.328) montre que la classe des 45-54 ans est surreprésentée en chirurgie (32,9% de cette catégorie de patientèle fait ce choix), alors que c'est la tranche d'âge suivante (55-64 ans) qui l'emporte en ETP (26,8%). Si c'est dans une moindre proportion, le recours à l'acte chirurgical perd également du terrain chez les femmes inscrites dans ce cycle de vie (avant 45 ans, 71,3% d'entre elles optent pour la chirurgie, après 45 ans, elles ne sont plus que 60%).

Encadré 25 : Répartition genrée de la patientèle âgée de plus de 45 ans.

Chirurgie		ETP		Total	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
52,02%	60,00%	47,98%	40,00%	55,63%	42,49%

Sources : Traitement statistique des 1570 dossiers médicaux de patients qui bénéficient d'une prise en charge entre 2008 et 2017.

Concernant la patientèle féminine qui se tourne vers la chirurgie, les récits montrent que les comorbidités, craintes par leurs cadettes, sont avérées. L'urgence de retrouver un certain goût de soi se double ainsi d'une urgence médicale. Ceci est très explicite dans les propos de Marcelle. Si elle ne supporte plus l'image qu'elle renvoie (« *je me traitais de vache devant la glace* »), la dégradation de son état de santé est une mise en demeure. Pressée par le temps, elle n'en a plus pour continuer de s'essayer à des régimes qui ne font qu'aggraver son cas. Il faut agir de manière efficace et radicale. Ceci d'autant plus que son arthrose, qui la handicape de plus en plus, n'aura pas d'issue favorable tant qu'elle n'a pas résolu sa problématique pondérale. Dégoût de soi, comorbidités, handicap sont autant de raisons qui rendent la chirurgie impérative dans un contexte où son âge est un *ultimatum*, puisqu'elle a 65 ans au moment où elle prend connaissance de l'offre bariatrique. Les trois autres enquêtées ne sont pas confrontées au risque

que représente leur âge, comme fin de non-recevoir à leur candidature à l'acte opératoire (elles ont entre 47 et 55 ans). Pour autant, l'impériosité de se défaire d'une masse grasseuse qui, en plus de leur faire honte, de limiter leurs capacités physiques, dérègle progressivement les fonctions biologiques de leur corps¹ sont aux fondements de leur désir d'être opérées. Conscientes des conséquences iatrogènes d'une telle intervention, et de la médicalisation à vie qu'elle implique, cette perspective est, malgré tout, plus enviable que la consommation médicale à laquelle les contraint leur obésité. La plus-value associée à ce troc (des médicaments prescrits pour chacune des comorbidités contre des suppléments vitaminiques à vie ; des consultations régulières avec l'ensemble des spécialistes contre un suivi en « obésologie ») est que l'adiposité ne sera plus un accélérateur du déclin inévitable de leur état de santé. L'objectif est de vieillir à un rythme biologique et biographique acceptable. Au moment du parcours préopératoire, la crainte de l'opération se règle grâce à ce gage d'une qualité de vie retrouvée aussi bien physiquement que moralement. L'absence des symptômes de l'obésité saura apaiser leurs appréhensions de morbidité et de dépendance :

Moi j'avais peur de me faire opérer mais la peur c'était la peur de l'anesthésie. La peur de pas me réveiller. Donc j'hésitais quand-même un peu à cause de ça. Et puis bon ben le fait de venir à l'association donc j'assiste aux réunions, j'ai entendu plein de gens autour de moi en parler et des gens pour lesquels y'avait pas de problèmes, tout le monde parlait de renaissance, que la vie était merveilleuse après, et tout. Donc chemin faisant, ça a fait son travail dans ma tête. Et puis le déclic ça a quand même été quand je suis allée voir une amie qui, elle, avait eu une sleeve. Et ben quand je l'ai vu sur son lit, elle avait pas mal, elle rigolait, elle était en pleine forme. Moi j'avais aussi la peur de souffrir. [...] Mais ce qui me faisait peur aussi c'est que je me disais : si je continue à grossir comme ça, ils pourront jamais m'opérer des genoux. Même si on sait que la rééducation après une opération du genou est douloureuse, je vais finir en fauteuil, quoi ! D'ailleurs ça a été mon argumentaire à l'hôpital. Parce qu'ils m'ont jeté une première fois donc, parce que j'avais pas assez de masse musculaire.
[Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an]

Je vois mon mari, mes enfants qui voulaient m'aider à faire ceci, cela ... euh ... je rouspétais. Je dis : non ! C'est mon boulot ! Et puis à la fin ... non ils faisaient ... quand vous arrivez, pour serpillier, vous prenez une chaise pour serpillier ... C'était grave, hein ! Moi c'est ce que je dis, hein ! [rires] Moi qu'étais assistante maternelle, dès pour m'accroupir avec les enfants c'était très dur. Dès que je faisais de la marche j'étais très essoufflée ... Et puis moi j'ai dit non, j'ai dit faut faire stop ! J'ai dit là ça devient plus facile, hein ! [...] Bon je dis pas que j'avais pas peur de l'opération. Mais bon, fallait que ce soit stop, j'avais pas le choix. Et pis le docteur, il nous a tout bien expliqué, alors ça aide aussi.
[Jacqueline, 55 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

¹ Toutes font de l'apnée du sommeil et de l'hypertension, Michèle et Raymonde doivent également gérer diabète et cholestérol.

Plus qu'une socialisation « obésologique » qui permet à ces actrices de se défaire de l'ultime hésitation à se faire opérer (en s'en remettant au point de vue des experts : les chirurgiens, les patients opérés), ce qui ressort de ces récits est que c'est bien l'obésité féminine, une fois encore, qui est une instance de socialisation. Lorsqu'elles sont âgées d'une cinquantaine d'année, le rapport qu'elles ont à leur corps est en tension.

D'un côté, une santé qui s'altère de manière précoce. Comme ce qui est généralement observé dans les enquêtes qui articulent genre, âge et santé, le diagnostic de la maladie, à une période de la vie hautement symbolique puisqu'elle est celle de la ménopause, positionne ces femmes dans des préoccupations habituellement mobilisées par celles confrontées à la problématique de la dépendance liée au vieillissement ¹. Lorsque le surpoids est requalifié d'obésité, lorsque les différents maux deviennent les symptômes de cette maladie, Michèle, Jacqueline et Raymonde sont finalement confrontées à la même urgence que Marcelle : enrayer l'éminence d'une dépendance qui diminuerait leur identité.

D'un autre côté, l'adversité d'un corps qui résiste au travail de mise en forme. Au fil de leurs biographies, l'expérience contrariante de régimes contre-productifs leur a appris qu'elles ne pouvaient pas miser sur leur physique. Non pas en termes esthétiques pour investir les marchés matrimoniaux ou professionnels : quelle que soit leur situation, elles n'aspirent à aucun changement. C'est plutôt en termes fonctionnels que cette représentation se joue : elles sont dominées par une nature récalcitrante à leurs efforts. La résection organique que propose la chirurgie est une manière de rompre avec cette fatalité. Gage à elles de maîtriser l'ensemble des conséquences d'une telle intervention : travailler à ce que la perte de poids mécaniquement engagée, et enfin visible, dure, tout en gérant les effets secondaires de cette transformation. Ce sont les deux conditions pour que l'opération soit un succès. La chirurgie ne signifie pas la levée du devoir moral de contrôle auquel genre et obésité les assigne, mais une intensification du travail à fournir pour s'y conformer. Honteuses que le stigmate pondéral soit venu jusqu'à leur signifier leur incapacité à prendre soin de leur santé, la perspective de la réduction, voire de la suppression, des différentes comorbidités s'inscrit comme une dernière chance de pouvoir faire leurs preuves. A la fois rétablies de certains maux et en même temps malades d'obésité et probablement affaiblies par les effets iatrogènes de l'intervention chirurgicale, c'est la régularisation des troubles qui les accablent en amont de l'opération, qui scelle leurs espoirs.

¹ Si cette inquiétude survient dès 60 ans, même lorsque les femmes non aucun problème de santé manifeste, elle s'impose comme un devoir moral lorsqu'une maladie s'immisce dans les biographies : « il ne s'agit pas seulement de pouvoir continuer à « vivre normalement », ce qui importe aussi, c'est d'y parvenir sans l'aide des autres ». **Cousteaux A.S. (2011), *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, op. cit., p.193.**

Plus que la réassurance exprimée par leurs cadettes, la perte de poids est associée à une renaissance. Simultanément aux prises avec un sentiment d'échec et avec l'appréhension d'une dépendance liée à cette dégradation physiologique, elles sont disposées à croire en l'efficacité de la chirurgie : celle, mécanique, de l'acte opératoire (amélioration du métabolisme) et celle, symbolique, de l'institution bariatrique (imposition d'une identité obèse). L'imaginaire de ce nouveau corps, qui leur permettra de tenir à une plus grande distance la perspective et les conséquences d'un vieillissement prématuré, est en soi une injonction à la maîtrise. Ce sont ses finalités qui se déplacent, de la quête d'un corps vivable, au devoir de naturaliser les contraintes qu'imposent sa production chirurgicale.

La construction rétrospective de leurs parcours préopératoires révèle que l'impératif d'une transformation radicale de soi est motivé par la culpabilité. Plus que de remettre en cause leur capacité à prendre soin d'elle-même, l'accumulation des expressions pathologiques de leur obésité ébranle également leurs aptitudes à entretenir de bonnes relations familiales puisque c'est le *care* qui leur incombe qui est directement touché. Jacqueline trouve insupportable que son conjoint et ses enfants lui proposent de la relayer dans l'exécution de certaines tâches ménagères entravées par sa corpulence. Elle s'inquiète aussi pour la qualité du sommeil de son mari qu'elle suppose altérée par l'appareillage nocturne que lui impose son apnée du sommeil. Michèle, qui accompagne les enfants de son conjoint depuis leur adolescence, sans s'être sentie légitime pour lui proposer un nouveau projet parental, est fière d'être, malgré tout, investie du statut de grand-mère lorsque ses beaux-enfants deviennent parents. Cette néo-grand-parentalité l'oblige en rendant inacceptable toute problématique morphologique qui l'empêcherait de tenir ce rôle. Pendant que Raymonde ne peut se résoudre à ce que ces enfants s'inquiètent pour sa santé, de son côté, Marcelle souffre de voir ses liens avec sa fille se distendre. Alors qu'elles ont cultivé une complicité mère-fille, en pratiquant ensemble une pluralité d'activités d'esthétisation des corps (shopping, aquagym, séances de bien-être), contrainte par les douleurs que lui impose un physique qu'elle juge amoral, elle décline ces sociabilités filiales. Ce repli la prive autant de moments privilégiés que de son « *travail domestique de santé* »¹ : « *c'était l'occasion de sonder, de voir comment elle allait* ». Plus encore, elle ne tolère pas que les rôles s'inversent. Après de longues années de vigilance à veiller au bien-être de sa fille, à la conseiller pour construire sa féminité, son état dépressif diminue la qualité de son écoute, son état physique fait l'objet de recommandations (« *pourquoi tu fais pas de la liposuction, pourquoi ci, pourquoi ça ?* »). Passé 45 ans, les comorbidités installées, l'urgence de tenir à distance la

¹ Cresson G. (1995), *Le travail domestique de santé*, Paris, L'Harmattan.

dépendance¹ que peut leur imposer une corporéité obèse éprouvée comme dégénérative, se double de l'urgence de surmonter les échecs, vécus ou anticipés, d'obligations familiales dont Christian Baudelot et Roger Establet ont montré que, conjuguées au féminin, elles s'inscrivent dans une continuité générationnelle².

En amont de l'opération, le dégoût de soi ne s'argumente ainsi en aucun cas en termes esthétiques. Toutefois, les deux interviewées les mieux dotées, expriment spontanément, à un ou sept ans d'aval opératoire, qu'en *sus* de l'amélioration de leur état de santé et de leur mobilité, le bénéfice est aussi esthétique :

Alors vous allez rigoler, à 67 ans, je suis prête à refaire ma vie, maintenant ! C'est peut-être un peu tard mais je désespère pas ! [...] Maintenant je suis droite comme un I, on peut me regarder, je suis la plus belle fille du monde ! J'ai plus de complexes.

[Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an]

Après bien sûr y'a le changement d'apparence qui a pas été pour me déplaire ! Mais c'était pas ce que je recherchais au départ ! Bon je veux pas dire que je vivais bien mon obésité mais socialement j'avais ma place, quoi ! Mais je me disais que j'étais quand même pas très, pas très à l'aise et puis pas très belle, quoi ! Donc ... j'en étais consciente, quoi ! Parce que moi-même je trouvais que les gens qui étaient en obésité, ils étaient pas forcément ... euh ... pas forcément beaux, quoi ! Dans mes critères esthétiques, c'était pas ... Et c'était sans méchanceté vis-à-vis des autres, quoi ! Je veux dire c'est ancré. Mais c'est aussi parce que voilà : bon on s'habille pas comme tout le monde, c'est toutes ces choses-là aussi, hein !

[Michèle, 61 ans, retraitée (cheffe de projet), opérée depuis 7 ans]

Michèle et Marcelle pointent bien l'inesthétisme de la surcharge pondérale comme une altération de l'image de soi qui a participé au travail d'amaigrissement qu'elles ont entrepris, bien avant que l'offre bariatrique ne leur arrive³. Cependant, le motif esthétique est totalement exclu de leur discours lorsqu'elles reviennent sur les espoirs nourris par la perspective d'une intervention chirurgicale. Le fait que ce recul du souci plastique soit également constaté par Olivier Lepiller dans chacun des 28 récits qu'il a recueillis⁴, pourrait conduire à rallier totalement la conclusion du sociologue : le vieillissement féminin est associé à un relâchement de la norme esthétique de minceur qui « *va de pair avec le renforcement d'une autre injonction*

¹ Celle aux autres, aux dispositifs médicaux : fauteuil roulant, appareil PPC (Pression positive continue).

² Baudelot, C. et Establet, R. (1984), *Durkheim et le suicide*, Paris, Presses Universitaires de France, pp.101-104.

³ Michèle voyait son surpoids comme un risque de souillure de sa légitimité professionnelle, Marcelle comme un déclassement, par corps, alors qu'elle a employé sa vie active à se distinguer d'un héritage familial austère.

⁴ Lepiller O. (2015), « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans. », art cité, p.238.

genrée à se montrer performante dans des rôles de souci et de soin des autres »¹. Toutefois, la différence de nature des matériaux des deux enquêtes invite à nuancer ce résultat. Si pour sa publication dans le Journal des anthropologues, Olivier Lepiller mobilise exclusivement des entretiens menés à la veille de l'opération, les récits recueillis pour ce travail de thèse sont rétrospectifs, lorsque la résolution des comorbidités de l'obésité permet effectivement aux enquêtées de tenir efficacement leurs rôles de *care*. Dès lors, comment comprendre que dans cette situation, la problématique esthétique, alors qu'elle accompagne le sens qu'elles donnent à leur trajectoire (des raisons d'enchaîner les régimes aux bénéfices de la chirurgie) disparaisse des récits de Michèle et Marcelle au moment où elles évoquent leur position préopératoire ?

Ce sont les immersions sur les terrains hospitaliers et associatifs qui permettent de consolider l'hypothèse d'une socialisation « obésologique » (déjà évoquée à propos des patientes plus jeunes). Pendant que les soignants, soucieux qu'aucune confusion ne puisse se faire entre chirurgie bariatrique et chirurgie esthétique, réfutent le souci d'esthétisation des patients, au profit des seuls arguments médicaux, les acteurs obèses qui souhaitent se faire opérer apprennent du parcours préopératoire que seul leur état de santé validera ou non leur candidature. Il faut être dans une posture pondérale suffisamment délicate, mais sans présenter de troubles organiques ou psychiatriques qui seraient, de fait, une contre-indication² à l'acte chirurgical.

Dans ce contexte, par ailleurs sous surveillance, puisque la chirurgie bariatrique ne fait pas l'unanimité au sein du corps médical, les soucis esthétiques sont destinés à passer au second plan. Ceci d'autant plus que le vécu d'une obésité, socialement traduite comme le signe d'une amoralité, assigne les femmes dans une posture de dominées fertile pour qu'elles s'en remettent au point de vue de l'institution bariatrique qui après des années de régimes, s'érige en seule issue possible. Tout argument esthétique est compromis par la définition même de « candidate à la chirurgie ». Les conditions du recrutement des prétendantes sont en soi une fin de non-recevoir à ce qui est relégué au rang des futilités lorsque le diagnostic médical pointe le danger vital. Il semble facilement admissible que les définitions sociales et biologiques de l'âge de la ménopause ne peuvent qu'accentuer ce processus. Si cette analyse permet de comprendre que

¹Lepiller O. (2015), « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans. », art cité, p.238.

² Les contre-indications concernent l'anesthésie générale habituellement suspendue à des données cliniques et la modification du circuit digestif, ainsi que les effets physiologiques et psychologiques d'une transformation corporelle rapide et massive.

les aspirations esthétiques sont intelligibles la veille de l'opération¹, ou lorsque le rôle de candidate est réinvesti de manière rétrospective, le maintien de cette dissociation se construit lors de la socialisation post-opératoire qui se joue notamment dans les espaces associatifs.

Michèle et Marcelle ne sont pas n'importe quelles patientes. Elles sont respectivement présidente et trésorière d'une association de patients. A ce titre, elles animent la vie associative locale de la péri-chirurgie, mais aussi des ateliers pédagogiques à destination d'étudiants en STAPS. En amont de cette socialisation par l'institution bariatrique à qui elles consacrent du temps, tout en étant investies d'une reconnaissance puisque leur expérience les positionne en qualité d'auxiliaires des experts, leurs socialisations antérieures ont participé au façonnement de deux convictions. L'obésité enlaidit : « *je trouvais que les gens qui étaient en obésité, ils étaient pas forcément [...] beaux* » ; « *j'étais très vulgaire avec moi [...] j'arrivais plus à me regarder dans la glace* ». La mise en forme des corps exige un travail assidu empreint d'abnégation : « *c'était une culpabilisation continuelle, quand je stagnais c'est que j'étais pas courageuse* » ; « *avec la ménopause, j'ai redoublé de vigilance, je suis restée mince. Mais avec la retraite, la séparation, j'ai craqué [silence] ça a pas loupé. Du coup, après, c'est les régimes, les régimes, les régimes et le poids qui monte* ». Prédisposées à croire que l'esthétisation des corps est un travail qui revient à chacun, que l'acte bariatrique ne se justifie que lorsque le poids représente un risque pour la santé, elles sont convaincues de la légitimité des critères d'éligibilité à la chirurgie. Recrutées par l'institution médicale, le travail pédagogique mené par les soignants continue de diffuser cette double croyance, pendant que la réalité post-opératoire confirme que seules les comorbidités sont réglées, la question esthétique restant suspendue à leur capacité à faire avec ce nouveau corps². Les effets de cette homologation de normes et d'attentes sont d'autant plus efficaces qu'en investissant des responsabilités associatives, elles deviennent garantes de la reproduction institutionnelle.

C'est vrai que les gens qui se lancent dans l'opération, on leur dit aussi de mesurer, d'essayer de comprendre aussi tous les côtés négatifs qu'y a, qu'on parle pas forcément. Non pas pour décourager mais pour qu'ils en aient conscience. Avec le bypass, le corps est malmené quand-même, tu fais pas ça pour être belle. C'est vrai qu'une femme en obésité n'a pas le même pouvoir de séduction qu'une femme qui n'est pas obèse mais au moment de passer sur le billard, ça, ça compte pas ! D'autant plus qu'avec tout le poids perdu, là faut presque faire de la chirurgie esthétique pour plaire. Surtout dans les couples, on a plein de

¹ Comme le souligne Olivier Lepiller, l'observation des interactions entre patientes montre que la mise à distance de l'injonction esthétique se fait parfois de manière virulente, entre impensable et indignation. **Lepiller O. (2015)**, « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans. », art cité, p.247.

² Travailler à ne pas regrossir, à harmoniser les pratiques stylistiques à mesure que la morphologie se transforme, à gérer les excès de peau.

témoignages où les maris ils peuvent plus toucher leurs femmes après, tellement elles ont changé, tellement c'est ... enfin la peau qui pend, tout ça. Et puis y'a plein de gens qui dépriment après l'opération, aussi. Y'a moins de sourire dans l'œil, y'a moins de jovialité. Mais bon, en vrai, les gens qui se lancent, c'est jamais pour des raisons esthétiques où alors ils le disent pas, je sais pas [silence] Et puis si c'est juste une question d'esthétique, ben y'a la liposuction ! Là, c'est quand-même plus ... c'est à l'estomac, aux intestins qu'on touche. Même si ça résout un certain nombre de problèmes, y'a pas mal de conséquences.

[Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis
1 an]

Quand le vocabulaire employé souligne les souffrances endurables, il apparaît que l'inintelligibilité de l'esthétisation des corps, comme précepte bariatrique, est une forme de mise à distance de toutes les violences que supposent les conversions symboliques de soi (devenir obèse puis ne plus être stigmatisable en tant que telle) et qui accompagnent la production d'un corps idéal. A la fois associer l'obésité à un trait de laideur, qui n'est résoluble par la fonte pondérale qu'à condition d'activités complémentaires (recours à la chirurgie réparatrice et travail esthétique), tout en rendant l'acte bariatrique hermétique à tout projet plastique, est l'expression de ressources sociales propres au goût pour le travail corporel. Non seulement le souci esthétique traverse les récits de Marcelle et Michèle, mais il ne peut être laissé au hasard d'un effet collatéral d'une résection stomacale, au détriment d'une prise ferme sur leur corps qu'exigent les statuts sociaux qu'elles ont conquis. Ceci s'illustre notamment par l'urgence de renouer avec des pratiques vestimentaires que le stigmate pondéral avait contraintes. Tout juste sortie de l'hôpital, Marcelle va s'acheter de la lingerie féminine de différentes tailles afin d'accompagner au plus près l'amaigrissement à venir. Trop heureuse de la perspective d'abandonner ses tenues Décathlon au profit des tailleurs de marque qui ont accompagné sa carrière professionnelle, elle prend également contact avec une couturière qui saura reprendre ses toilettes à mesure de sa transformation corporelle. Michèle, un an après son opération, refuse de participer au défilé de mode organisé par l'association de patients à laquelle elle adhère à l'époque. Elle juge que sa morphologie n'est pas encore présentable pour investir un podium. Toutefois, elle profite de la présence de boutiques indépendantes pour s'offrir deux tenues complètes, l'une à sa taille, l'autre plus petite afin d'anticiper la perte pondérale à venir.

Ce travail d'ornement des corps se double de soins destinés à prévenir les effets de l'amaigrissement sur la peau. Averties du relâchement et de la déshydratation cutanés généralisés, elles mettent en place un nouveau rituel quotidien en se massant, à l'aide de produits cosmétiques, l'ensemble des parties du corps les plus sensibles à la fonte adipeuse (cuisses, bras, ventre). Pratique préventive couronnée de succès pour Michèle puisqu'associée

au suivi scrupuleux des recommandations d'hygiène post-opératoire, elle peut éviter la chirurgie réparatrice qu'elle avait pourtant inclus dans ses projets dès le départ. Marcelle, malgré le soin qu'elle apporte à l'entretien de son corps, observe l'aggravation d'un surplus de peau au niveau du ventre. Désireuse de ne plus avoir à fuir le reflet de son image dans les miroirs, elle compte profiter de sa prochaine visite de contrôle pour négocier, avec le chirurgien, la prescription d'une abdominoplastie.

Autant d'attentions « destinées à « soigner » et à « embellir » le corps tout entier et de façon permanente »¹, socialement situées, qui deviennent un objet légitime de leurs interventions auprès des patientes, nouvellement opérées, qu'elles rencontrent au sein de l'espace associatif. Au même titre qu'il est impensable d'associer la chirurgie bariatrique à un acte esthétique, le modèle dominant du soin corporel s'impose comme le gage d'une transformation de soi réellement en train de se faire. C'est à ce titre qu'elles ont à cœur que leur association propose régulièrement des ateliers d'« estime de soi », qui ont pour vocation de transmettre aux plus démunies des conseils pour soigner leur beauté². Préoccupations tout à fait sincères, et similaires à celles des « obésologues », « de réduire l'écart entre « le corps qui est » et « le corps qui devrait être » »³ qui signent leur adhésion à « la définition dominante du corps et de ses usages »⁴. Si la relation entre ces bénévoles et les adhérentes est caractérisée par une histoire pondérale commune, elle l'est aussi par des écarts sociaux qui reposent sur la compétence (sanctionnée par les titres de responsables associatifs) et la position sociale qui rapproche plus Marcelle et Michèle des professionnels que de leurs associées⁵. Au cœur de cette situation en tension, marquée par une proximité corporelle et une distinction sociale, diffuser les schèmes dominants d'un rapport réflexif au corps, est une manière de signaler leur identité

¹ Boltanski L. (1971), « Les usages sociaux du corps. », art. cité, p.215.

² Se maquiller plus pour soi que pour les autres, précéder la pause de vernis par des séances de manucure, de pédicure, prêter attention à toutes les parties du corps, se vêtir par goût et non par nécessité...

³ Vandebroeck D. (2015), « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique », art cité, p.38.

⁴ Bourdieu P. (1979), *La Distinction. Critique sociale du jugement*, op. cit., p.448.

⁵ Le croisement du traitement statistique des 82 « fiches enquêtes » renseignées par les adhérents associatifs avec les données qualitatives recueillies lors des immersions terrains au sein des associations locales de patients montre une homologie entre hiérarchie sociale et organisation interne. Non seulement, les responsabilités au sein des bureaux sont plus souvent investies par celles qui détiennent le plus de ressources, mais le maintien des mandats est exclusivement soumis à cette condition. Aux mieux dotées, la pérennisation des statuts, et lorsque ces réélections cessent, elles se traduisent par une sortie totale du secteur associatif. Moins souvent membres des bureaux, les patientes issues des classes les plus populaires, ont des trajectoires nettement moins linéaires, pouvant alterner les statuts de manière plus elliptique. Autre différence de classe majeure, la durée des « adhésions simples » diminue à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale. Lorsqu'elles se prolongent pour la patientèle la mieux munie, elles se soldent toujours par l'investissement d'une notabilité (poste au sein du bureau ou délégation pour représenter les associés à l'occasion de partenariats : recrutement d'animateurs, accès à certains espaces).

sociale, de tirer les bénéfices symboliques d'une supériorité qui a d'autant plus de valeur que la simple appartenance au groupe des patients obèses les assigne à des places de dominées.

Les définitions et les usages socialement définis des corps apportent des nuances à la dissociation que font Jacqueline et Raymonde entre esthétisme et bariatrique. La première d'entre elles est que leur obésité n'est pas parlée en termes de laideur. Si la trajectoire de Jacqueline est ponctuée de régimes, ce n'est pas verbalisé autour de la nécessité de s'embellir. Sensible au modèle corporel de la minceur autant qu'au discours de la médecine préventive, se soumettre aux prescriptions nutritionnelles est une manière de surveiller sa santé. L'accumulation progressive des différentes comorbidités ne fait que renforcer cette croyance, dont Enrique Martin-Criado¹ a montré qu'elle s'est largement diffusée au sein des populations féminines des classes populaires.

En réalité, le récit de Jacqueline montre que, plus qu'un entérinement des messages de Santé publique, son travail de mise en conformité de ses pratiques aux normes dominantes est le fruit du risque de stigmatisation que génèrent précisément ce type d'intention civilisatrice des classes dominantes à l'égard des plus démunis². A mesure qu'elle se laisse prendre par la mécanique des régimes qui font grossir, c'est le poids du regard des autres qui rend son corps invivable. Les jugements, avérés ou supposés, des clients des magasins, des parents qui lui confient leurs enfants, des amis de son mari, sont autant de déterminations à ne pas se laisser aller à une fatalité corporelle. Non pas parce que sa morphologie est une infraction à une norme esthétique, mais à une règle éthique. Il n'est pas convenable de se présenter avec un corps qui laisse supposer une irrationalité incompatible avec son statut de femme établie, à qui de plus riches délèguent en partie l'éducation de leurs enfants.

Issue du même milieu social mais moins soumise aux regards des autres, Raymonde n'a que faire des jugements sociaux. Son poids devient un problème en deux phases qu'elle identifie très clairement. D'abord, il l'a contraint dans ses mouvements, puis, lorsque les comorbidités s'installent, alors que les liens avec ses enfants se resserrent, elle ne peut ni se hasarder à leur dissimuler la dégradation de son état de santé, ni tolérer qu'ils aient à s'inquiéter pour elle. Désireuse d'investir le rôle de la bonne mère, quels que soient les efforts et la souffrance qu'implique la chirurgie, ce recours s'impose.

¹ **Martin-Criado E. (2015)**, « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de familles des classes populaires. », art. cité.

² **Dargelos B. (2005)**, « Une spécialisation impossible, l'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte antialcoolique en France (1850-1940) », art. cité ; **Serre D. (1998)**, « Le bébé "superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance. », art. cité ; **Vandebroeck D. (2015)**, « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique », art. cité.

Malgré des interprétations variables des règles qui gouvernent un rapport au corps légitime (en tension entre *habitus* de classe, injonctions dominantes et trajectoires individuelles), lorsqu'elles sont verbalisées pour décrire leurs pratiques de soins corporelles, pour Jacqueline comme pour Raymonde, l'éthique se substitue à l'esthétisme¹. Au même titre que l'obésité est plus inconvenable qu'inesthétique, l'opération bariatrique, puis le travail qu'elle exige, ont pour vocation d'habiter un corps qui exprime leur moralité. Ainsi préoccupées, la transformation de leur corpulence, enclenchée par l'acte chirurgical, les engage dans une temporalité où l'urgence de faire bonne figure ne laisse pas plus de place à l'ornement des corps que lorsqu'elles vivaient le déshonneur de l'ascension pondérale. L'exemple le plus parlant est sans doute le temps qu'elles prennent pour renouveler leur garde-robe. Non seulement elles ne le font pas pendant la période de perte de poids, mais il faut que ce soit le conjoint de Jacqueline, les nouvelles amies de Raymonde (elles-mêmes bypassées), qui une fois leur poids stabilisé, les mettent face à la nécessité de le faire. Plus que d'être contraintes par leurs ressources économiques, ce sont leurs préoccupations qui sont ailleurs.

Raymonde explique, par exemple, qu'en fréquentant longuement les associations de patients², elle avait accès aux bourses aux vêtements régies par un système de troc. Si elle n'a rien à redire aux préoccupations vestimentaires et esthétiques de ses homologues (« *il en faut pour tout le monde* »), ses propres attentes s'articulent autour de deux objectifs : se tisser un espace de sociabilités qui palliera sa solitude et militer pour la moralité des personnes obèses. Pour cela elle s'engage sur tous les fronts, des plus discrets aux plus médiatisés. Dans l'ombre, elle ne compte pas son temps pour œuvrer au bon fonctionnement du fait associatif :

Toujours la première arrivée, toujours la dernière partie, comme on dit ! Non mais parce qu'y a toujours des tas de choses à faire : mettre les chaises, ranger les chaises, coller les affiches, compter les adhérents, préparer les collations, ramasser les poubelles... Plein de petites choses mais si y'a personne pour les faire ben ça tourne pas ! Et c'est pas qu'un boulot pour les gens du bureau, hein ! C'est pour ça que j'ai toujours fait ça. Même chez moi, je prenais toujours du boulot : découper les programmes, les plier, compter les réserves et faire l'appoint. Parce que c'est pas le moment venu qu'il faut se rendre qu'on pas ci, qu'on a pas ça, hein !

[Raymonde, 65 ans, retraitée (ouvrière), opérée depuis 9 ans]

¹ Boltanski L. (1971), « Les usages sociaux du corps. », art. cité.

² La trajectoire associative de Raymonde est une exception à ce qui a été énoncé plus haut. Adhérente aux associations qui se succèdent sur le territoire le plus proche de l'hôpital, elle est de plus en plus active et s'engage jusqu'au rôle de « patiente ressource » en investissant l'hôpital pour mettre son expérience au service d'une médiation entre les professionnels de santé et les patients novices ou les plus en difficulté. C'est à ce titre, qu'elle est plébiscitée pour investir le rôle de présidente durant les deux dernières années d'existence de l'une des associations. Son mandat s'achève en même temps que sa dissolution. Elle redevient alors simple adhérente de la suivante, pendant quelques mois, avant de déporter son bénévolat sur la l'animation d'un blog internet.

Plus exposée, notamment au regard des professionnels de santé ou même du grand public, c'est avec la même énergie qu'elle s'investit. Simple adhérente, lorsque les médias s'emparent de la chirurgie bariatrique, lorsque le tout premier défilé de mode associatif est organisé, elle n'hésite pas à s'exposer pour contrevenir aux idées reçues. Dans le premier cas, elle profite de la tribune médiatique qu'offre le tournage d'une randonnée qui réunit soignants et patients pour démontrer que son obésité de l'empêche pas d'utiliser son corps avec intensité : « *Ce n'est pas parce qu'on est obèse qu'on ne se bouge pas !* ». Dans le second cas, elle s'empare du podium, pas parce qu'elle se sent embellie par sa perte de poids, plutôt parce qu'il n'est pas convenable d'imposer un modèle unique d'apparence physique : « *avec les mannequins, les magazines de mode, on sait bien que ça fabrique des complexes. L'anorexie, faut pas chercher d'où ça vient, hein !* ».

Quant à Jacqueline, soucieuse que son *hexis* corporelle ne trahisse plus sa moralité, elle scrute au quotidien l'avancée de son amaigrissement. Pour cela, ni elle ne monte sur la balance, ni elle ne s'observe dans la glace. Puisque sa légitimité dépend du regard des autres, elle demande chaque jour à son mari si le changement est visible :

R : Après moi je disais : oh ! J'ai perdu, j'ai perdu ! Alors mon mari il dit : excuses-moi mais je te vois tous les jours ! [rires] Petit à petit, après, il dit : Oh ! Si ! Si ! ça se voit ! Ben le plus dur après, c'est se débarrasser des vêtements ! Un an après [la stabilisation], je l'ai fait !

Q : Vous portiez toujours les mêmes vêtements ?

R : J'arrivais pas à me débarrasser ! Non ! Ben non parce que j'avais des ensembles en voile, ou je mettais que des robes ou des jupes, surtout avec des grandes tuniques. J'avais quasiment que ça ! Alors, avant, après, ça m'allait toujours. J'avais quand même pas mal de vêtements ... J'ai eu du mal, c'est pas ça que je voyais moi. J'allais de mieux en mieux, je retrouvais ma joie de vivre. Ça fait X temps que j'avais pas fait du vélo, j'ai reparti à faire du vélo ! J'avais plus de vélo. Allez hop ! On va aller en acheter un ! [rires] J'étais contente ! [rires] J'étais débarrassée ! Et pis même les enfants que je garde, ça se voyait qu'ils étaient contents !

[Jacqueline, 55 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]

Cet extrait d'entretien montre à quel point les espoirs incarnés par la chirurgie bariatrique sont façonnés par les positions sociales. Agée de 48 ans au moment de ce recours, mais aussi héritière d'un *ethos* populaire façonné par le « choix du nécessaire »¹, en même temps que sa profession l'assigne à faire preuve de bonne volonté culturelle, c'est au prisme de ces facteurs qu'elle accueille sa transformation corporelle. Dominée par une corpulence qui l'empêche de tenir convenablement ses rôles, domestique et professionnel. Assignée à une

¹ Bourdieu P. (1979), *La Distinction. Critique sociale du jugement*, op. cit.

posture de subalterne à domicile, dont Marie Cartier et H el ene Lechien¹ ont montr e qu'elle est source d'ajustements incessants entre appropriations et mises à distance des ressources symboliques véhiculées par les classes moyennes côtoyées sur des sc enes où les frontières entre vie privée et vie professionnelles sont poreuses. Opérée, l'ensemble des recommandations médicales, pour être sûre que la chirurgie produise ses effets, est en totale adéquation avec ce qu'elle a appris au cours de sa trajectoire : la vigilance à son hygiène de vie doit être permanente. Débarrassée de son angoisse pondérale, elle n'a plus besoin de scruter les résultats chiffrés de son pèse-personne qu'elle met instantanément au placard. Cet exercice solitaire et souvent douloureux fait place à une autre attention : il est aussi indispensable qu'urgent que sa transformation corporelle soit visible par les autres. Que son mari valide, que les enfants soient contents, disent combien elle compte pouvoir enfin miser sur son apparence pour assoir sa moralité educative auprès des parents qui l'emploient.

Les récits de Raymonde et Jacqueline donnent à voir que derrière l'apparente unicite  d'un rapport au corps socialement et g n rationnellement situé, où habiter un corps sain permet autant d'utiliser durablement son physique à des fins utiles, que d'asseoir sa moralité, se jouent des variations individuelles, au gré des réajustements qu'induisent les cheminements biographiques. Sans prétendre dessiner des profils tranchés au sein de cette catégorie de patientèle que sont les femmes, issues de classes populaires, âgées de plus de 45 ans, il est toutefois intéressant d'observer qu'Armelle (maraîchère) a des manières similaires de considérer l'education thérapeutique que Raymonde la chirurgie bariatrique, et que cette homologie se joue également entre Djamila (ma trese de maison) et Jacqueline.

Si le surpoids de Djamila fait irruption dans sa biographie bien plus tard que Jacqueline, il met autant en danger ses rôles domestiques et professionnels qui, comme dans le cas de Jacqueline, ont la particularité de se confondre. Ma trese de maison, elle ne reçoit pas les adolescentes dont elle s'occupe à son domicile mais se déplace dans ce que le secteur médico-social nomme leur « foyer ». En contact quotidien avec les jeunes filles de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), sur des moments sociaux qui structurent la vie privée, les capacités educatives de Djamila ne sont pas légitimées par la division du travail.   elle les tâches domestiques, aux travailleurs sociaux l'accompagnement educatif. Les r les sont clairement définis, tant par les statuts (ma trese de maison / équipe educative) que par les diplômes (CAP de cuisine et de

¹ Cartier M. et Lechien M.H. (2017), « Asseoir sa légitimité professionnelle auprès des parents. Les stratégies de légitimation educative des assistantes maternelles. », art. cité.

couture – niveau V¹ / Diplômes d'État (DE) du travail social - niveaux II à IV). Pour autant Djamilia ne l'entend pas tout à fait de cette manière, considérant que les activités domestiques qu'elle exerce en compagnie des adolescentes, participent à l'accompagnement éducatif vers l'autonomie qui est au cœur de la mission des MECS². Elle a ainsi passé sa carrière à développer des stratégies pour tenter d'asseoir sa légitimité éducative auprès des travailleurs sociaux. La plus flagrante d'entre elles étant, sans doute, la mise en place d' « ateliers » qui matérialise une conformité avec les normes qui régissent les manières d'exercer le métier d' « éducateur » :

J'avais huit filles au foyer où j'étais. On faisait la cuisine, je faisais des ateliers de cuisine, je faisais des ateliers de couture. Ménage avec eux le mercredi, pour leur montrer comment il faut ranger pour quand ils auront leur appartement à l'extérieur et tout ça. C'est une éducation que je faisais aussi et c'est vrai ça faisait quand-même des trucs. [...] On faisait les courses à l'extérieur aussi avec les filles, parce que je leur montrais comment gérer leur budget et tout ça, là !
[Djamilia, 60 ans, maîtresse de maison en invalidité, ETP depuis 2 ans]

Immergée au cœur de l'institution socio-éducative, elle s'en approprie la culture : faire du quotidien un support d'apprentissage, verbaliser chaque action en termes d'objectifs. Animée par une volonté de « bien faire » toujours invisible puisqu'elle n'est jamais sollicitée pour donner son avis en matière d'éducation, elle en fait sa moralité, dont les indicateurs sont le sentiment du « travail bien fait » et l'importation, à son domicile, d'une culture respectable. Lorsqu'après plusieurs mois d'arrêt de travail, son embonpoint est devenu surpoids, elle le vit comme un risque pour sa légitimité à faire corps avec les normes éducatives de l'institution. C'est contre son propre désarroi identitaire qu'elle doit lutter.

Alors âgée de 58 ans, et en aucun cas résignée à être licenciée pour l'inaptitude provoquée par les complications de son éventration (ce verdict médical serait une fin de non-recevoir à tout le travail entrepris), elle s'engage de toutes ses forces dans le programme d'éducation thérapeutique dont elle espère qu'il sera le salut de sa moralité en la débarrassant de la honte de son stigmate corporel.

De son côté, Armelle, comme Raymonde, circonscrit les difficultés provoquées par son surpoids aux seuls empêchements physiques d'exercer convenablement sa profession (dans son cas le maraîchage). Lorsque, à 49 ans, ce handicap se double de comorbidités qui lui font craindre que son état de santé ne se dégrade plus vite que celui de ses parents sur lesquels elle veille, la perspective de l'ETP (dont elle a eu vent lors de sa précédente cure de cinq semaines)

¹ Référence à l'ancienne nomenclature qui reste d'usage malgré la réforme du 8 janvier 2019, relative au « *cadre national des certifications professionnelles* ». <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F199>

² Maison d'enfants à caractère social.

s'impose comme le moyen le plus sûr de concilier activités médicales, professionnelles et domestiques :

Avec la diététicienne, je fais la liste de ce que je mange. Elle me dit, ce qui va, ce qui va pas. Voilà ! Pour le sport, c'est soit une demi-heure d'exercice avec les vidéos, soit de la marche, 10000 pas. Les vidéos c'est pratique, pas besoin d'aller dans une salle, pas le temps. Les salles de sports c'est loin et pis c'est cher. Et pis par chez moi y'a rien du tout, pas de salles, faut payer, quoi ! Et pis, en ce moment c'est les asperges donc je marche. Pas besoin du podomètre qu'y conseille, comme j'ai toujours mon portable sur moi, pour le boulot, ben c'est lui qui compte : au moins 10000 pas à tous les coups ! [...] Le coach, je le vois un peu moins d'une fois par mois et la diététicienne encore moins. Ça fait pas beaucoup à se déplacer, ça va quoi ... Heureusement parce que ... avec la diététicienne, on a eu un peu de mal parce que moi avec les glucides, les machins, ça me prend la tête ! J'ai pas le temps pour ses calculs !

[Armelle, 53 ans, maraîchère, ETP, depuis 4 ans]

C'est dans le « *j'ai pas le temps pour ses calculs* » (ceux de la diététicienne), cette autre manière de dire qu'elle n'est pas qualifiée pour prêter une attention réflexive à son corps et combien recouvrer ses pleines capacités physiques est exclusif de tout autre projet corporel, que les ressources d'Armelle s'expriment. D'ailleurs, lorsqu'elle évoque la temporalité du programme c'est toujours en termes de chronophagie, estimant que sa chance est d'être à son compte, ce qui lui permet de rationaliser son organisation, alors qu'elle n'imagine pas comment les travailleurs salariés peuvent articuler travail médical et activité professionnelle. Au même titre que son activité de maraîchage lui permet de substituer la marche à la gymnastique, son statut d'indépendante sert l'aménagement de son planning. Travailler à maigrir implique des contraintes économiques et temporelles qui lui paraissent incompatibles avec le style de vie populaire, à moins que, comme elle, les conditions d'emploi permettent quelques arrangements avec les conditions d'existence. Manières, en somme, de se repositionner dans le monde social et qui renvoie, comme dans le cas de Raymonde, à la nécessité de cohésion de soi-même et du groupe.

Si Djamila et Armelle préfèrent l'éducation thérapeutique à la chirurgie bariatrique, ce choix fait écho aux dispositions qui façonnent leurs schèmes de pensée. Pour Djamila, le travail thérapeutique pluridisciplinaire s'aligne parfaitement avec les normes en vigueur dans l'éducation spécialisée et ses propres valeurs, renforcées au cours de sa socialisation professionnelle. L'application consciencieuse des conseils dispensés par les « obésologues » sont autant d'occasions de transformer les activités domestiques en compétences prometteuses de meilleures conditions d'existence. Plutôt que de se laisser dominer par une nature forcément aliénante, elle croit en l'efficacité d'un rapport réflexif à soi-même comme outil

d'émancipation. C'est au nom de ces convictions qu'elle sait qu'elle ne pourra tirer que du bénéfice de ce dispositif thérapeutique. Il est conforme à sa propre morale éducative et la chirurgie la priverait du mérite qu'elle convoite : « *arriver sans effort, c'est pas ce que j'apprenais à mes filles [adolescentes de l'ASE], aux enfants [les siens].* » Armelle considère certes qu'avec un peu d'organisation et d'adaptation, le travail médical peut s'immiscer dans son quotidien mais, plus encore, elle est totalement réfractaire à l'opération. Non pas parce que ce recours lui paraît trop facile. Au contraire, c'est la gestion de ses effets secondaires qui lui semble trop fastidieuse. Aussi temporaires soient-ils, ils représentent un risque d'affaiblissement supplémentaire de ses capacités physiques qui porterait trop atteinte aux rôles qui lui reviennent.

L'association entre chirurgie et solution de facilité n'est pas simplement évoquée par Djamila, elle est plus largement développée par Isabelle (enseignante spécialisée) et Thérèse (chargée de développement en retraite). Toutes deux partagent des trajectoires ascendantes, des profils sociologiques qui les situent dans les classes intellectuelles moyennes et un passif, à l'égard du surpoids, qui les a conduites à une vigilance alimentaire bien avant que leur corpulence ne soit marquée par une surcharge pondérale¹. Enclines à souscrire aux discours dominants et à les relayer de manière doctrinale, c'est sur le ton de la connivence qu'elles expliquent à la sociologue que seul un rapport réflexif au corps est garant de son bon usage. La chirurgie, elle, est le fatal apanage des plus précaires, ceux qui n'ont d'autre choix que de se laisser aller à leurs instincts et à leur vision déformée du monde :

J'ai la chance d'avoir un avis dessus. Et si ben, pour moi, c'est la solution de facilité, après y'a des gens pour qui c'est mieux l'opération. [...] Parce que des fois, je suis un peu choquée par ce que disent certaines personnes. Sur l'hôpital, les ateliers ça faisait un peu flipper, en fait ! Enfin euh ... non je trouvais que ... les gens ils avaient vraiment des aprioris et ils étaient un petit peu ... coincés dans leur truc, quoi ! Ils étaient pas très ouverts ! [...] Euh ... ben des gens ... peut-être qu'ils étaient d'un milieu social peut-être pas non plus trop ... favorisé.

[Isabelle, 50 ans, enseignante spécialisée, ETP depuis 2 ans]

Les gens qui se font opérer c'est parce qu'ils étaient en obésité, on appelle ça morbide, c'est pas terrible. Et je m'aperçois, en fin de compte, que quand ces gens-là sont opérés, c'est pas sans conséquences ni psychiques, ni physiques, hein ! C'est compliqué. C'est même dramatique, je trouve. Elles retrouvent pas la silhouette dont elles rêvaient et elles arrivent pas à se trouver bien dans la silhouette qu'elles ont. On connaît quelqu'un, avec mon mari, qui était très fort, il faisait 160, il a été jusqu'à 180 kilos, il s'est fait opérer et il a pas voulu suivre, où il a pas eu le temps de suivre l'aide psychologique, il a pété un plomb, il a quitté

¹ Isabelle, parce que, dès l'adolescence, ses formes laissaient supposer qu'elle était légèrement plus grosse que ses camarades. Thérèse, parce qu'elle tenait à produire un corps conforme à la bonne volonté culturelle entreprise pour tenir à distance ses origines populaires.

son travail, il a tout bazarde, sa femme, ses enfants ... non, non, je trouve que c'est pas sans conséquences, c'est pas anodin, en fait. Parce que souvent, c'est des gens ils veulent pas faire le suivi derrière. Et j'ai tenté d'en parler à quelques-unes ... et ... y'a une très jeune ... mais en fait c'est difficile d'en parler parce qu'en fait, elles parlaient déjà pas de leur poids avant, c'est compliqué ... c'est compliqué.
[Thérèse, 76 ans, retraitée (chargée de développement culturel), ETP depuis 2 ans]

Cette croyance en une hiérarchie des thérapeutiques, qui serait à l'identique de celle qui classe les compétences corporelles et médicales des différents groupes sociaux, ne s'exprime pas simplement en termes de jugements, elle se matérialise par un alignement certain de la culture somatique mise en avant par Isabelle et Thérèse et celle défendue par les praticiens d'ETP. Ces derniers¹ annoncent dès le recrutement des patients, et tout au long de leur accompagnement, au détour d'une pesée et d'un calcul d'IMC systématiques, que la perte de poids ne peut être un objectif raisonnable mais plutôt une conséquence opportune d'une amélioration du métabolisme. Isabelle et Thérèse, toutes deux inscrites dans le programme depuis deux ans, mais aussi aguerries à une écoute attentive des messages reçus de leur corps, formulent ainsi les effets du travail qu'elles entreprennent sous gérance médicale :

Parce que, en fait, presque je suis sortie du SSR en me disant : « Ben je m'en fous de maigrir maintenant ! Ce qu'il faut c'est je refasse connaissance avec mon corps et que je me sente bien ! ». Ils étaient devenus ça mes objectifs ! Du coup c'est là que ça opère qu'on perd du poids parce que c'est pu une obsession de perdre du poids, de se peser, de se dire : « Oh ! J'ai mangé ça ». [...] Et donc je travaille sur la sensation de faim, la sensation de rassasiement, les émotions. Enfin plein de choses et ... je me sens bien plus sereine avec la nourriture. J'ai pas fait un poil de régime et là ça y est, ça fait 15 jours que les gens me disent « ben t'as changé de forme, t'as maigri ».

[Isabelle, 50 ans, enseignante spécialisée, ETP depuis 2 ans]

Et en fait, quand j'ai fait de l'activité civique, physique, je me suis rendue compte, même si je perdais pas de poids, ma silhouette changeait. Et ça, ça a été une révélation ! Parce que les copines me disaient : t'as maigri. Je dis : non j'ai pas maigri, la balance elle dit rien mais en fait mon corps changeait. Surtout à mon âge quand-même, c'était inespéré ce truc-là.

[Thérèse, 76 ans, retraitée (chargée de développement culturel), ETP depuis 2 ans]

Si, comme leurs cadettes qui font le choix du programme d'ETP, l'impératif d'une transformation de soi ne se traduit pas en termes d'urgence, pour Thérèse, comme pour Isabelle, cela ne signifie pas pour autant la nécessité d'apprendre les bonnes techniques, celles labélisées par les experts, pour perdre du poids. Plus qu'une prise de distance avec le stigmat pondéral, ce sont les méthodes et les outils « grand public » qu'elles rejettent. Ce qu'elles attendent du

¹ Pour des raisons qui sont amplement détaillées en partie 3.

traitement, c'est de pouvoir renouer avec leurs sensations somatiques. Leurs prises de poids respectives les ont précipitées vers le pèse-personne et le régime restrictif. Le premier, parce qu'il est un appareil de mesure, le second, parce qu'il est une marche à suivre, les ont coupées de leurs propres perceptions d'elles-mêmes. Ce sont de ces artifices, qui ont perverti leurs capacités « naturelles » à être « en forme », qu'elles veulent se débarrasser. Ceci ne se traduit pas simplement par le fait qu'elles misent plus sur leur silhouette ou sur leurs sensations morbides pour évaluer les effets du traitement. Les méthodes employées par les « obésologues » sont elles-mêmes soumises à inventaire. Lorsque la diététicienne demande à Isabelle de renseigner chaque jour le contenu de ses repas, cette dernière refuse de le faire. Quantifier ses apports journaliers serait contre-productif puisque cela reviendrait à s'en remettre à une sanction extrinsèque alors que c'est précisément l'inverse qu'elle cherche à cultiver. Thérèse, elle, refuse le podomètre suggéré par l'enseignant d'APA, lui préférant la quête de sensations de bien-être pour mesurer ses progrès physiques.

Confrontées à des « obésologues » qui, malgré leur invitation à cultiver un rapport réflexif au corps, leur proposent bien souvent des outils qu'elles ont expérimenté comme des vecteurs de la dépossession de soi, elles prennent à leur compte le modèle « à la carte » défendu par le programme. Thérèse voit la diététicienne une fois tous les six mois. Loin d'en attendre des conseils pour une cuisine amaigrissante, elle y voit l'occasion de s'assurer que ses apports nutritionnels sont conformes aux besoins que le vieillissement impose à son corps. Manière, en somme, de rentabiliser son statut de patiente obèse, « *parce que passé un certain âge, on s'occupe plus des gens, surtout si ils sont obèses* ». Après une année d'inscription aux séances d'aquagym qui lui ont permis de retrouver confiance en ses capacités physiques, elle poursuit cette activité, en s'abonnant à un cours dispensé à la piscine municipale. En complément, elle adhère à une structure privée afin de pratiquer de la marche nordique hebdomadairement. Son dernier contact avec l'enseignant d'APA remonte ainsi à la journée d'hospitalisation organisée à mi-parcours du programme. Il en va de même pour Isabelle qui explique que, si son inscription à l'atelier de gymnastique lui a permis de reprendre goût la pratique d'activités physiques qu'elle avait abandonné depuis ses années collèges, l'exercice a fini par montrer ses limites. Trop centrés sur la pratique adaptée aux personnes obèses, les cours ne lui permettent pas suffisamment d'avoir un usage ludique de son corps. Après un an, elle ne renouvelle pas son inscription, lui préférant des pratiques hors institution médicale. Du côté de l'alimentation, c'est la diététicienne, voyant qu'Isabelle adhère plus aux préceptes de l'approche bio-psycho-

sensorielle défendue par le GROS¹ qu'à la méthode cognitivo-comportementale qui est au cœur du programme d'ETP, qui finit par lui proposer d'espacer les rendez-vous.

De leur côté, Djamila et Armelle, qui sont respectivement inscrites dans le programme depuis 2 et 4 ans, n'envisagent en aucun cas de distendre leur suivi hospitalier. Djamila souscrit à l'intégralité de l'offre. Cet engagement lui permet autant de meubler la vacance que lui impose son arrêt de travail que de travailler à mettre toutes les chances de son côté pour retrouver un corps présentable et un ventre opérable. Armelle, qui se décrit comme peu sociable, ne souhaite participer à aucune prise en charge collective. En plus de son suivi avec la diététicienne (consultations tous les mois et demi), elle a sollicité l'enseignant d'APA pour qu'ils se rencontrent une fois par mois. Malgré les contraintes temporelles, l'objectif est de rentabiliser ses absences à la ferme qu'elle considère comme un investissement pour que son corps tienne la distance.

A côté de Djamila qui, au nom de sa propre morale éducative, adhère au principe même de l'approche systémique de la pluridisciplinarité, Natacha (sans emploi), Nathalie (secrétaire en invalidité depuis 20 ans) et Dominique (aide-soignante en invalidité depuis 6 ans) souscrivent à tous les ateliers qui leur sont proposés. Leur participation est, à la fois, le travail qu'elles ont à produire en qualité de malades, et une manière d'investir l'espace « obésologique » comme un lieu de sociabilités. Que ces activités viennent compléter des carrières médicales déjà bien remplies (dans le cas de Dominique et Nathalie) ou qu'elles comblent l'austérité d'une existence désaffiliée (dans le cas de Natacha), leurs immersions hospitalières sont l'occasion d'interagir dans un espace protecteur. Toutes trois considèrent que le programme présente de nombreux avantages. Dédié à la prise en charge de l'obésité, elles peuvent s'en remettre sans craintes aux « obésologues ». Patentés par l'institution médicale, leur expertise est une ressource sûre sur laquelle elles peuvent s'appuyer pour gérer leur pathologie pondérale. Plus largement, fréquenter l'institution « obésologique » plusieurs fois par semaine nourrit autant leur motivation que leur emploi du temps. Si Dominique et Nathalie ont expérimenté leurs carrières médicales comme un desserrement de leurs liens sociaux, autant que les ruptures qui jalonnent la biographie de Natacha n'ont fait que renforcer son repli domiciliaire, les ateliers thérapeutiques leur permettent d'élargir le champ des possibles. La pratique d'activités physiques donne une nouvelle temporalité à leur semaine. Elle est autant de rendez-vous à honorer en dehors du domicile et sa régularité permet d'appartenir à un groupe.

¹ Isabelle a rencontré l'une de ses thérapeutes au cours d'un premier programme suivi au service C, depuis en parallèle de l'ETP, elle est toujours suivie par cette soignante qui œuvre désormais en libéral.

Sans que cela n'occasionne le tissage de liens amicaux, il n'en demeure pas moins que le contact répété avec ceux que Nathalie nomme ses collègues est en soi une manière d'investir le métier de malade. Fréquenter les groupes d'APA est une manière salvatrice de pousser les murs vers de nouveaux espaces, de rencontrer d'autres acteurs que les seuls professionnels, en d'autres termes, d'investir des lieux publics (salles de sport, piscine, parcs) en compagnie de profanes :

Q : Et au niveau de la pratique sportive, comment ça se passe ?

R : Ça ne peut que être une aide supplémentaire, déjà ! Parce que c'est un coach sportif donc il intervient dans le domaine du sport et chaque personne doit avoir son rôle dans la chose. Donc lui c'est un coach sportif donc il nous amène des solutions pour faire du sport donc entre la marche, la marche nordique, l'aquagym, des trucs comme ça ! En fonction, bien-sûr de l'adaptation à soi-même. Ça m'apporte une motivation supplémentaire parce que je me dis qu'on est tous dans le même cas ! On est tous là pour la même cause et ça fait que renforcer la motivation ! C'est encore mieux en groupe qu'en individuel. On n'est pas tout seul, on va encore plus de l'avant ! Enfin pour moi ! Pour moi ça a ce but-là. Et puis faire d'autres connaissances, aussi ! Ça peut être que bénéfique.

[Dominique, 54 ans, aide-soignante en invalidité, ETP depuis 1 an]

L'aquagym se fait à la piscine, ça faisait longtemps que j'étais pas allée à la piscine, je veux dire publique. Et puis la gym se fait à plusieurs endroits de la ville. Dans des salles de quartier. Donc le mercredi soir, piscine et le jeudi soir, gym. Ça me sort, ça fait du bien. Et pis, c'est adapté à tout le monde, on a un coach qui nous donne des conseils, qui suit notre progression et puis qui prépare un programme en disant : bon aujourd'hui, on va faire ça, si tu te sens pas capable et bien on va moins le faire, on va faire plus doucement.

Q : Oui c'est vraiment adapté ...

R : C'est adapté à chacun. Chacun est différent. Y'a pas le regard de l'autre non plus, on est tous à égalité. Donc c'est ça qui me plaît dans le ... dans ce fait là. [...] Donc ça m'inquiète pas vraiment dans le fait où je sais que c'est vraiment adapté vu que tout le monde est dans ma ... dans l'obésité. Et chaque obésité étant différente, on a les capacités ou on les a pas pour faire des exercices.

Q : D'accord. Et est-ce que vous avez créé des relations ? Est-ce qu'il y a des gens qui sont devenus des amis ?

R : Non, pas des amis mais des connaissances que je retrouve à la salle de sport. Des gens que j'ai rencontré et qui viennent faire de la rééducation à la salle de sport. Donc on se parle, on parle de la pluie et du beau temps : comment ça va ?

Qu'est-ce que tu vas faire aujourd'hui ?

Q : Et est-ce que ces relations qui se créent autour de la prise en charge, est-ce que pour vous c'est important ?

R : Oui. Ça permet de créer des liens. Si c'est pas amicaux mais au moins des connaissances où on peut se parler de nos problèmes et des difficultés qu'on a.

Q : D'accord, vous diriez que le groupe est un moteur ?

R : Oui.

Q : Est-ce que vous pouvez expliquer pourquoi ?

R : Ben tout seul, même avec un coach, c'est encore plus difficile que d'être en groupe. Parce que là le coach est vraiment ... tout le temps derrière vous et moi j'avoue que je n'aime pas trop ce genre de ... j'aime pas qu'on soit derrière moi pour dire ... j'ai pas trop envie d'avoir un coach rien que pour moi, pour, justement, me dire : bon, faut faire ci, faut faire ça.

[Nathalie, 53 ans, secrétaire en invalidité, ETP depuis 1 an]

Le groupe a ainsi plusieurs fonctions : rompre avec le repli domiciliaire en réinvestissant des scènes sociales qui avaient été mises de côté ; rompre avec la solitude en tentant de nouer des connaissances avec des personnes qui partagent un vécu corporel similaire ; rompre avec la monotonie du quotidien en espérant y puiser un regain de motivation pour prendre soin de soi ; rompre avec le déséquilibre de la relation duelle entre expert et profane en attendant du *coaching* collectif une harmonisation entre relâchement de la pression évaluative et individualisation de l'accompagnement. Le gain est tel que même si elles apprécient de pouvoir allier travail médical et sociabilités, Nathalie, comme Dominique, regrettent que le programme n'aille pas plus loin dans son offre de soin :

On se voit que pendant la durée de l'atelier, c'est tout. Après chacun est parti de son côté sans échanger le moindre mot. Les six qu'on était ... Une fois que la séance est terminée, chacun part de son côté, on pourrait se retrouver cinq, dix minutes sur le Perron mais non chacun rentre de son côté. Pendant les séances, on a tous discuté, tous dit un mot, tous échangé, hein ! Tout le monde a échangé, tout le monde a parlé. Au contraire, ça c'est très, très bien passé ! Après ma déception, c'est que après y'ai pas de ... je pensais, voilà, discuter un petit peu.

[Dominique, 54 ans, aide-soignante en invalidité, ETP depuis 1 an]

Q : Vous trouvez que le programme n'est pas complet ?

R : Ben je sais pas, peut-être un groupe de parole où on partage nos difficultés et puis on se conseille sur éventuellement les trouvailles qu'on a fait, justement, pour alléger le poids qu'on a, des petites astuces, parler des repas, donner des conseils aux gens sur ce que je fais ou sur ce qui est bien à faire ou pas. Je pense plutôt à un groupe de parole, oui.

[Nathalie, 53 ans, secrétaire en invalidité, ETP depuis 1 an]

Toutes les deux bénéficient d'un suivi psychologique. Dominique au sein du service « obésologique », à raison d'une fois par mois. Nathalie continue d'être suivie par la psychologue du CMP (Centre médico-psychologique). Elles jugent ce travail nécessaire, comme un complément indispensable à leurs prises en charge pour atténuer leur mal-être dont les sources et les conséquences sont multiples. Mais ce recours aux professionnels ne suffit pas pour combler leurs besoins de conseils. Conformément à ce que Robert Castel et Jean François Le Cerf¹, puis Olivier Schwartz², ont montré à propos de la large diffusion de la culture psychologique, même vers les groupes sociaux les plus éloignés de sa sphère d'origine, elles aspirent à plus d'occasions de faire de leur vécu psychique un objet d'attention. C'est dans cette

¹ Castel R. et Le Cerf J.-F. (1980), « Le phénomène "psy" et la société française. Vers une nouvelle culture psychologique. », *Le débat*, n°1, pp. 32-45, Castel R. et Le Cerf J.-F. (1980), « Le phénomène "psy" et la société française. La société de relation. », *Le débat*, n°2, pp. 39-47 ; Castel R. et Le Cerf J.-F. (1980), « Le phénomène "psy" et la société française. L'après psychanalyse. », *Le débat*, n°3, pp.22-30.

² Schwartz O. (2011), « La pénétration de la « culture psychologique de masse » dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus. », *Sociologie*, n°4/2, pp. 345-341.

dynamique que l'absence de groupe de parole est la seule doléance qu'elles formulent à l'égard du programme d'ETP. A l'instar de ce qui se joue lors des séances d'APA, c'est le besoin d'interagir avec des personnes socialement proches qu'elles revendiquent. Rapporté à la situation d'entretien psychologique où l'expression de sa singularité invite le patient à négocier la signification et la légitimité de ce qu'il verbalise avec l'expert, le groupe de parole paraît comme un moyen d'élaborer une réalité commune. Manière, en somme, de tester le bien-fondé de son propre vécu, mais aussi d'éprouver les façons convenables de le formuler auprès de ceux dont l'expertise est désignée par l'expérience. Comme l'enseignant d'APA, lors des séances d'activité physique, l'animateur tiendrait alors plus un rôle de garant du collectif (sans oublier les individualités) que de sachant qui évalue les personnalités. Expérimentées dans l'acculturation qu'implique une remise de soi aux institutions médicales, ce que Dominique et Nathalie attendent de leurs « carrières obèses » s'apparente à un désir de parité, sorte de prise en soin de leur « quant-à-soi » social.

De son côté, Natacha est la seule patiente du *corpus* à souscrire au programme d'ETP par défaut. C'est-à-dire qu'elle s'est présentée à l'hôpital dans l'objectif d'une chirurgie. Avertie de la technique par ses deux sœurs qui se font opérées d'un *bypass*, qu'elle nomme systématiquement passe-passe, tant la force symbolique de la transformation magique des corps est puissante dans ce bien qu'elle convoite, elle découvre avec surprise que la prise en charge de l'obésité par le service C ne s'organise pas comme ce qu'ont expérimenté ses sœurs. Ici, la chirurgie est un acte rare, soumis à l'échec, sous condition d'observance, d'un suivi thérapeutique de trois ans. Ainsi informée, sa rationalité lui dicte de se plier à cette règle. S'inscrire à tous les ateliers qui lui sont proposés, se rendre une fois par mois aux consultations diététiques sont autant de tâches qu'elle doit accomplir pour se conformer au protocole. N'ayant jamais fait de régime ou d'activité sportive auparavant, Natacha soumet son quotidien aux règles que lui énoncent les « obésologues » :

Avant que je connaisse ce service-là, je mangeais beaucoup de bonbons, des gâteaux, tout ça et pis maintenant ... bon j'en mange de temps en temps, parce que hier j'ai une amie qu'est venue, ça fait des années que ... bon j'ai droit, j'avais fait un gâteau la veille ben on l'a mangé, pas entièrement parce que ... et ben pour une fois que je fais un petit plaisir. Y'a des trucs que je mange plus. Et pis au niveau éducation physique, y'a des exercices à faire à la maison et tout ça. Bon comme avec les machins, les poids ... et ben faut faire ça à la maison, avec des chaises, on peut faire ça aussi. Mais du coup, je fais beaucoup de vélo ...

[Natacha, 52 ans, sans emploi, ETP depuis 1 an]

C'est à force de répéter à la sociologue « *je voudrais bien un passe-passe [bypass], c'est pour ça* », cette autre manière de dire combien l'incorporation des normes promues par les détenteurs du bien convoité est un labeur exigeant, que Natacha exprime sa situation de dominée soumise à l'éducation des dominants. Se priver de plaisirs alimentaires, faire des exercices à la maison, mais aussi se rendre deux fois par semaine aux séances d'APA sont autant de manières de se mettre au travail alors que sa biographie est ponctuée de retraits : de l'école, du marché du travail, de ses sociabilités amicales, puis du lieu d'implantation de sa famille. Pas plus que les activités à effectuer à domicile, les séances collectives de diététique et d'APA n'ont pas vocation à être source de réjouissance. Natacha, qui n'a pas le permis de conduire, s'y rend accompagnée de son conjoint. Aussitôt la besogne accomplie, elle regagne sa voiture pour qu'ils rentrent vaquer à leurs occupations. Ainsi s'attache-t-elle à accomplir convenablement le métier de patiente en attendant qu'il soit gratifié d'une éligibilité à la chirurgie.

Si, plus que dans les autres catégories de patientèle féminine, le hasard du recrutement des enquêtées, âgées de plus de 45 ans et inscrites dans un programme d'ETP, se fait plus nettement du côté des classes populaires, l'analyse des récits montre que le rapport de ces patientes aux modalités de ce traitement est autant marqué par la diversité des groupes dominés que par l'éclectisme des trajectoires individuelles faites à la fois de césures, de dépossessions et d'assimilations culturelles¹.

Le traitement statistique des dossiers médicaux montre que l'âge qui passe favorise un regain de recours à l'« obésologie » chez les hommes. Ceux âgés de plus de 45 ans représentent 55,6% de la patientèle masculine, tous traitements confondus, avec une sur-représentation de la classe de 45-54 ans en chirurgie puis de celle des 55-64 ans en ETP (Cf. encadré 24, p.328). Au-delà des observations faites plus haut, qui montrent à quel point la construction sociale du masculin engage un rapport plus hédoniste au corps, les récits de Frédéric (chauffeur-routier, opéré à 50 ans), Gérard (technicien informatique, engagé dans un programme d'ETP à l'âge de 56 ans) et Patrick (ouvrier qualifié, engagé dans un programme d'ETP depuis qu'il a 53 ans) permettent d'affiner cette généralité. Comprendre comment et pourquoi ces hommes, « dans la force de l'âge » font le choix de soigner leur obésité, et plus particulièrement celui d'une thérapeutique plutôt qu'une autre, permet de donner corps au poids de la chronicité de cette maladie pondérale dans les trajectoires masculines autant qu'à la consommation genrée de l'offre médicale. Comme leurs cadets, ces enquêtés s'inscrivent dans une moindre diversité

¹ Schwartz O. (2011), « Peut-on parler des classes populaires ? », *La vie des idées*,

sociale que les femmes du *corpus* puisqu'ils sont tous les trois issus des classes ouvrières et que leurs trajectoires ne marquent pas de nets écarts avec leurs origines. L'hétérogénéité des positions de dominé s'annonce ainsi, de nouveau, comme une grille de lecture.

Si David, Yoann, Freddy et Jean-Luc considèrent que leur inscription dans un programme ETP n'exclut pas la perspective d'une chirurgie, voire qu'elle est une étape pour y accéder, Gérard et Patrick sont farouchement opposés à cette idée. Leur choix est définitif, ils ne veulent pas être opérés. L'un, comme l'autre, trouvent l'acte trop radical. Plus précisément ce sont les conséquences de la réduction stomacale qui oppose une fin de non-recevoir à l'opération. Non pas en termes d'effets secondaires, physiologiques ou psychiques, qui altéreraient leurs capacités ou les condamneraient à une consommation médicale au long cours. Ce qu'ils craignent ce sont les conséquences sociales et identitaires d'une telle amputation. Les propos de Patrick en sont un parfait résumé :

La première pensée que j'ai par rapport à ça c'est : mais si on me coupe les trois-quarts de l'estomac, je ne peux plus manger donc je ne peux plus recevoir d'amis, je ne peux plus me faire plaisir. C'est ma première traduction : la désocialisation. Y'a un monsieur qui faisait le sport toute la première année avec nous, il s'est fait opérer, il est réapparu cinq semaines après l'opération, il avait déjà perdu 25 kilos ! Méconnaissable ! Ma traduction, à moi, de ça, c'est un peu une espèce de castration. Enfin je sais pas, j'arrive pas à me projeter là-dedans.

[Patrick, 55 ans, ouvrier qualifié, ETP depuis 2 ans]

C'est leur identité de mangeur que Patrick et Gérard souhaitent préserver. Celle, sociale, où partager un repas structure leurs sociabilités amicales et professionnelles. Celle, plus intime, où manger est source de plaisir physiologique, aussi bien pour le goût des aliments que pour leurs effets sur leurs compositions physiques. Avertis que leur poids est un problème pour leur santé, après l'apparition de comorbidités mais surtout parce qu'il pèse sur la mécanique de leur corps¹, ils attendent des « obésologues » qu'ils leur apprennent comment distiller, dans leur quotidien, des techniques d'amaigrissement. Sur un modèle de rentabilité, celles-ci doivent être suffisamment efficaces pour perdre les kilos qui portent atteinte au plein usage de leur corps mais également discrètes pour qu'elles n'altèrent pas leur corporéité sociale. Il ne s'agit ni de perdre « 25 kilos » pour être « méconnaissable », ni d'être dépendants d'une consommation médicale. Pour cela, ils ont trois ans d'alternance : à l'hôpital, ils s'initient aux techniques

¹ Gérard, qui est en attente d'une prothèse de hanche, souffre d'une apnée du sommeil depuis quelques temps. Patrick, alors qu'il soigne cholestérol et hypertension depuis plusieurs années, explique que l'apparition d'une apnée de sommeil est le diagnostic de trop. C'est ce qui l'a conduit vers les services « obésologiques ». Depuis, il s'inquiète pour son genou, opéré il y a 20 ans, puisque de nouvelles douleurs apparaissent et que l'endocrinologue relie cette résurgence à son poids.

auprès des sachants puis, à eux de les optimiser. Matrice qui fait pleinement écho à leurs socialisations professionnelles et qui n'est pas sans animer leur goût pour le *challenge* :

On m'avait dit : on peut aussi vous opérer et ça j'ai toujours refusé. Vraiment en extrême limite quand on pourrait plus rien faire. Je voulais aussi réussir à montrer que par moi-même et sans avoir recours, entre guillemets, à la facilité de l'opération, je puisse perdre du poids. [...] T'as pas de volonté, t'as pas réussi par toi-même, crac on va te couper le moteur ! Il faut avoir cette volonté d'arriver par moi-même et pas par le bistouri.

[Patrick, 55 ans, ouvrier qualifié, ETP depuis 2 ans]

C'est un engagement qui ... et quand je prends un engagement j'y vais donc là, de ce côté-là, c'est un peu une obligation mais une obligation que je me mets. De toutes façons, il faut perdre du poids donc maintenant que je suis ici, avec des spécialistes, ben je vais tout faire pour. J'ai rendez-vous pour l'aquagym et puis la, la gymnastique au sol et puis il faut que je téléphone pour prendre rendez-vous pour les ateliers de nutrition. Euh ... donc ça et puis à côté de ça, faire attention à ce que je mange et puis faire beaucoup plus de sport. J'ai un vélo d'appartement à la maison donc il faut que je m'y mette aussi. En faire beaucoup plus. [...] Ici les médecins ils sont spécialisés pour les personnes qui ont un problème de poids, quoi. Donc je vais prendre leurs conseils, après à moi de jouer. On sait pourquoi on y va, quoi. Mais bon c'est vrai qu'il faut qu'à un moment le, le but commence à être atteint. Parce que si j'ai pas perdu de poids dans six mois, je vais me dire c'est bon.

[Gérard, 56 ans, technicien informatique en intérim, ETP depuis 1 mois]

Initialement titulaires d'un bac général ou d'un CAP, les trajectoires professionnelles de Patrick et Gérard sont marquées par des prises de postes subalternes, puis par un recours à des formations complémentaires (internes à l'entreprise ou dans le cadre d'une reconversion) qui leur permettent de s'élever dans la hiérarchie des professions. Leurs identités masculines se forment autour de la valorisation du travail comme moyen de s'en sortir dans un contexte de déstabilisation progressive du marché de l'emploi. C'est cet *ethos* masculin qui parle lorsqu'ils mettent un point d'honneur à tout faire pour s'en sortir seuls, envisageant leurs contacts avec le corps médical exclusivement sous l'angle de directives à respecter. A conditions, toutefois, qu'elles mènent au cap fixé. Mais, parce que les autres aspects de leurs biographies varient, c'est la mise en œuvre du travail qui se modifie d'un enquête à l'autre.

Comme Patrick, qui a participé aux quatre ateliers de diététique et qui, depuis deux ans, se joint aux séances d'APA de façon bi-hebdomadaire, Gérard envisage de souscrire à un maximum d'activités en groupe. Il en attend une dynamique conviviale qui saura le motiver (« *c'est le groupe qui fait qu'on avance* »). Après neuf ans de consommation médicale régulière, marquée par la dualité de relations patient-soignant, la plus-value du programme réside dans cette alternance entre consultations individuelles et séances collectives. Il espère

que l'expertise des « obésologues » sera ainsi complétée par celle des autres patients, notamment les plus anciens, en tout cas ceux qui obtiennent des résultats pondéraux encourageants. Tout comme travailler à guérir lui a permis de réduire le handicap généré par sa fracture du col du fémur (« *ça se répare, donc y'a pas de souci* »), de contenir les récurrences d'une infection dermatologique (« *quand ça revient faut prendre des antibiotiques* »), Gérard est au fait de ce qu'implique la chronicité médicale. Si la guérison n'est jamais totalement acquise¹, lorsqu'il s'adresse à un spécialiste, il doit pouvoir obtenir des résultats (« *sinon j'aurais été à la pharmacie* »). Dans le cas de l'obésité, il a observé, chez les femmes de son entourage, que ni les régimes, ni la pharmacopée ne produisent les effets escomptés. Le statut de spécialiste des « obésologues » légitime la méthode proposée. Au même titre que n'importe quel protocole médical, le travail de groupe a une fonction thérapeutique qu'il est prêt à tester :

*Ils nous mettent en groupe avec d'autres personnes qu'ont résolu leur problème ou ce souci-là. Peut-être que ça pourrait me guider pour faire la même chose, quoi. Mais bon déjà, je vais voir ... En tout cas je sais que les régimes c'est bon pour faire maigrir la carte de crédit. Ça engraisse les laboratoires mais c'est tout ! [...]
Ma mère, elle achète les compléments alimentaires en pharmacie : ben oui c'est en pharmacie donc c'est bien ! C'est qu'un placebo et puis voilà, quoi ! C'est le fait de dire : je prends un médicament pour maigrir, pour plus avoir faim, donc je vais plus avoir faim ! Mais bon ça fonctionne pas toujours !*

[Gérard, 56 ans, technicien informatique en intérim, ETP depuis 1 mois]

Désormais obèse, Gérard doit travailler à maigrir. Pressé par sa prothèse de hanche et son apnée du sommeil, seule une réelle perte pondérale saura valider l'efficacité thérapeutique du programme d'ETP. C'est au principe de cet usage mécaniste de son corps et des produits médicaux que la seule option qu'il ne retient pas dans l'offre médico-éducative est le suivi psychologique :

Soutien médical pour me guider dans le but que je me suis fixé, oui mais un soutien moral ou psychologique, j'en ai pas besoin. Pour moi tout va bien faut que je perde du poids mais voilà c'est tout.

[Gérard, 56 ans, technicien informatique en intérim, ETP depuis 1 mois]

Si Patrick tient autant que Gérard à perdre du poids tout en préservant son identité de mangeur et sa maîtrise sur son circuit digestif, son rapport au programme fait écho à ses propres croyances. Tout au long de l'entretien, il insiste sur sa culture de la « bonne chère ». Celle qu'il a acquise à la table de ses ascendants et qu'il continue de revendiquer comme un trait de

¹ Gérard a parfois recours à ses béquilles lorsque sa jambe est trop douloureuse, la bactérie qui inflamme la peau de sa cheville s'est réveillée trois fois.

personnalité. S'identifier comme obèse ne signifie pas qu'il est malade. Il souffre de pathologies qui sont la conséquence de son surpoids. Loin d'être une simple nuance, c'est tout un régime cognitif qui s'engage dans cette interprétation, et ainsi dans l'expérience que Patrick fait de son immersion dans l'espace « obésologique ». Être gros, c'est être l'héritier d'une culture dont il sait qu'elle n'est pas légitime mais dont il refuse de se laisser déposséder. Dans ces conditions, ce n'est pas spécifiquement le versant thérapeutique du programme qui suscite son intérêt mais bien plus la proposition éducative. Il s'agit de trouver le point d'équilibre qui permettra que ses pratiques alimentaires n'induisent plus une majoration pondérale morbide. Habité par l'histoire sociale des institutions, il sait qu'incorporer de nouvelles normes exige un resserrement des interactions, avec ceux qui les diffusent, d'autant plus intensif¹ que celles-ci sont éloignées des siennes. Face à cette nécessité de « *marquage à la culotte* », Patrick souscrit à l'intégralité du programme, un peu comme si c'était la manière la plus sûre d'être mis au travail. De cette stratégie découle un apprentissage tout aussi rationalisé puisque celui-ci ne doit en aucun cas être synonyme d'acculturation :

J'ai fait l'atelier sur les sens. L'idée qu'y a derrière, c'est de dire que plutôt que de manger mécaniquement, on prend le temps de faire un travail avec la vue, l'odorat, le goût, le toucher. Et le temps qu'on passe à faire cette petite analyse ben c'est un temps qu'on passe pas à manger plus. Un artifice pour tenter de maîtriser les quantités. J'avais fait l'atelier des quantités. Voilà, c'est la vue qui est le faux ami. On nous présentait des assiettes garnies et fonction de la taille de l'assiette, on avait une vision fausse. Une quantité de pâtes dans une énorme assiette, nous paraît être une petite dose : si je mange ça, j'aurais faim après. Et la même quantité dans une assiette plus petite et le fait que ça fasse un peu un dôme : ah ben là c'est une bonne assiette ! Alors qu'il y a la même quantité.

[Patrick, 55 ans, ouvrier qualifié, ETP depuis 2 ans]

De normes qui lui paraissent artificielles tant elles sont éloignées de ces propres schèmes de pensée et qu'il n'y souscrit que par obligation médicale, Patrick fabrique des artifices. Ceux-ci ont vocation à ce que la transformation de certaines pratiques, qui sont aux fondements de son appartenance sociale puisqu'elles viennent toucher à l'alimentation dont la force symbolique est d'être constitutive d'identité², ne soit pas synonyme de dépersonnalisation. Depuis l'atelier « quantités », lui et son épouse ont renouvelé leur service de table au profit

¹**Durkheim É. (1938)**, *L'évolution pédagogique en France*, Paris, Presses universitaires de France.

² « L'acte fondamental sur lequel se cristallise "l'angoisse de l'omnivore", telle que nous venons de la définir, c'est l'incorporation, c'est-à-dire le mouvement par lequel nous faisons franchir à l'aliment la frontière entre le monde et notre corps, le dehors et le dedans. Ce geste est à la fois banal et porteur de conséquences potentiellement irréversibles. Incorporer un aliment, c'est, sur un plan réel comme sur un plan imaginaire, incorporer tout ou partie de ses propriétés : nous devenons ce que nous mangeons. L'incorporation fonde l'identité. » **Fischler C. (1990)**, *L'Omnivore. Le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Odile Jacob, p.66.

d'assiettes plus petites¹ afin d'allier au quotidien, comme lors des repas conviviaux, devoir de « *ne pas trahir le contrat* » et plaisir de « *cuisiner un bon repas* ». La pratique d'activités physiques de Patrick est aux prises avec les mêmes tensions. Sans goût particulier pour la dépense énergétique qui n'aurait d'autre but que l'amélioration de son métabolisme, il envisage cette activité avant tout sous l'angle du collectif. Le groupe présente un double avantage. Non seulement il l'oblige à une assiduité mais il est également source de convivialité. Afin d'allier devoir et plaisir, alors que les ateliers d'APA doivent s'interrompre pendant la période estivale de fermeture du service, il propose d'organiser une marche hebdomadaire entre patients. Entre contrainte qu'il s'impose pour être sûr de pratiquer et sociabilité entre personnes « *à avoir le même problème* », l'activité physique devient « *une forme de loisir productif* »².

Enfin, Frédéric fait, lui, le choix de recourir à la chirurgie bariatrique. Il explique que cette décision est le versant médical d'une nouvelle étape de sa trajectoire engagée il y a quelques années, lorsqu'il a rencontré sa nouvelle compagne (aide-soignante, 59 ans). Depuis, la nouvelle indépendance de sa fille lui a permis de renouer avec son métier. Être chauffeur-routier est plus valorisant que cariste magasinier et cela lui permet d'être mobile entre le Nord, où il a élevé sa fille et où celle-ci a construit sa vie, et la région de résidence de sa conjointe. Fort de cette nouvelle existence où il n'est plus contraint par ses devoirs de père divorcé, sa relation conjugale se stabilise. S'il n'est pas question de faire résidence commune les projets, comme les sociabilités, se font à deux. Sans que cela ne soit explicitement parlé, les pratiques alimentaires de Frédéric changent peu à peu. Plus exactement, il alterne entre deux modes d'alimentation. Celui d'une nourriture riche qu'il a mis en place pendant toute sa période de célibat et qui fait culture au sein de son univers professionnel, et celui d'une nourriture saine que lui prépare sa compagne, à cheval sur les normes diététiques. Au gré de l'intimité des liens qui se tissent entre eux, la question du poids de Frédéric est cycliquement abordée sous l'angle du risque qu'il représente pour sa santé. Mais ce dernier reste sourd à ces messages discrets jusqu'au jour où son hypertension se double d'une apnée du sommeil. Diagnostic qui met le couple dans une situation délicate. Lui, considère que l'appareillage nocturne qu'il implique porte atteinte à l'identité masculine qu'il se doit de mettre en scène dans son couple. Elle, y voit une confirmation de sa propre évaluation et redouble d'inquiétude qu'elle manifeste par des conseils plus pressants pour qu'il prenne soin de lui. Lorsque l'offre de la chirurgie vient à

¹ Cette technique fait partie des conseils formulés par certains « obésologues » afin de jouer sur l'illusion d'une assiette remplie sans ingérer des quantités excessives.

² A propos du succès des marches comme compromis entre devoir et légitimité à prendre soin de soi au sein des classes populaires, voire **Martin-Criado E. (2015)**, « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de familles des classes populaires. », art. cité, pp.89-90.

Frédéric par la voie de sa conjointe, il y perçoit une manière efficace de répondre à ce double avertissement (médical et conjugal). L'argument de la technologie et celui de la notoriété du chirurgien qui officie près de chez sa compagne, puisqu'il est l'un de ceux médiatisés à l'époque, ne font qu'accroître sa réceptivité. L'acte opératoire s'impose comme le moyen de résoudre, en un coup, une pluralité de risques tout en étant acteur d'une « obésologie » en train de se faire et qu'il considère comme « révolutionnaire ». Une fois opéré, impressionné par sa propre transformation corporelle, Frédéric ne peut plus revenir en arrière. Reprendre du poids serait, plus qu'un échec, un aveu de faiblesse. Déjà cycliste, il démultiplie les pratiques sportives. Initié, malgré lui, à l'hygiène alimentaire, il fait sienne l'intégralité des règles diététiques. Cette ascétisation de son quotidien a d'autant plus de sens qu'elle est en conformité avec les croyances de son amie. Ainsi lorsqu'au moment de l'enquête, sa courbe pondérale commence à s'inverser légèrement, ce dernier n'a qu'une conviction : il n'en fait pas assez :

Y'a pas de mystère, quand on grossit c'est que la balance énergétique n'est pas à l'équilibre. Ces quatre kilos sont le signe que je suis pas suffisamment performant. Niveau sport je veux dire, parce que niveau ... je mange nickel, beaucoup moins qu'avant et surtout beaucoup plus équilibré. J'ai tout supprimé. Tous les trucs qui font grossir et qui de toutes façons ne sont pas sains, pour le cœur et tout ça. Bon du coup ça veut dire que je mange plus avec les collègues. Tout seul dans mon camion mais ça me va. Faut savoir ce qu'on veut [...] Donc le seul truc que je peux ... le seul truc c'est le sport. Surtout que je suis routier et ancien obèse. Enfin, ancien ... c'est ce que je voudrais mais tout est dérégulé maintenant. Et ... vu mon âge, j'ai plus 20 ans, hein ! [rires] Bon ben du coup, c'est sport avant le boulot, sport après. Je fais de la muscu, comme ça c'est pratique. Et pis, j'ai mon vélo dans mon camion. [...] Bien fâché, je peux faire 100 bornes d'un coup. C'est pas un problème. C'est même indispensable.

[Frédéric, 53 ans, chauffeur-routier, opéré depuis 3 ans]

Entré dans un mode de vie exclusif, qui ressemble en bien des aspects à la culture sportive de haut niveau, afin d'assouvir sa quête de dépassement de soi, du dérèglement métabolique qu'il a infligé à son corps en se laissant aller à l'obésité, Frédéric entreprend un véritable travail de rupture planifié et systématisé. Afin de se protéger de plaisirs contre-indiqués ou de possibles contaminations, la semaine il transforme son camion en sanctuaire : plus qu'un outil de travail, il matérialise une frontière entre le pur et l'impur où, à l'abri du regard des autres (routiers) il travaille à se fabriquer un corps. Ce régime se prolonge le week-end, où sous l'œil de sa compagne, il cultive sa croyance. A la manière de la relation qui se joue entre athlète et entraîneur, c'est auprès d'elle qu'il puise l'énergie de dépasser les barrières qui pourraient contraindre son projet, ceci d'autant plus qu'il adhère aux schèmes de lecture de la

réalité qu'elle lui propose¹. Système d'interprétation qui se joue « *tant sur le front corporel et alimentaire [...] que sur le front [...] culturel* »² puisqu'entre les séances de cyclisme, ce sont aux sociabilités de cette dernière que le couple s'affaire.

D'une manière générale, les entretiens menés avec les patients ne donnent pas à voir toute la diversité des groupes socio-professionnels recensée dans les dossiers médicaux de la patientèle masculine. Ouvriers ou employés, voire inactifs n'ayant jamais travaillé, au moment où ils débutent leur traitement, ces groupes ne représentent que 63,6% des hommes pris en charge par les services « obésologiques » locaux (Cf. encadré 26). Ce recrutement des enquêtés ne permet ainsi pas de comparer avec précision le poids des propriétés différemment incorporées d'une classe sociale à l'autre, se concentrant sur les variations individuelles qui se jouent au sein d'un même groupe de subalternes défini par la domination matérielle et symbolique commune à ses membres.

Encadré 26 : Distribution de la patientèle par GSP*.

	Hommes		Femmes	
	Dossiers médicaux	Corpus entretiens	Dossiers médicaux	Corpus entretiens
Agriculteurs	1,0%	0	1,5%	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3,5%	0	0,7%	0
Cadres et prof. intel. sup.	5,5%	0	2,8%	1
Prof. intermédiaires	10,9%	0	11,6%	5
Employés	13,8%	4	38,1%	9
Ouvriers	27,3%	2	9,0%	1
Retraités	15,4%	0	11,0%	2
Autres inactifs	22,5%	2	25,3%	5
Total	100,0%	8	1,5%	24

Sources : Traitement statistique des 1570 dossiers médicaux de patients qui bénéficient d'une prise en charge entre 2008 et 2017.

* Pour plus de cohérence entre les deux corpus, ce sont les GSP au moment du début de prise en charge qui sont recensés. Au moment de l'enquête cinq patients ont changé de groupe. Antoine compte parmi les artisans, Marie et Fabienne sont cadres, et Michelle et Raymonde sont à la retraite.

C'est finalement la diversité des classes populaires masculines qui est saisie ici ou, plus précisément, celle des rapports au corps et à la santé des cinquantenaires qui s'engagent dans le traitement d'une morphologie devenue morbide. Plus stabilisés que les trentenaires, mais aussi soumis plus tardivement à l'omni-diffusion des messages de Santé publique, ces hommes

¹ Derycke S. (2015), « Ascèse sportive et mode de vie communautaire : le quotidien de sportifs de haut niveau en athlétisme », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*.

Source : <http://journals.openedition.org/acrh/6695>

² Darmon M. (2010), « Des jeunesses singulières. Sociologie de l'ascétisme juvénile », art. cité, p.50.

composent avec ces réalités et la singularité de leurs expériences sociales individuelles. Ces facteurs de socialisation positionnent un point d'équilibre entre hédonisme et utilitarisme, variant et variable, qui rend lisible les conditions d'entrée dans les carrières obèses et laisse entrevoir les manières de s'adapter à « ce régime de vie » que les « obésologues » voudraient universel tant il est lu comme le seul moyen de maîtriser les effets morbides de l'obésité.

Lorsque le diagnostic d'obésité, puis le choix d'une thérapeutique pour contenir ses effets, s'imposent à des âges où, à la fois, les trajectoires professionnelles sont stabilisées voire abouties, les rôles parentaux sont affranchis du quotidien d'une vie domestique commune, et où les problèmes de santé associés à la surcharge pondérale s'accumulent, les répertoires des schèmes d'action genrés sont plus nuancés par les dispositions de classe et la singularité des biographies. Du point de vue de l'élection qui s'opère entre chirurgie et éducation thérapeutique, si celle-ci est nettement plus ferme que pour la patientèle plus jeune, le genre distingue ceux qui refusent l'opération. D'abord désignée comme une solution de facilité par tous ceux qui lui préfèrent fermement l'ETP, cet argument dévoile, pour les femmes, une crainte des effets iatrogènes d'un tel recours, qui augmente d'ailleurs avec l'âge. Les hommes y voient plus un risque identitaire où, non seulement ils ne pourraient pas (se) prouver leur force de caractère, mais (lorsque les sociabilités populaires sont toujours actives) ils mettraient également en péril leur identité de mangeur social.

Le travail induit par chacun des deux traitements montre à quel point les normes de genre dialoguent avec la variété des expériences vécues par les acteurs. Pour Frédéric comme pour les femmes inscrites dans le même cycle de vie que lui, la chirurgie est une renaissance. Si pour lui, cela signifie substituer l'ascèse à l'hédonisme, refaçonner sa culture somatique autour d'un rapport réflexif à son corps plutôt qu'en termes d'utile et de nécessaire ; pour les patientes, renaître équivaut à une seconde chance pour réussir là où elles ont échoué auparavant : se faire un corps conforme aux canons de moralités féminines. Si pour toutes cela implique d'intensifier leurs pratiques de contrôle corporel, le sens même de cette dialectique varie selon les positions et relations sociales. Du fait même de son organisation, l'ETP implique un travail en alternance, à l'hôpital et au domicile, sous tutelle médicale. L'appropriation d'un tel protocole est très variable selon les cultures somatiques différemment acquises selon le genre et la classe sociale, elles-mêmes nuancées par l'éclectisme des biographies. Dans tous les cas l'unicité du message des « obésologues », plus que d'achopper à la diversité des biographies, est refaçonné selon les catégories d'interprétation de chacun.

Conclusion du chapitre 4

La qualification de l'obésité résulte de la rencontre des acteurs en surpoids avec l'institution médicale. Par ce diagnostic, la déviance devient maladie. Derrière cette réalité biomédicale persiste une définition sociale des corps gros et des styles de vie qui leur sont associés. S'il n'est pas nouveau de considérer qu'il existe une part de social dans la labellisation des maladies, ce chapitre révèle que les injonctions genrées à la minceur se traduisent, dans l'espace « obésologique », par une conception causale de l'obésité qui varie selon le genre, modelant une segmentation de la prise en charge telle qu'elle est proposée par les soignants. Toutefois ses effets s'atténuent sur les manières dont les patients s'approprient le traitement à mesure que la vie passe et qu'elle assigne chacun à des rôles qui évoluent selon les représentations sociales des âges.

Lorsque les patients sont inscrits dans un cycle de vie où la pleine santé est associée à l'âge biologique de la pleine activité, aussi bien professionnelle que parentale, le diagnostic d'obésité est un danger imminent qui tend à estomper nombres de catégories différenciées d'usages des corps. Souffrant d'un mal endogène, taxées d'amoralité, les femmes prennent à bras le corps ce problème, devenu médical, en espérant que le traitement, s'il ne les guérit pas, saura soigner leur rôle de gardienne de la santé familiale, et, le cas échéant, leurs carrières professionnelles. Que travailler la question pondérale soit une entreprise ancienne ou tout à fait récente, la surcharge pondérale au féminin est une instance de socialisation invisible qui les prédispose, quelles que soient leurs expériences sociales antérieures et actuelles, à faire corps avec l'« obésologie ». Parallèlement, le fait même que les hommes du même âge veuillent se débarrasser d'une pathologie exogène en recourant à des « obésologues » confirme l'efficacité du processus d'acculturation des classes populaires au profit d'une adhésion aux normes dominantes et d'une consommation des produits vendus par leurs spécialistes. La définition genrée des causes de la maladie fait alors surtout la différence sur les manières de tenir le rôle de malade en dehors de l'institution médicale : les femmes, convaincues de la défaillance de leur métabolisme rendent public le travail entrepris pour « faire avec », les hommes attendent que la guérison soit lisible par tous sur leur morphologie.

A mesure que l'âge détend la pression générée par la valeur sociale des corps, la singularité des expériences sociales reprend ses droits et révèle autant de manières de consommer l'offre « obésologique ». Tout se passe comme si ceux qui sont confrontés à la réalité biologique des comorbidités de l'obésité pouvaient entretenir, avec son traitement et ses

experts, des rapports plus électifs. Ce sont alors les normes de genre et de classe qui reprennent leur droit, derrière les murs de l'institution « obésologique », comme à l'extérieur.

Finalement, le traitement social de l'obésité donne un genre à sa consommation médicale, que le traitement social de l'âge contribue à nuancer. Toutefois, à mesure que les générations sont enserrées, à la fois, par un gouvernement biopolitique des corpulences qui s'intensifie et par une dénonciation épïcène du surpoids infantile, il n'est pas certain que cela dure.



Conclusion de la deuxième partie

Comme dans le cas des jeunes anorexiques, l'institution médicale s'emploie à mettre au travail les acteurs obèses¹. Pour autant, cette entreprise se déroule dans des conditions bien différentes que dans les scènes sociales observées par Muriel Darmon. Puisque l'évidence fait de ces patients des mangeurs déraisonnés et sédentaires, la procédure consiste, dans un premier temps, à déconstruire un rapport au corps pensé comme le signe d'une nature indomptée, signe de la persistance de faiblesses typiquement féminines ou de la mauvaise éducation des classes populaires. Puis, la méthode vise à reconstruire, grâce au développement « *de compétences psycho-sociales* »² adaptées, une relation à soi, aux autres plus réflexive.

Si le diagnostic d'obésité opère bien une réidentification des acteurs, majorant la déviance de la maladie, la suite du discours expert n'est, lui, pas une surprise pour les patients. Leur pathologie pondérale est le résultat de mauvaises habitudes, qu'elles soient anciennes, récentes ou cycliques, qu'ils aient tenté de les corriger ou non. C'est précisément pour cette raison qu'ils sont là. Venus pour être convaincus de la rentabilité de l'offre thérapeutique, l'investigation médico-sociale qui accompagne le diagnostic leur signifie qu'ils doivent convaincre. Ainsi se construit la première étape des « carrières obèses », configurée par des « obésologues » qui n'ont pas de mal à persuader tant ce procédé fait écho aux vécus subjectifs du surpoids. A la fois obèses à vie mais désireux que leur corps n'en porte plus les stigmates (sociaux et médicaux), tous les enquêtés considèrent que leur recrutement par l'institution « obésologique » les obligent. Éligibles, ils signent un consentement de prise en charge compris comme un contrat³. Mais, c'est précisément dans la pluralité des vécus que se nichent les sens et les possibles de cette alliance, engageant ainsi plusieurs manières de faire carrière. Parce que les profils socio-démographiques sont hétérogènes, les biographies éclectiques et parce que l'application des conseils et autres recommandations se joue en dehors de l'hôpital, les manières d'interpréter le rôle sont diverses, alors que les variations pensées par les « obésologues » envisagent avant tout, et quasiment exclusivement, le genre comme seule nuance possible.

L'efficacité unificatrice du premier séquençage des carrières se délite dès la seconde phase. De convaincre, sur une durée variable selon le type de traitement, celle-ci consiste à négocier. Les tractations sont multiples : avec les soignants puisque le suivi est censé être

¹ Darmon M. (2008), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, op. cit., pp.212-245.

² Recommandations de la HAS à propos des finalités de l'éducation thérapeutique du patient. HAS (2018), *Education thérapeutique du patient. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques Actualisation de l'analyse de la littérature*.

³ Les 32 patients utilisent précisément ce terme lorsqu'ils évoquent ce qui les lie à l'activité de soin.

individualisé, avec les proches puisque le travail engage tous les autres temps sociaux, avec soi-même puisque la transformation corporelle, qu'elle soit radicale ou discrète, toujours soumise à la pression de l'incertitude, implique une adaptation permanente. A l'issue de cette étape, en fonction des conditions dans lesquelles elle s'est déroulée et des résultats produits, la progression diffère prenant des voies où les activités entreprises pour faire carrière varient. De devenir « obésologue » soi-même (au sein de l'espace associatif) à s'émanciper de l'emprise institutionnelle, sans oublier ceux qui s'approprient les catégories de pensée des experts pour se définir, ou ceux qui composent avec l'acculturation promue, entre docilité et travail de leurre (à l'égard des proches plus qu'à celui des soignants), tous font bien de l'obésité leur métier.

Alors même que s'engager dans un traitement « obésologique » est une tentative de contrecarrer le fatalisme prêté aux plus démunis en général, aux personnes obèses en particulier, lorsque le traitement social de la déviance pondérale se double d'un traitement institutionnel de l'obésité, entérinant l'existence d'un profil obésogène, le diagnostic médical est un rite d'institution. Au point que quel que soit leur profil socio-démographique, tous les patients s'identifient à un « nous obèses ». Sur ce point, à partir de représentations, aussi fallacieuses soient-elles, l'institution médicale remplit des fonctions totalitaires mises en avant par Erving Goffman¹.

Ces processus d'acquisition d'une identité obèse n'impliquent pas simplement le rapport qu'ont ces acteurs à eux-mêmes, au traitement. Ils résultent d'interactions avec des soignants qui venus à l' « obésologie » dans l'espoir de valoriser leur compétences professionnelles, sont déçus par le manque de résultats. La partie suivante est précisément consacrée aux effets de cette déception sur le travail concret, celui qui se joue dans la relation thérapeutique, celui qui se négocie avec les autres segments de l'activité médicale, puis celui qui se négocie avec soi-même.

¹ Goffman E. (1968), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit.

TROISIEME PARTIE :

L'épreuve du manque de résultats.

Être ou ne pas être « obésologue » ?

Après avoir étudié la place paradoxale de « l'obésologie » dans le champ médical, nourrissant les espoirs puis les déceptions de soignants qui aspirent à ce que la spécificité de cette mission réenchante leur identité professionnelle. Après avoir étudié la « demande » et les manières des patients de s'en remettre à l'institution médicale. La troisième et dernière partie entend analyser les effets du manque de résultats pondéraux sur la mise en œuvre de l'« obésologie » dans le cadre de son exercice au quotidien. L'axe d'analyse développé se consacre aux mécanismes de l'élaboration d'une identité et d'un univers professionnels.

En dépit du caractère d'exception¹ que peut revêtir l'éducation thérapeutique comme dispositif à l'égard des acteurs obèses, les matériaux d'enquête permettent de saisir les stratégies mises en place pour tenter de composer avec ces déconvenues dans un monde médical où la notoriété est conditionnée par le pouvoir de guérir². Dès lors comment s'articulent la permanence du modèle curatif pour définir le soin (même dans le cas de maladies chroniques), la force symbolique de l'identité (a)morale prêtée collectivement aux acteurs obèses et les carrières morales des professionnels de santé ?

Le chapitre 5 porte sur le discours et les pratiques de légitimation des « obésologues ». Travailler à la prise en charge d'une maladie, aussi bien définie dans ses objectifs qu'incertaine dans ses résultats et dans les moyens à mettre en œuvre, ne s'acte pas simplement entre pairs. Ce travail prescrit de construction d'une expertise (transformer les corps et légitimer une thérapeutique) se confronte, de fait, au travail réel où la définition, de soi et des savoirs, est directement confrontée aux pratiques et aux interactions avec les patients. Plus que la simple modification du regard médical (du patient agi par sa maladie et son traitement au soigné acteur de sa guérison), le dispositif-même de l'éducation thérapeutique (péri-chirurgicale ou non) invite les personnes obèses à prendre leur part à la gestion de la maladie. Affection dont ils ont expérimenté, par corps, les effets morbides (biologiques, psychologiques et sociaux) mais aussi, très souvent, la résistance à de multiples tentatives de transformations. Dès lors, que font ces rencontres aux façons de faire, de voir et d'interagir à ceux qui ont pour mission de réussir l'impossible ? Comment se joue, concrètement, la relation thérapeutique entre ces soignants en quête de légitimité de leurs compétences, cliniques et éducatives, et ces patients délégitimés dans leurs capacités à se faire un corps ? Puisque toute activité médicale dépend de

¹ Emma, la médecin du service A, estime la prise en charge, au niveau national, à « 10% des personnes obèses qui mériteraient d'avoir un suivi ».

² Elliott Freidson montre que ce sont les résultats curatifs de la médecine qui, en s'imposant comme la définition de l'efficacité thérapeutique, lui ont permis l'acquisition du statut de profession établie. Dans les représentations collectives, ce principe désigne d'ailleurs la nature même du travail médical. **Freidson E. (1984), *La profession médicale, op. cit.***

l'organisation locale de l'offre de soin, des relations nouées avec les autres segments de l'activité sanitaire, comment les soignants publicisent-ils cet écart entre objet et effets du travail ? Cette question concerne les autres praticiens du territoire pour qu'ils leur adressent des patients, les financeurs pour qu'ils continuent de leur allouer des ressources et les associations de patients pour qu'elles prolongent le travail en dehors de l'institution médicale. Dans tous les cas la reconnaissance de l'expertise « obésologique » dépend de la confiance de ces partenaires. Confiance dont Patrick Castel rappelle qu'elle dépend elle-même de la « *capacité du médecin à contribuer à l'amélioration de la santé du malade* »¹. Alors comment s'y prennent les « obésologues » pour promouvoir leurs programmes tout en justifiant leurs résultats ?

Le dernier chapitre clôture cette thèse en se consacrant aux trajectoires morales des « obésologues ». L'enjeu est d'autant plus important que quelques-soient les inclinaisons des trajectoires des praticiens rencontrés, que leurs expériences sociales antérieures soient un déclassement pas le bas ou par le haut, tous attendent du mandat d' « obésologue » un profit identitaire. Alors que la définition « symptomatique » de l'obésité offre à quelques disciplines paramédicales des perspectives pour continuer d'œuvrer à être reconnues en tant que « professions établies », que fait la réalité du métier au corporatisme revendiqué par les infirmières, les diététiciennes et psychologues ? Dans un contexte où l'avènement de la compétence responsabilise chacun dans la construction des trajectoires professionnelles, comment « travailler à ne pas guérir » modifie-t-il les façons de penser les carrières ? Il s'agit, ici, de focaliser sur les manières dont les professionnels de santé délégués à l'activation du traitement de l'obésité négocient avec eux-mêmes la pluralité de tensions qu'ils ont à gérer.

¹ Castel P. (2005), « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », art. cité, p.453.

CHAPITRE 5 :

Stratégies professionnelles pour contenir le désordre.

Voici, donc, des professionnels qui s'engagent dans des carrières médicales et paramédicales et qui, d'étape en étape, font l'apprentissage des écarts entre leur titre, leur poste¹, comme projets d'ascension sociale, et leur place réelle dans la division du travail sanitaire qui relègue leurs spécialités initiales mais aussi leur spécialisation en « obésologie » dans les zones d'ombre du champ médical. Dans ces conditions, comment les praticiens s'y prennent-ils pour rendre leur métier valorisant ? Le chapitre 2 a montré comment l'incertitude des effets curatifs des traitements intervient dans les stratégies mises en place par les « obésologues » afin de maintenir l'ordre établi des équipes médicales, tant dans le partage du travail entre disciplines que dans la reproduction du système hiérarchique qui structure l'institution médicale. Puis ce chapitre a révélé, qu'élargie à l'organisation locale de l'offre « obésologique », la volonté de définir le bon traitement oppose « se faire obésologue » à « faire l'obésologie ». Alors comment les soignants s'y prennent-ils pour revendiquer une compétence spécifique, qui justifierait que les patients et les autres segments de l'activité médicale leur reconnaissent une expertise pour transformer les corps obèses ?

Ce sont des effets de ce *double bind* sur la relation thérapeutique que ce chapitre commence par traiter. Si les stratégies pour « sauver la face » sont plurielles, elles œuvrent toutes dans le même sens : expertiser, à partir de résultats pondéraux incertains, l'injonction profane à « se faire un corps ». Ce sont, ensuite, les manières de se faire connaître et reconnaître au sein de l'organisation locale de l'offre de soins que ce chapitre aborde. Positionnée en médecine de second recours, comment convaincre les autres praticiens du territoire que l'incertitude qui plane sur l'efficacité pondérale n'interfère pas avec la déontologie médicale (« *capacité du médecin à intervenir dans la prise en charge sans perturber la relation thérapeutique qui s'est établie entre un pair et son patient* »)² ? Dans un contexte d'impératif

¹ Boltanski L. et Bourdieu P. (1975), « Le titre et le poste : rapports entre le système de production et le système de reproduction », art. cité.

² Castel P. (2005), « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », art. cité, p.453.

d'efficience financière des établissements de santé¹, comment « vendre » aux financeurs le maintien de programmes peu probants en termes d'efficience sanitaire ? Enfin, à partir du moment où une partie des patients se mobilise, via des associations, pour participer à la gestion de l'obésité, comment s'organise ce partenariat apparemment d'emblée périlleux puisque la résolution du problème est loin d'être acquise ? C'est finalement à la problématique du maintien des institutions que s'intéresse ce chapitre, en se focalisant sur les efforts discursifs des « obésologues » pour maintenir l'ordre existant.

I – Ce que fait l'absence de guérison à la relation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique a ceci de particulier qu'elle s'inscrit dans un espace médical où se rencontrent des professionnels identifiés par leur licence et leur mandat et qui, à ce titre, s'engagent dans une activité productrice de soins, et des patients définis comme des usagers dépourvus de titre professionnel, qui consomment cette activité, ce service ; en même temps que l'organisation même du travail sanitaire adressé aux maladies chroniques exige des soignés qu'ils accomplissent un certain nombre de tâches pour gérer leur maladie et en contrôler les effets. Depuis les travaux fondateurs d'Anselm Strauss², de nombreuses recherches sociologiques ont examiné les effets du travail des patients sur l'ordre établi, alors que cette production demeure bien souvent invisible aux yeux des autres, des soignants en particulier.

Ethnographier le traitement de l'obésité permet d'explorer une dimension complémentaire des enjeux induits par une division du travail où les professionnels annoncent d'emblée aux patients que la guérison ne peut se faire sans que s'ils y prennent une part active. Ici, les activités des patients qui se font en dehors des institutions hospitalières sont clairement définies comme un travail par les soignants. Ils leurs fixent des objectifs, « *après c'est leur travail !* ». Celui-ci consiste à se spécialiser dans ce que nous proposons d'appeler la « pondérologie »³. La rémunération, si elle n'est pas pécuniaire, est promue comme tout aussi

¹ Depuis la réforme de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) en 2001 qui vise à privilégier la performance et l'efficacité au sein des services publics, plusieurs travaux sociologiques (dont ceux coordonnés, en 2011, par **Bertrand Mas et al.**, *L'hôpital en réanimation*, Paris, Éditions du Croquant) ont montré que ses déclinaisons dans le secteur sanitaire conduisent à une gestion néo-libérale, par objectifs, de l'hôpital public au même titre que les cliniques privées où les usagers sont assimilés à des consommateurs et les soignants à des êtres rationnels doués de capacités de choix efficaces pour améliorer la rentabilité de leur propre outil de travail.

² **Strauss A. (1992)**, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, op. cit.

³ Ce néologisme, inventé par nos soins, fait écho à l'obésologie des soignants. Il recouvre ici l'ensemble des connaissances qui ont pour objet l'équilibre pondéral. Dans la mesure où la construction sociale de l'obésité associe poids excessif à comportements démesurés, la pondérologie s'articule autour du paradigme commun de la pondération, comme processus de la transformation de soi. Les patients n'ont alors pour seul salut que de s'approprier cette expertise.

valorisante et valorisable puisqu'il s'agit de réussir à transformer efficacement et durablement des corps jusque-là contre-productifs (biologiquement, économiquement, socialement et psychologiquement). Voici un travail domestique dont il est attendu qu'il ait une utilité sociale : il saura autant réhabiliter les acteurs obèses que formaliser l'expertise des « obésologues ». Du côté des soignants, transformer les corps exige de fixer un cap, une méthode, suffisamment convaincants pour que les soignés s'y tiennent. C'est là que résident les enjeux de la relation thérapeutique. Chaque entrevue met face à face ceux qui pensent l'obésité et ceux qui la vivent, alors que le vécu professionnel des soignants leur a enseigné que vouloir n'est pas pouvoir. Ils s'inscrivent difficilement en « passeurs de culture » pour transformer les comportements, et ne sont pas plus des guérisseurs qui transforment les corps :

On comprend bien que c'est pas parce qu'on va prodiguer la bonne parole que ...

C'est pas comme ça que ça fonctionne, quoi !

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Pour la prise en charge médicale, on est très rarement dans des rémissions de l'obésité.

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Alors comment s'y prennent, concrètement, ces professionnels pour tenter de s'accorder sur des objectifs communs avec des patients qui envisagent la perte pondérale comme leur seul salut et la prise en charge comme l'ultime moyen d'y accéder ? A quel point les représentations qu'ils ont de la maladie, de ses porteurs et de son traitement interfèrent-elles lors de leurs interactions avec les patients ? Mandatés par la communauté médicale pour traiter cette maladie, dans quelles mesures la réalité de la relation thérapeutique les légitime-t-elle dans un rôle de mandants à l'égard des patients ? Quelles négociations cela implique-t-il ?

1.1 Transformation des objectifs de la prise en charge : usages paradoxaux du poids.

« Si l'objectif c'est qu'ils maigrissent ben effectivement, là on se dit on va changer de métier, quoi ! Là, moi je vois plus du tout ça comme ça, finalement. C'est pas ce métier-là [...] c'est difficile parce que les patients ils sont pas dans cette ... ils espèrent toujours qu'ils vont perdre du poids. On se rencontre pas forcément là-dessus. »

[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]

Lorsque les patients poussent les portes de l'institution hospitalière, qu'elle centre son activité sur la prise en charge médicale ou chirurgicale, ils ont, pour une grande majorité d'entre eux, tenté à de maintes reprises, de perdre un poids vécu comme socialement excluant, moralement stigmatisant, physiquement limitant et devenu médicalement dangereux. Ces tentatives se sont non seulement soldées par des échecs mais ont aggravé la surcharge pondérale. C'est, tout à la fois, expérimentés dans les désillusions mais motivés par le traitement de la « dernière chance » qu'ils s'adressent à ces équipes qui font de l'obésité leur domaine d'expertise et revendiquent un accompagnement neutre et empathique, loin de tous les jugements moraux qui se jouent dans les autres sphères sociales et médicales :

On est le service dans lequel le regard n'est pas jugeant, justement. Donc on peut les accueillir telles qu'elles se présentent, [...] c'est peut-être le seul endroit où c'est possible, ou ça peut être parlé comme ça aussi !

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Cet objectif de perte pondérale paraît, d'emblée, en adéquation avec la finalité de la prise en charge puisque la pesée et le calcul de l'IMC sont systématiques, dès le premier rendez-vous, puis renouvelés lors de chaque auscultation médicale, infirmière et d'APA. Ces données, mais aussi l'histoire pondérale (Cf. encadrés 27 et 28) sont systématiquement renseignées dans les échanges entre médecins (courriers d'adressage, bilans de première consultation, synthèses de prise en charge, etc. ...).

Encadré 27 : Extrait d'introduction de courrier de synthèse adressé au médecin traitant.

Cher Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé en consultation de nutrition pour la première fois le JJ/MM/AAAA Madame X, née le JJ/MM/AAAA, pour la prise en charge d'une obésité super morbide.

HISTOIRE PONDERALE :

Madame X était de poids normal pendant son enfance et son adolescence. Au moment de son mariage à 22 ans, elle pesait environ 50 à 60 kilos. Elle a pris beaucoup de poids à chacune de ses trois grossesses en 1992, 1994 et 1996, mais le poids ne dépassait pas 100 kilos après les trois grossesses. Il est resté stable jusqu'à son licenciement en 2003 puis a commencé à augmenter progressivement. Elle dit prendre 3 à 5 kilos à chacun des événements de sa vie : fracture de clavicule de sa fille, accident de travail de son mari, etc...

EXAMEN CLINIQUE :

Poids : 133,4 kg, Taille: 1,55 m, IMC : 55,6 kg/m²

Encadré 28 : Extrait de synthèse ETP.

Mesures de composition corporelle :

Mesures	Données du diagnostic éducatif	Données actuelles	Évolution entre les mesures
Musculosité			
IMC			
Poids			

Pour les deux entités qui font la relation thérapeutique, l'excès de poids semble être le corollaire de la prise en charge de l'obésité. L'IMC conditionne d'ailleurs l'accès aux traitements « obésologiques ». Cependant, si pour les patients, la valeur pondérale s'inscrit en véritable axiome du traitement (leur présence se justifie par l'excès de poids, l'objectif est d'y remédier), les soignants, eux, la considèrent comme un élément faisant partie d'un tout. Que cet apprentissage se soit fait dès leurs formations initiales, où le poids est traité comme un indicateur, parmi d'autres, de la composition corporelle (masse osseuse, adiposité, musculosité, hydrométrie) elle-même déterminante d'éventuelles comorbidités biologiques ; où qu'il soit la conséquence d'une socialisation professionnelle qui, au regard de résultats peu probants, les a invités à reconsidérer les objectifs pondéraux ; la finalité est d'améliorer le métabolisme. Ecarts de rapport au poids qui constitue le point d'appui sur lequel se basent les soignants pour mener leur mission de normalisation :

En gros quand on leur demande la question : qu'est-ce que vous souhaitez modifier, atteindre ? Ben ils nous disent perdre du poids, ils formalisent souvent sous forme de chiffres, perdre 30 kilos. ben alors il peut y avoir des expressions : ben retrouver mon poids de quand j'avais 20 ans ou retrouver le poids d'avant mes grossesses, pour les dames. Euh ... et nous ... euh ... on est obligés de pousser un petit peu : perdre du poids pour quels bénéfices ? Et c'est souvent un ... quelque-chose à développer parce que on a l'impression que quand ça marche pas bien c'est parce que justement y'a pas d'idée concrète, derrière la tête, qui permet de les motiver suffisamment.

[Mélania, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]

Vouloir exclusivement perdre du poids fait preuve de la profanité des patients, de l'illégitimité de leur culture somatique. Autrement dit, là se construit la légitimité des « obésologues » qui ne revendiquent pas (ou plus) l'expertise de l'amaigrissement mais bel et bien celle de l'amélioration de la composition corporelle. Inscrits dans des relations thérapeutiques où la réussite est conditionnée par l'adhésion des patients, être « passeurs de culture » signifie transformer l'objectif pondéral en un objectif métabolique. Cela conditionne également l'accès à la chirurgie puisqu'en complément du poids et de l'IMC, l'autre mesure de référence est la musculosité. C'est-à-dire que si cet indicateur n'évolue pas favorablement pendant la période de préparation (notamment au travers de prescriptions d'activités physiques), il peut être un argument de report :

Musculosité basse contre-indiquant pour le moment la chirurgie bariatrique.

[Extrait d'un bilan préopératoire]

L'enjeu est d'emblée important puisqu'il s'agit de prévenir d'éventuelles complications d'un amaigrissement massif et rapide : la masse musculaire saura maintenir la structure d'un corps éprouvé par une transformation brutale. Si les patients, pour qui l'acte chirurgical apparaît comme « *l'opération de la dernière chance* », admettent la tangibilité de cette donnée scientifique, ils se confrontent toutefois à un souci de mesure de cette transformation. En effet, pendant que les variations du poids sont quantifiables par soi-même, grâce à l'usage du pese-personne, le calcul du taux de musculosité, lui, reste le privilège exclusif des seuls soignants, privant ainsi les acteurs obèses de toute autonomie dans l'appréciation des effets du travail fourni. La transformation de la masse grasseuse en masse musculaire ne se voit pas sur la balance, voire peut induire un insupportable fléchissement vers le haut de l'aiguille. De façon équivalente, la perte de poids ne signifie pas la certitude de la transformation adipeuse. Dans les deux cas, cette dépossession se traduit toujours par incertitudes et angoisse lorsque les patients se rendent aux auscultations qui ponctuent le parcours préopératoire et dont l'objectif est de valider un possible recours à la chirurgie.

Une fois l'opération réalisée, les objectifs professionnels d'amélioration de la composition corporelle se heurtent de manière frontale aux résultats pondéraux puisque, si la modification du circuit digestif implique une perte de poids quasi mécanique, seul le travail des patients¹ peut produire une optimisation des données métaboliques nécessaires au rétablissement d'un état de santé sain et, par répercussion, à une rémission plus durable de l'obésité. Les rendez-vous qui s'échelonnent sur la période de perte de poids² confrontent des patients, dont la transformation pondérale est aussi spectaculaire que médicalement vécue comme efficace puisqu'au fil des mois la plupart des comorbidités disparaissent, à des soignants qui continuent de s'inquiéter lorsque la composition corporelle paraît peu concluante et laisse présager d'une rechute voire de graves complications. Là encore, les écarts entre le vécu profane de la perte pondérale et son analyse experte enseignent aux acteurs opérés que leurs sensations morbides ne sont pas fiables, tout en leur rappelant qu'au-delà de leur *hexis* corporelle, les données biologiques elles-mêmes délégitiment l'*ethos* du contrôle dont ils continuent pourtant de faire preuve³.

¹ Pratique quotidienne d'une activité physique, absorption des compléments vitaminiques, fractionnement des repas en six prises.

² Cette période dure approximativement deux ans après l'intervention.

³ A l'instar des jeunes anorexiques rencontrées par Muriel Darmon, tous les patients rencontrés décrivent une quantification systématique des aliments absorbés, un dégoût pour les mets trop riches, une rigueur ascétique dans la gestion de leurs activités quotidiennes et, pour beaucoup, un dépassement de soi au sens d' « *une confrontation physique à ses limites* » (Knobé S. (2007), « Dépassement et transformation de soi. Comment devenir pratiquant d'ultrafond ?, *Terrains et travaux*, n° 12, p. 11.).

Puis, dans un troisième temps, lorsque la reprise de poids s’amorce, alors que les patients s’inquiètent, bien souvent reconvoqués à des expériences passées où chaque perte de poids s’est soldée par une reprise plus importante, les soignants, eux, continuent de scruter les données métaboliques comme seuls indicateurs de réussite ou d’échec. Une faible reprise pondérale accompagnée de mauvais résultats biologiques devrait alors plus alarmer qu’un recouvrement plus conséquent mais compensé par une amélioration de la composition corporelle. Ces écarts continuent de creuser la frontière entre vécu social du corps et données médicales, reléguant le premier au rang d’une seule subjectivité qui délégitime, une fois de plus, la volonté d’atteindre un poids idéal, pourtant conforme à la corporéité faite culture.

Ce qui se passe lors de cette troisième phase du parcours chirurgical est similaire à ce qui se joue au cours de la prise en charge exclusivement médicale. Les patients, entament ce programme également dans l’objectif de perdre un poids qui adresse, jusque-là, une fin de non recevoir à l’ensemble de leur engagements pris pour tenter de le maîtriser. Ici, excepté quelques rares exceptions, pas de perte pondérale importante et encore moins immédiate. Il faut souvent attendre plusieurs mois, voire la fin du programme pour que l’amaigrissement s’amorce. Il arrive même que certains patients repartent avec quelques kilos en plus. Et là encore, les auscultations confrontent des malades, doublement contraints d’être patients, à des soignants qui testent et mesurent le métabolisme comme seule véritable preuve de l’efficacité thérapeutique. Après de multiples tentatives pour maigrir, la figure du « bon patient » est celle de celui qui poursuit ses efforts, cette fois-ci sous contrôle d’une équipe d’experts, en acceptant de se décaler de son objectif pondéral. Puissance de la culture somatique légitime qui adresse, dans cet espace, une fin de non-recevoir à la volonté de se faire un corps socialement acceptable.

C’est ainsi que, quel que soit le type de prise en charge, quelle que soit l’étape dans le processus de transformation de soi, les soignants dominant, de manière plus ou moins consciente, une situation qui pourtant revendique un apaisement de la relation au corps. Domination d’abord charismatique puisque puisqu’en complément du port des blouses blanches, les écarts de corpulences entre soignants et patients mettent en scène deux groupes significativement distincts où la place de chacun dans la division du travail de transformation des corps ne fait aucun doute¹ : les uns sont là pour normaliser, les autres pour être normalisés. Puis, lorsque vient le temps de la consultation, domination culturelle où les premiers, détenteurs

¹ Dans un contexte où la morphologie s’est instituée en grille de lecture de la pondération elle-même érigée en valeur morale, ce signe distinctif, qui saute aux yeux de tous (soignants, patients, visiteurs), définit, en soi et pour soi, le rôle de chacun. Dans les salles d’attentes, les patients eux-mêmes commentent régulièrement la ligne des soignants, un peu comme si elle augmentait leur légitimité de dominants en même temps qu’elle interroge sur leurs réelles capacités à comprendre le vécu obèse.

d'un savoir légitime, enjoignent les seconds à reléguer le poids au rang de simple indicateur alors que leurs expériences l'ont placé au cœur de leurs activités, de leurs préoccupations, voire de la définition d'eux-mêmes et que l'excès pondéral fait l'obésité¹, qui constitue la raison unique de leur recours au traitement proposé.

S'accorder sur l'objectif corporel est tout aussi paradoxal² qu'en tension entre deux façons distinctes de comprendre la maladie. Analyser les manières de gérer ce qui, aux yeux des professionnels, constitue un frein à l'inconditionnelle alliance thérapeutique, révèle que les soignants agissent (et interagissent avec les acteurs obèses) différemment selon leurs trajectoires sociales.

Les deux psychologues et la médecin, qui sont héritières, à la fois, de capitaux socialement valorisés et d'une épistémè médicale, considèrent leur mission comme celle d'une moralisation d'une « culture du pauvre obèse » pensée comme nécessairement irrationnelle. Vouloir perdre du poids, et encore plus s'obstiner dans cette quête, serait la preuve d'un rapport machinal au corps, de l'immaturité sociale des patients obèses. Dans les discours de ces professionnelles ceci se traduit par l'assignation des malades à une posture infantile à qui il s'agit de transmettre les bases d'une culture somatique dont ils seraient naturellement dépossédés :

C'est comme si on prenait des petits oisillons obèses qui peuvent pas voler.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Position infantile, c'est pas parce que j'ai mal fait, c'est parce que là j'avais besoin de ça. Et puis on peut peut-être pas tenir tout, tout le temps. Si j'en suis encore à : il faut tenir, qu'est-ce que ça me dit de ma position ? Parce que généralement quand on a fini de travailler c'est plus : je tiens ! C'est je prends soin de moi ! [...] Mon corps me renseigne, il est devenu compétent et je sais l'entendre.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Cette démarche, quasi charitable, qui vise à transmettre des compétences corporelles qui rendraient obsolète tout recours au pèse-personne comme outil d'évaluation de la transformation de soi, entre en résonance avec le travail de prépotence opéré par les classes supérieures pour définir la culture légitime et ainsi dominer les rapports de forces qui animent l'espace social. Dès lors, la relation thérapeutique est d'emblée déséquilibrée puisque les patients expérimentent, souvent de longue date, leur corpulence comme une assignation

¹ Puisqu'elle est caractérisée par le seul IMC (> 30 Kg/m²).

² La pesée des patients par les professionnels ponctue les auscultations individuelles, la trajectoire pondérale prenant ainsi bonne place dans l'historique de la prise en charge.

symbolique aux niveaux inférieurs de la hiérarchie sociale et ce quelque-soit leur dotation en capitaux.

Pour les cinq soignantes dont le mandat médical ou paramédical incarne une ascension sociale intergénérationnelle (les deux autres médecins, Mélanie, Florence (diététiciennes) et Irène (infirmière)), ce rapport unidimensionnel au poids donne corps à l'absence de volonté pour soi, qui serait le propre de la patientèle obèse. Vouloir absolument perdre des kilos ne serait pas, contrairement à ce qu'affirment les patients lorsqu'ils exposent leurs motivations, le signe d'une réelle prise de conscience que leur état de santé est en danger mais celui de leur perméabilité aux injonctions extérieures. Que ce soit pour satisfaire le médecin qui les adresse au service, pour rassurer leur entourage ou tout simplement pour plaire, ils seraient incapables d'agir pour eux-mêmes. Ceci scellerait non seulement leur incapacité à tenir sur le long terme, puisque la maîtrise de soi ne serait que contrainte, alors que pour être pérenne, elle doit être naturelle, inscrite en soi ; mais biaiserait également la qualité de la relation thérapeutique puisque les patients n'agiraient que pour faire plaisir aux « obésologues » :

Des fois les gens veulent faire plaisir au médecin mais ils vont faire au départ mais à long terme ils vont arrêter.
[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

S'engagent alors deux modes d'interaction avec les patients.

Les paramédicaux, dont la position dans la division du travail mais aussi dans l'espace social, les place plus en proximité physique et sociale des patients, tentent de transmettre le goût d'une transformation de soi, en soi et pour soi, où l'estime de soi supplanterait celle du vécu de la pesanteur ou, en tout cas précéderait toute possibilité, même minime, de perte effective de poids. Pour cela, deux solutions interdépendantes :

- Arrêter de se peser et préférer apprécier la diminution de la taille des vêtements. Mais cela ne perpétue-t-il pas l'obsession de la mesure de soi ? Et que se passe-t-il lorsque rien ne change ou que l'évolution ne va pas dans le sens de la diminution ?
- Travailler sur soi-même et pour soi-même en admettant que la surcharge pondérale n'est pas la cause mais la conséquence du dégoût de soi, tout en arrêtant de formater son discours aux prétendus attendus des soignants. Mais ceci n'est-il pas une négation du vécu et de la parole des patients obèses ?

Les deux médecins, conquérantes de capitaux qui les tiennent désormais à distance de la définition sociale et corporelle de l'obésité, comprennent la focalisation des patients sur leur poids comme la preuve d'une hystérésis qui, malgré leur volonté de se défaire d'un « *fatalisme*

corporel », les rend inadaptés à toute transformation durable de soi. Un peu comme si, l'exclusivité de la mesure pondérale devenue, pratique spéculaire des usages populaires du corps¹, les rendaient inéligibles à l'assimilation de la corporéité dominante définie par une inscription de « *la règle diététique dans le corps* »². Tenter d'expliquer aux patients que leurs poids est une donnée secondaire du diagnostic, n'est pas prioritaire lorsqu'elles les reçoivent. Cette tâche est déléguée aux paramédicaux. D'ailleurs, pendant que l'une propose une auscultation tous les six mois, pour faire un point sur les effets médicaux du traitement, la seconde n'intervient, directement auprès des malades, que lorsque leur comportement est signalé, par son équipe, comme un frein à toute perspective opératoire³. Qu'il s'agisse de mobiliser des données métaboliques, psychiques ou comportementales, cet engagement dans le rôle du médecin, seul capable de valider la transformation multidimensionnelle des acteurs obèses, annihile tout ou partie de ce qui définit l'alliance thérapeutique ? La partie 2 montre comment, ne faisant pas le poids, les patients sont contraints au seul loyalisme dont Albert Otto Hirschman⁴ a déjà établi qu'il n'engage qu'une acceptation résignée de la situation sans pour autant apporter de crédit à ceux qui la domine.

Reste enfin à observer la façon dont les six derniers soignants s'y prennent pour interagir avec les patients obèses autour de cette question pondérale. Ceux-ci décrivent leur activité paramédicale au sein de dispositifs médico-éducatifs comme le maintien intergénérationnel de statuts sociaux et la prolongation d'un goût familial pour la transmission de savoirs, puisqu'au moins un de leurs parents respectifs s'est professionnalisé dans les secteurs de l'enseignement ou de la para-médecine. Lorsqu'ils décrivent les difficultés posées par les écarts de perception de la centralité du poids, dans leurs manières d'interagir avec la patientèle, leurs discours mêlent à la fois injustice biologique et remise en question de leurs pratiques. L'objectif du travail auprès des patients est de les conduire, indépendamment de la surcharge pondérale, vers une revalorisation de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. C'est de là que découlerait une reprise en main de leurs destins corporels. Un peu sur le modèle du « *quand on veut, on peut* », il suffirait qu'ils s'apprécient tels qu'ils sont pour être capables de prendre soin d'eux. Si la démarche se

¹ La seule raison de tenir l'engagement serait de voir l'aiguille de la balance descendre.

² Terminologie empruntée à Muriel Darmon lorsqu'elle montre que les données biologiques des jeunes anorexiques sont le produit d'un travail sur les sensations digestives et corporelles tout autant que sur les goûts et dégoûts alimentaires, propres aux classes supérieures. **Darmon M. (2006)**, « Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps. », art cité, p.449.

³ Soit parce qu'ils montrent une fragilité psychique qui laisse supposer que la perte de poids massive risque de perturber leur intégrité identitaire, soit parce que leur incompliance ante-opératoire expose l'intervention chirurgicale à un échec couru d'avance.

⁴ **Hirschman A.O. (1970)**, *Défection et prise de parole. Théorie et application*, op. cit.

veut bienveillante puisque, loin de tout jugement social, il s'agit d'affirmer que le chiffre indiqué par la balance, que la forme des corps ne fait pas identité ; l'on peut toutefois s'interroger sur les capacités de cette offre à rencontrer la demande de ceux dont la trajectoire corporelle leur a enseigné que la surcharge pondérale est un stigmate à éradiquer à tout prix pour pouvoir prétendre à une normalisation de leurs interactions sociales. Ceci d'autant plus que la posture réflexive des soignants autour de leurs pratiques vise, en fait, à améliorer leur façon de sécuriser les patients afin de mieux leur transmettre qu'ils doivent se préparer à se résigner à une inégale distribution des corpulences. Fatalisme corporel contre lequel précisément ces acteurs obèses s'engagent en tentant de maîtriser leur poids.

Qu'elles que soient les processus qui conduisent les soignants à accompagner la mesure pondérale d'une relégation du poids à la périphérie du discours qu'ils revendiquent tenir auprès des patients, quelles que soient les manières dont ils s'y prennent pour tenter de cultiver, auprès d'eux, un autre goût de la transformation de soi, l'ambivalence de la question du poids est au cœur des interactions qui se jouent dans le champ de l'« obésologie ». Non seulement il est la mesure élective pour bénéficier d'un traitement dédié à l'obésité, mais les matériaux d'enquête révèlent que la perte pondérale demeure un objectif difficile à abandonner (même en qualité d'« obésologue ») puisqu'elle est au cœur, tant de la description de leurs pratiques, que de leurs représentations du traitement et des résultats attendus. Contourner l'objectif d'amaigrissement se joue avant tout dans les relations avec les patients, prenant le risque de tenir à distance ceux qui, pourtant, font l'autre entité de la relation thérapeutique, notamment en leur signifiant que le vécu de la pesanteur n'est plus une donnée tangible dans l'espace correctif des corpulences. Si pour les acteurs obèses la normalisation pondérale est impérative socialement, elle l'est aussi médicalement. Alors ce *hiatus* « obésologique », entre valeurs professées et valeurs agies, redéfinit également la nature des relations des « obésologues » avec leurs pairs, fournisseurs de patients. Ceci sera abordé dans la seconde section de ce chapitre. Avant, c'est à deux manières opposées de comprendre le sens de ce travail médico-éducatif que cette thèse se consacre.

1.2 Cultiver le contrôle ou le plaisir : deux manières de comprendre les pratiques « obésogéniques ».

« Y'a des fois : je comprends pas, l'opération a pas marché sur moi, je suis en reprise de poids, ça a pas marché sur moi ! C'est pas l'opération qui marche pas, y'a juste votre équilibre de vie qui suffit pas ou qui se casse la figure. »

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Comme signifié dans le premier chapitre, l'obésité a ceci de particulier que la construction sociale de sa disqualification articule les trois catégories de stigmates identifiées par Erving Goffman¹. La surcharge pondérale, devenue « *monstruosité du corps* », puisqu'aux antipodes des normes de minceur, serait le produit autant d'une « *tare de caractère* » marquée par un « laisser-aller » individuel, véritable infraction aux injonctions à se dominer, que d'un stigmate social (tribal dans le texte de Goffman) transmis de génération en génération et propre aux classes populaires. C'est triplement disqualifiés que les acteurs concernés expérimentent l'identité sociale qui les définit dans toutes, ou presque, de leurs interactions. Le dispositif même du traitement de l'obésité s'appuie sur cette triple définition puisque chaque première consultation recense l'IMC (indice de l'anormalité corporelle), ce que la médecine nomme l'*habitus* (c'est-à-dire les caractéristiques descriptives de l'état d'obésité, voir encadré 29), ainsi que les antécédents pondéraux familiaux.

Encadré 29 : Extrait de bilan préopératoire.

HABITUS :

Mariée, 3 enfants, retraitée (ancienne plongeuse dans un restaurant).

Tabagisme sevré en 2007.

Activité physique : marche très irrégulière (moins d'une fois/semaine) car, dit-elle, elle n'a pas de chaussure adaptée et il fait froid. Elle marche davantage l'été.

Alimentation : fait 3 repas par jour + un goûter. Elle sous-estime probablement ses apports caloriques. Il existe un grignotage de chocolat persistant en soirée.

A l'instar des messages de Santé publique qui associent obésité et comportements déraisonnables d'un point de vue sanitaire (alimentation excessive et sédentarité) tout en la circonscrivant aux fractions populaires de la population, la construction de la relation thérapeutique « *contribue à dissimuler les catégories de pathologie morale derrière le discours apparemment plus anodin de la pathologie médicale* »². En recensant ces données, le cadre est

¹ Goffman, E. (1975), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, op. cit.

² Vandebroeck D. (2015), « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique », art. cité, p. 39.

d'emblée posé : l'obésité est le produit d'une irresponsabilité aussi bien individuelle que familiale. Afin de circonscrire ce risque « obésogénique » majeur, traiter la maladie nécessite de normaliser à la fois les pratiques du patient mais aussi celles de l'ensemble de sa cellule familiale. D'ailleurs, au fur et à mesure des consultations individuelles ou des ateliers, les soignants continuent de calculer l'IMC, interrogent sur la mise en pratique des conseils dispensés mais aussi sur la réceptivité de ces transformations par les autres membres de la famille. Les entretiens et observations des réunions d'équipe révèlent notamment que la relation thérapeutique demeure largement dominée par les normes de genre qui investissent les femmes d'une mission d'éducation morale.

Lorsque le patient est en couple, selon qu'il soit un homme ou une femme, la corpulence du conjoint est prise en compte de manière variable dans la mission d'hygiénisation des pratiques familiales.

Sur le plan alimentaire, tout se passe comme s'il était attendu des patientes qu'elles adaptent leurs sollicitations à l'égard de leurs conjoints en fonction de leur forme physique : si ces derniers sont également concernés par une surcharge pondérale, charge à elles de les inciter à adopter les différentes prescriptions ; si, au contraire, ils ne présentent pas d'excès adipeux, les engagements des patientes peuvent demeurer solitaires. La corpulence des conjointes des patients n'intervient que très peu dans le regard que les soignants portent sur le soutien conjugal. Dans tous les cas, il semble évident pour tous, patients (hommes) comme soignants (hommes et femmes), que les règles hygiénico-diététiques s'imposent en normes domestiques nécessairement mises en œuvre par la femme du foyer. Ainsi, pendant qu'il est demandé aux patientes si leurs conjoints ne constituent pas un frein à leur engagement, notamment par le biais de la tentation ou de la raillerie, il est demandé aux patients si la maîtresse de maison a su adapter le quotidien.

En parallèle, les patientes, lorsqu'elles sont mères, sont invitées à décrire l'évolution de leurs pratiques nourricières, peu importe la corpulence des enfants. Un peu comme si, elles portaient, de manière exclusive, la responsabilité d'une éventuelle obésité filiale descendante (Cf. encadré 30, p.409). Au point que cette question est totalement évincée des préoccupations des soignants lorsqu'ils s'adressent à la patientèle masculine.

Encadré 30 : Observation d'une réunion de synthèse.

Contexte : Réunion pluridisciplinaire, au sein du service A, organisée à l'issue de la journée d'hospitalisation programmée à mi-parcours du programme d'éducation thérapeutique de 3 ans. Afin que le médecin rédige un bilan qui intègrera le dossier partagé des patients chacun des professionnels qui ont encadré les ateliers du jour est invité à reformuler oralement la synthèse écrite en binôme. Stagiaire dans les locaux depuis plusieurs semaines, mon statut d'observatrice est sans ambiguïté.

Médecin : Comment s'est passé l'atelier d'analyse sensorielle ?

Diététicienne : *Elle a choisi un biscuit. Elle l'a mangé dès qu'elle l'a eu en main. L'atelier n'était même pas commencé.*

Médecin : *Ah oui ?!*

Infirmière : *Je crois qu'elle n'avait pas compris la consigne.*

Diététicienne : *Possible. D'ailleurs elle n'a pas compris ce que pouvait lui apporter l'analyse sensorielle, elle l'a dit à la fin. Nous lui avons pourtant suggéré que cela pouvait l'aider à manger moins vite, à mieux ressentir le goût.*

Médecin (en consultant le courrier rédigé lors du diagnostic) : *Pourtant ça correspond à ses attentes, puisqu'elle se plaint de ballonnements lorsqu'elle mange !*

Diététicienne (acquiesçant) : *Hum ... Mais bon ça a été difficile tout du long. On a eu beau la solliciter, sa description est restée très sommaire. Il a fallu que X (IDE) la guide dans ses réponses, systématiquement.*

Infirmière : *Je crois qu'il y avait surtout la barrière de la langue. D'ailleurs je pense qu'elle ne sait pas écrire.*

Médecin : *Vous savez comment se passent les repas maintenant ? Parce que je lis, là, qu'elle mangeait debout, les restes des enfants. Une gorgée de soda entre chaque bouchée. Et la plupart du temps, du riz.*

Diététicienne : *Tout ça n'a pas changé. De toutes façons, il ne semble pas qu'elle soit prête à changer ses habitudes.*

Médecin (en soupirant) : *Elle a combien d'enfants ? Autant de futurs patients ! Elle a vraiment besoin d'une prise en charge encadrée pour modifier l'hygiène de vie de la famille.*

Infirmière : *Oui pour acquérir des connaissances qu'elle n'a pas actuellement. Ni pour elle, ni pour ses enfants.*

Psychologue : *A condition qu'elle adhère au parcours. Elle aurait notamment besoin d'un suivi psychologique ... qu'elle n'appréhende pas pour l'instant.*

Médecin : *Bon ... (en s'adressant à l'enseignant APA) et au niveau de l'activité physique ?*

Enseignant APA : *Elle fait la gym en salle avec le groupe. Mais l'activité est plus difficile au domicile. Elle dit qu'elle n'a pas le temps à cause des enfants.*

Médecin : *Donc des bons petits plats à base de riz pour les enfants mais qu'elle mange en lance-pierre, après eux, pas de sport à cause des enfants et un ou deux litres de sodas par jour pour elle, j'imagine pour les enfants ! Point positif, elle est assidue aux consultations, il va donc falloir les rapprocher. Ça pourra peut-être les aider !*

Pendant que la figure du « bon patient obèse » est implicitement celle du patient compliant, la force symbolique du genre exige également des femmes qu'elles soient de « bonnes épouses » et de « bonnes mères », des hommes qu'ils aient de « bonnes épouses ». Toutefois, si pour l'ensemble des professionnels, le travail de transformation des corps exige des patients autant une normalisation des pratiques pour soi qu'une modélisation des rapports domestiques, tous n'ont pas la même perception de ce qu'est, ou doit être, la culture légitime à diffuser auprès de ceux qui sont identifiés comme corporellement illégitimes. D'étape en étape, l'engagement dans des carrières d'« obésologues » convertit l'*ethos* thérapeutique des soignants. Qu'initialement il s'agisse de résoudre un problème de santé jusque-là irréductible, de corriger des corpulences métaboliquement résistantes, des styles de vie « obésogéniques », ou encore de faire preuve d'un *care* inédit à l'égard d'une patientèle souvent stigmatisée comme

incurable par le corps médical ; l'expérimentation de l'absence de preuves tangibles de l'efficacité des traitements transforme les manières de penser, la maladie et ses porteurs. En fonction des socialisations antérieures ou en train de se faire, ce processus peut prendre deux orientations différentes.

Pour les uns, à mesure que progresse le sentiment d'impuissance, l'absence de pertes de poids ou les reprises pondérales se construisent progressivement comme des preuves des multiples incapacités à toute forme de moralisation des pratiques des patients obèses. Qu'ils soient considérés comme dépourvus d'un métabolisme compétent, d'aptitudes cognitives pour comprendre et maîtriser son fonctionnement, ces données biologiques signent de manière scientifique les incompétences sociales et morales d'individus décidément hors de contrôle. Les discours sur les patients sont alors largement dominés par la seule logique du soupçon qui ne pointe plus que leur indocilité, leur irresponsabilité mais aussi leur fourberie. Ils ne feraient pas ce qu'il faut, sans en mesurer les conséquences pour leur santé, tout en falsifiant leurs discours auprès des soignants. Au sein d'une prise en charge conditionnée par l'alliance thérapeutique, c'est l'ensemble de ces faits qui altérerait la nature-même de la relation de soin et rendrait le travail impossible. Ce problème concernerait plus particulièrement les femmes.

Pour rappel, si les données statistiques établissent que les hommes sont moins dociles¹, les soignants sont persuadés qu'ils sont pourtant plus enclins à normaliser leurs pratiques et à moraliser leurs catégories de pensée. Il suffirait de les rééduquer pour qu'ils s'approprient les normes dominantes d'un style de vie plus propice à contenir les effets de leur corpulence sur leur état de santé. L'absence de transformation corporelle devient alors secondaire pourvu qu'ils aient cultivé leur nature, leur fibre morale. Les femmes, elles, seraient irrémédiablement aux prises avec les troubles psychiques qui les ont dépossédées, aussi bien symboliquement que techniquement, de toutes capacités à se faire un corps légitime. Si ces maux, produits par des histoires de vie compliquées voire traumatiques, expliquent un rapport problématique au corps, lui-même facteur de l'installation de l'obésité ; au fil de la prise en charge, ils deviennent un carcan identitaire dont ces femmes démunies auraient bien peine à se défaire. C'est dans ces conditions que s'installerait, *a minima*, une imperméabilité plus ou moins consciente aux normes hygiénico-diététiques, *a maxima*, des stratagèmes pour tromper le corps médical. Plus que coupables d'un plaisir déraisonné, qui ne serait autre que le déni d'une grande souffrance, certaines s'engageraient sur la voie d'une imposture délibérée, feignant une fausse compliance :

¹ Dans les dossiers médicaux, 28,6% des hommes et 41,3 % des femmes sont qualifiés d'observants par l'équipe médicale.

Elles discutent entre elles et pis elles discutent aussi des magouilles possibles !
[Mélanie, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]

*La chirurgie il y a la carotte au bout : c'est la chirurgie ! Alors là vous avez une adhésion aux conseils hygiénico-diététiques qu'on pourrait même pas espérer !
[...] Une fois qu'elles sont opérées, la carotte elle est passée ! Et c'est tout là, j'ai envie de dire, l'enjeu de l'évaluation psychologique. Savoir si on les a bien pistées.*
[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

De cette transformation progressive de la figure du patient obèse, devenu exclusivement coupable d'un plaisir, pourtant différemment interprétable selon le genre, découle une mise en œuvre du travail concret qui varie selon qu'il s'adresse à l'un ou l'autre des deux sexes. Avec les hommes, il s'agit avant tout de s'inscrire en « passeur de culture » afin de leur transmettre des connaissances qui ne leur auraient pas été apprises justement en raison de leur genre, tout en activant les attributs socialement associés à la virilité (notamment la compétitivité et la ténacité). Avec les femmes, l'objectif est de les amener prioritairement à un travail psychothérapeutique qui saura leur faire prendre conscience des mécanismes, qui les ont affaiblies aussi bien dans leurs capacités à réduire les écarts entre corps réel et corps idéal, que dans leurs aptitudes, d'épouses ou de mères, à assurer l'éducation morale des leurs.

Sans que ce soit exclusif ou exhaustif, l'évolution vers cette représentation concerne plus particulièrement les médecins, infirmières et diététiciennes. Convaincues que c'est bien aux femmes que revient la domestication de la morale de classe, cet impératif se joue, le cas échéant, dans leurs propres rôles d'épouses, de mères, pour devenir une compétence professionnelle dès qu'elles s'engagent dans des programmes d'éducation thérapeutique de patients obèses. Leurs carrières, ponctuées d'échecs en termes de résultats pondéraux, leurs apprennent que la diffusion des règles ne suffit pas. Encore faut-il maîtriser le risque de mauvaise interprétation. Que ce soit en se substituant au rôle de mère ou d'épouse, lorsqu'elles s'adressent à des hommes, ou en s'identifiant comme les détentrices légitimes des propriétés sociales de la féminité, lorsqu'elles interagissent avec des patientes, il devient moins question de donner du sens à la maîtrise de soi que de pointer les risques en cas d'indocilité :

C'est souvent l'image de la magie qui est véhiculée alors nous on essaie de dire : ben non, non c'est pas magique, ça va durer un an. On le sait, nous ! Nous on le sait ! C'est pour ça qu'on les tanne !
[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

D'auscultations individuelles en activités de groupe, la menace plane. Pas de perte de poids durable, voire risque d'une potentielle aggravation pondérale, sans une activité physique

journalière et un contrôle des quantités alimentaires. Les règles sont édictées à l'hôpital et doivent être appliquées à domicile. Le travail fourni est consigné par écrit dans des carnets de suivis. De retour à l'hôpital, il est évalué et comparé aux données biologiques. Au final, l'activité thérapeutique ressemble à s'y méprendre à ce qui définit la restriction cognitive contre laquelle ces mêmes « obésologues » affirment pourtant mener bataille¹. Recenser quotidiennement ses activités n'est-il pas assimilable à un contrôle rationnel du comportement ? Dès lors il semble possible de s'interroger sur les effets de cette méthode, tant sur les interactions soignant-patient que sur l'identité de ceux qui ont expérimenté, par corps, l'ensemble des déconvenues de cette supra-vigilance. Ceci, d'autant plus, que la plupart des femmes ont fait l'apprentissage d'un usage social de l'obésité qui se traduit par l'intériorisation d'un *ethos* du contrôle parfois à contre-courant des corporéités de classes, toujours trahit par une *hexis* corporelle qui suggère l'intempérance.

D'autres professionnels, plus rares², définissent l'obésité comme le produit de deux obsessions interdépendantes l'une de l'autre : le poids et le contrôle. C'est parce que les personnes considèreraient leur poids comme excessif qu'elles s'engageraient dans une quête perpétuelle de maîtrise de celui-ci. En réponse, c'est cette omni-censure qui ferait grossir. Un poids et une mesure qui rompraient la solidarité que les individus ont avec leur propre corps. Vision qui n'est pas sans faire écho aux nombreux travaux sociologiques qui traitent de l'imposition d'une culture somatique légitime qui serait l'apanage des classes dominantes, dévalorisant ainsi les capitaux sociaux et corporels détenus par les dominés : aux premiers un bon usage naturel des corps, aux seconds la fatalité de l'aperception et par conséquent l'inefficience des pratiques.

Ces professionnels sont, autant que leurs collègues, mus par une volonté de définir le bon traitement à ceci près qu'il ne s'agit pas de corriger les goûts alimentaires ou les dégoûts sportifs mais de cultiver le goût de soi, peu importe les morphologies. Un peu comme si leur position dans l'espace médical, caractérisée par leur licence et leur expertise d'« obésologue », leur conférait la légitimité de définir, pour ceux dont le vécu de corpulences hors-normes les dépossèdent de ce pouvoir, une image de soi acceptable dont découlerait un bon usage des corps. Si ce n'est plus la structure corporelle qui est à travailler mais l'acceptation des formes,

¹ L'expérience a enseigné au corps médical que la restriction cognitive court-circuite les signaux physiologiques qui permettent de réguler la balance énergétique. C'est ce que l'on appelle « l'effet yoyo » où s'alternent survalorisation des informations cognitives et périodes de désinhibition, provoquant le résultat inverse à celui qui est recherché.

² Parmi lesquels les psychologues, les thérapeutes du GROS.

le travail que ces professionnels mettent en place vise, comme leurs collègues, à transformer les pratiques.

Les psychologues, par ailleurs « héritières » de la culture légitime, axent l'essentiel de leurs activités auprès des patients sur un travail identitaire qu'elles qualifient d'initiatique. Un peu comme si, à la manière des anciens, et autres sages dans les sociétés traditionnelles, leur statut les habilitait à accompagner ces novices dans le passage d'un seuil vers une maturation personnelle :

Il faut enrichir les choses et pouvoir permettre de ne pas se radicaliser dans une mesure qui deviendrait un petit peu obsessionnelle et puis qui fait écho, aussi, à la question du régime qui a pu obsessionaliser la prise alimentaire, le comportement en général, le fonctionnement psychique.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

C'est comme si on prenait des petits oisillons obèses qui peuvent pas voler à cause de leur poids et du coup ils perdent du poids et puis après ils s'envolent et ils font leur vie [...]. C'est vraiment ça, les accompagner, les rendre autonomes et puis après ils filent.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Plus qu'un savoir, ces deux psychologues considèrent que c'est une véritable ligne d'orientation qu'elles ont à transmettre aux patients, dont le poids serait la marque corporelle d'un *hystérésis* les disposant à une perception inadaptée tant de leur propre corps que du traitement. Désireuses de convaincre que le travail psychologique peut assouplir cette fatalité, elles s'inscrivent en relai d'une domination symbolique qui consiste à universaliser, non pas une morphologie sublimée, mais une perception idéale de soi loin de la culture somatique du pauvre obèse :

C'est une relation au corps qui est [silence] qui serait problématique, parce qu'elle serait peut-être univoque ou assez superficielle, avec un corps qui serait assez mécanisé, avec une représentation du corps qui ne serait qu'un objet qui pourrait suivre ce mouvement de métamorphose ou qui ne s'est pas suffisamment, qui ne s'est pas suffisamment plié, finalement, aux régimes, par exemple, aux régimes alimentaires ou à l'exercice physique, qui serait vu sous cet angle. Donc là ça nous alerte oui parce que on sait que le corps a différentes dimensions et qu'il engage de manières très diverses.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

La majorité des patients obèses ils sont dysmorphophobiques, ils ont pas du tout la bonne représentation d'eux-mêmes donc on travaille là-dessus.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Le travail concret auprès des patients n'est pas sans ambiguïtés. La première tient du fait que, pendant que les psychologues admettent que, pour être efficace, la transformation du rapport à soi qu'elles proposent doit s'engager à la demande du patient, l'évaluation psychologique est un passage obligé pour intégrer un programme d'éducation thérapeutique qu'il soit à des fins chirurgicales ou non. Ces deux thérapeutes décrivent ainsi de réelles difficultés à rendre crédible la nécessité de lever les instances de contrôle alors que leurs échanges avec les patients font l'objet d'un compte-rendu qui validera ou non les aptitudes psychiques des patients à intégrer l'un ou l'autre des programmes.

La seconde ambiguïté relève de l'objet même de l'« obésologie ». D'un côté, ces psychologues soulignent les effets dévastateurs de la dévalorisation symbolique de la corpulence sur la construction identitaire des plus démunis, en l'occurrence des femmes occupant des positions sociales dominées. D'un autre côté, les programmes auxquels elles participent se consacrent exclusivement à corriger ces morphologies qui dérangent aussi bien socialement que médicalement.

A côté de ces psychologues qui prennent soin d'éviter la question du poids pour tenter de donner une dimension psychique à la production corporelle, les thérapeutes du GROS, qui revendiquent s'être affranchis de la confusion entre santé et poids qui domine l'espace de l'« obésologie », eux, centrent l'ensemble de leur approche autour de la question du « poids d'équilibre », le fameux « *set-point* ». C'est ainsi qu'à l'instar de Jean-Philippe Zermati, Jocelyne, infirmière dissidente du service C, devenue praticienne libérale, reçoit ses patients en leur expliquant que la valeur du capital corporel n'est pas une question de poids mais de sensations. La volonté de maigrir serait contre-productive puisqu'elle transformerait le plaisir de l'ingestion alimentaire et de la dépense physique, en besogne alors qu'il suffirait d'être à l'écoute de son corps pour réguler son poids :

Ils ont l'impression que s'ils ne lâchent pas ce contrôle mental, ils mangeront, entre guillemets, que des saloperies. Et je leur dis : ça c'est votre peur. Parce que c'est ce qu'on vous fait croire ! [...] Il faut qu'y ait des expériences vécues, qu'ils aient vécu ces propres expériences-là pour se rendre compte que le corps a une sagesse et que si on sait l'écouter ces peurs elles tombent !

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

A première vue, il ne s'agit plus, ici, de douter de l'*ethos* du contrôle des patients obèses mais de pointer la responsabilité de l'intériorisation de ce système de valeurs dans la construction de la maladie. Toutefois, à y regarder de plus près, le travail proposé exige

finalement une vigilance de tous les instants. La mesure de l'effort et des quantités alimentaires fait place à celle du bien-être et du goût. De nature, les sensations deviennent culture :

C'est pas bouger pour bouger c'est bouger pour pouvoir mieux vivre ses émotions. Mieux ressentir ses sensations alimentaires. Quand un corps est en mouvement, on perçoit des choses qu'on perçoit pas quand il est plus en mouvement. D'ailleurs moi je prends des exemples, je m'appuie sur ce que les patients m'ont raconté. Ils me disent : je me suis pas vu grossir. Comment peut-on ne pas se voir grossir ? Et ben ils vous l'expliquent. Ils vous expliquent que comme ils sont gênés avec leur poids, ils sortaient de moins en moins. Et puis le regard des autres et puis tout ce qui s'en suit. Et en fait ils avaient l'habitude de passer entre l'armoire et le lit et un jour ils ont plus passé. Et ça, ça les a interpellés. Et on se dit : comment c'est possible ? Mais si ! Parce que on a des mécanismes de défense quand c'est trop douloureux. Et donc, moi, quand on parle de bouger, je dis plus en conseil, mais pour moi bouger c'est être en mouvement, quel que soit le type de mouvement.

Pour mieux ressentir ses sensations alimentaires.

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Concrètement, le travail consiste, ici, à transformer les pratiques de contrôle de soi en sensation de soi, tout en accompagnant les patients à accepter que leur poids de forme ne corresponde pas nécessairement aux idéaux pondéraux qu'ils se sont fixés. La méthode est la même que celle des autres « obésologues » : une évaluation fonctionnelle et des conseils sur le bon usage du corps qui se transforment en exercices à appliquer à domicile. A ceci près que l'évaluation ne vise pas à situer le patient par rapport aux moyennes épidémiologiques (le poids santé est défini par l'IMC) mais à établir le *set-point* pondéral auquel il est prédisposé ; que l'apprentissage ne vise pas à rationaliser l'agir mais à le vivre en pleine conscience. La méthode exige des patients d'incorporer qu'ils ne sont biologiquement pas faits pour produire un corps pourtant culturellement légitime. L'objectif est de leur faire comprendre que les choix opérés jusqu'ici, pour signifier leur attachement aux valeurs qui transcendent l'espace social, les dépossèdent justement de leur pouvoir d'agir sur leur destin. En somme il s'agit de transformer des pratiques de contrôle de la non-maîtrise en pratiques de maîtrise du non-contrôle.

Dès lors l'on peut se demander dans quelles conditions le travail proposé, aussi bien par les psychologues que par les thérapeutes du GROS, peut être entériné par celles et ceux qui, dans la (presque) totalité de leurs autres interactions sociales, précédentes et présentes, ont intériorisé que le « laisser-aller » est à bannir. Ils ont acquis que pour passer de l'état de nature à celui de culture, les corpulences doivent être contrôlées. Ce sont elles qui, au premier regard, permettent de distinguer ceux qui sont culturellement capables de retenue des autres, ceux qui sont acteurs de leurs destins corporels de ceux qui seraient agis par des instincts archaïques. Si

dans l'ensemble des autres scènes sociales, leur *hexis* corporelle trahit l'*ethos* du contrôle qu'ils s'évertuent à cultiver, le discours de ces soignants ne prend-il pas le risque de trahir la neutralité dont ils se prévalent, entérinant la triple disqualification de l'obésité ? Dans cet espace pensé, par les « obésologues », comme « *le seul endroit où les patients obèses peuvent être accueillis sans jugement* », nier le bien-fondé du contrôle de soi, tout le travail fourni en amont, n'encourt-il pas de surdimensionner la violence symbolique d'une « monstruosité du corps » qui serait le produit de mauvais choix pour soi en raison, à la fois, d'une identité faible (« tare de caractère ») et d'un héritage culturel à ne pouvoir contrôler leur propre objectivation (« stigmaté tribal ») ?

De son côté Mathieu, le seul homme du *corpus* de professionnels, qui par ailleurs explique que la surcharge pondérale de sa propre mère l'a éveillé à la diversité des épreuves que peuvent endurer les personnes obèses, considère le lien de cause à effet entre poids et contrôle comme le produit logique de la pression sociale qui pèse sur les personnes corpulentes. Il tente alors d'endosser le rôle d'initié¹ en proposant des stratégies aux patients pour que leur stigmaté ne leur fasse plus perdre la face, pour qu'ils se (ré)ancrent socialement :

C'est mon boulot de remettre un petit peu de feed back positif parce que faut les encourager, quoi. L'objectif c'est pas de les casser pour qu'ils relâchent, loin de là.

[Mathieu, 26 ans, enseignant d'APA, obésologue depuis 3 ans]

En qualité d'enseignant d'APA (dont la mère a expérimenté intimement les effets d'une corpulence dévalorisée), il comprend l'acharnement qu'ont les patients obèses à vouloir maigrir, même lorsque la motivation est esthétique. Son objectif est bien de façonner les corps en transformant la masse grasseuse en masse musculaire, mais en décalant le paradigme d'une activité sportive ascétique vers une activité physique hédoniste. Pour cela, il tente de leur proposer un espace sécurisé, loin des jugements sociaux. Lors des auscultations individuelles, il mobilise l'ensemble des pratiques quotidiennes des patients (jardinage, activités ménagères, accompagnement des enfants à l'école, etc.) pour leur démontrer que malgré le dégoût qu'ils ont éventuellement construit à l'égard de l'exercice physique, leur corps est en mouvement, capable d'aller plus loin pour dépenser plus. A cette fin, cultiver le goût pour la pratique sportive est secondaire, son travail consiste d'abord à réhabiliter le goût de soi. Lorsqu'au fil des séances, les patients expriment que l'amaigrissement se fait attendre ou qu'il est décevant, il ne tarit pas

¹ Rôle défini par Erving Goffman pour désigner « *les normaux qui, du fait, de leur situation particulière [ici le rôle d'obésologue], pénètrent et comprennent intimement la vie secrète des stigmatisés et se voient ainsi accorder une certaine admission, une sorte de participation honoraire au clan.* » **Goffman, E. (1975), Stigmaté, les usages sociaux des handicapés, op. cit.**, p 41.

de compliments qui s'appuient autant sur l'amélioration des résultats des tests d'efforts, que sur l'embellie de la mise en scène de soi (pratiques esthétiques, vestimentaires, etc...). En parallèle, ce professionnel démultiplie les instances au sein desquelles les personnes obèses peuvent s'inscrire pour pratiquer une activité physique collective. En proposant ces groupes de référence, il mise sur le soutien moral que peuvent, mutuellement, s'apporter les personnes qui partagent le même stigmate et ainsi vaincre l'embarras du dévoilement des corps qu'exige la pratique sportive (gymnastique, natation, etc.) :

Ils sont vraiment entre eux, chouchoutés pour qu'ils puissent reprendre un petit peu confiance en leur corps.

[Mathieu, 26 ans, enseignant d'APA, obésologue depuis 3 ans]

Ces deux formes concrètes de son travail auprès de la patientèle obèse s'appuient sur le postulat que la réhabilitation du rapport à soi, et aux autres, précède nécessairement la transformation des corps. Encore faut-il que cette proposition de cheminement rencontre l'adhésion de patients dont l'« itinéraire moral »¹ les a conduits à s'engager dans ce type de prise en charge afin que leur normalisation morphologique restaure le goût d'eux-mêmes, et qu'elle rectifie le décalage vécu dans leurs interactions avec les acteurs normo-pondérés. Cette approche suppose également qu'en poussant les portes de la clinique, les personnes obèses acceptent d'évoluer dans un « monde diminué » (au sens de Goffman)², entre stigmatisés et initiés, où la surcharge pondérale devient ordinaire. Lorsque cela est effectif, Mathieu en mesure les conséquences :

On fait tout pour qu'ils se sentent bien, en fait. Et c'est pour ça que des fois la transition, elle est pas toujours évidente avec des structures classiques comme des salles de sport. Et faut bien la préparer cette transition parce que les patients sont assez inquiets de la suite. Ils étaient tellement bien que ben derrière c'est compliqué d'enchaîner, quoi.

[Mathieu, 26 ans, enseignant d'APA, obésologue depuis 3 ans]

Dans le prolongement de la modification du regard médical³ et de l'évolution de la figure du patient⁴, le dispositif de l'éducation thérapeutique des acteurs obèses revendique avec force le travail fourni par les patients comme une condition *sine qua non* à la guérison. Celui-ci s'initie à l'hôpital puisque les soignants, dans leur rôle de « passeurs de culture »,

¹ Goffman, E. (1975), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, op. cit.

² Goffman, E. (1975), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, op. cit.

³ Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, op. cit.

⁴ Baszanger I. (1986), « Les maladies chroniques et leur ordre négocié. », art. cité ; Castel P. (2005), « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », art. cité.

transmettent les savoirs qu'ils ont construits sur le bon usage des corps obèses. Puis la majorité de l'activité s'effectue en dehors des murs hospitaliers, à l'abri du regard des professionnels. C'est de cette chaîne de coopérations qu'émerge la nécessité de l'alliance thérapeutique. Pour que le travail domestique soit effectif et qu'il ait l'utilité sociale attendue, il est nécessaire que les patients s'approprient les conseils fournis. Pour autant, au gré de résultats peu probants, les injonctions deviennent contradictoires puisqu'il s'agit soit de prouver sa capacité au contrôle de soi, soit de rompre avec ce modèle et de « lâcher prise ».

De leur côté, les soignants, lorsqu'ils travaillent au sein d'un même programme, considèrent que réside, ici, toute la richesse du travail d'équipe. A condition tout de même que chacun tienne son rôle. Le travail des psychologues, parce que la définition même de leur mandat les autorise à traiter les instances psychiques de contrôle, serait ainsi complémentaire, voire indispensable pour que la maîtrise de soi ne soit plus une besogne mais devienne naturelle, et par conséquent plus durable. L'enseignant d'APA est lui aussi dans son rôle lorsqu'il travaille à donner une dimension hédoniste à l'activité physique. Jeune, homme, athlétique, en s'adressant à la nature plus qu'à la culture, il prépare les corps aux effets de la discipline. Seule l'infirmière affiliée au GROS (donc subalterne dissidente) pose problème lorsqu'elle vient confronter l'approche bio-psycho-sensorielle au postulat cognitivo-comportemental qui domine le traitement médico-éducatif de l'obésité. Mais le problème se règle puisqu'elle finit par quitter le service.

Ce double discours ne prend-il pas le risque d'être discordant auprès de patients déjà aux prises avec une tension identitaire qui oppose rigueur morale et désordre corporel ? Le « *travail d'ascétisation* » entrepris, en amont, pour tenter de produire un corps conforme aux normes et injonctions sociales, n'a de cesse d'être dénoncé par un *hystérésis* corporel, c'est ce qui conduit la plupart des femmes à pousser les portes des institutions hospitalières. Pour elles comme pour tous les autres patients, les « obésologues » sont autant espérés pour leur expertise, afin de bénéficier de techniques efficaces, que pour leur initiation (au sens de Goffman) afin de dépasser la gêne que provoque leur difformité physique. Finalement, trop sujets, tantôt au plaisir, tantôt au devoir, ils se voient confirmer que l'obésité est une maladie de la décision ; son traitement, ainsi polarisé, est moins une manière d'adapter l'offre de soins à une patientèle, dont la composition sociale implique des rapports aux corps différenciés, que deux méthodes qui s'imposent aléatoirement aux acteurs obèses, en fonction des manières des soignants d'interpréter les causes d'une maladie dont ils pointent pourtant le caractère social.

1.3 Quand la médicalisation de l'obésité sépare corps biologique et corps social : refus du souci d'esthétisation.

« Quand même les gens sont focalisés sur leur physique donc leur état de santé, quelque part euh ... y'en a beaucoup, entre guillemets, tant que c'est pas palpable, ils en ont rien à faire, quoi ! Ça reste focalisé sur l'aspect corporel. Ça on peut pas lutter contre ça. »

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

La sociologie a déjà montré à quel point le développement de l'offre pour corriger les corpulences dévalorisées, corrélé aux messages de Santé publique qui alertent sur les conséquences de l'obésité, aussi bien en termes de santé individuelle que de coûts collectifs d'assurance maladie, ont contribué à désigner comme irresponsables ceux qui ne tiendraient pas compte des avertissements officiels¹. Plus encore, cela entérinerait la dépossession culturelle de ceux qui restent hermétiques à la définition dominante des bons usages du corps. Pour autant, au gré de leurs interactions avec les patients, les soignants expliquent que cela ne garantit pas que les 10% d'acteurs obèses² qu'ils accompagnent, ont pris la réelle mesure des risques encourus.

Pour l'intégralité des « obésologues » rencontrés, le matraquage médiatique qui promeut l'idéal d'un corps féminin mince et d'un corps masculin musclé (et autant de régimes amaigrissants ou de produits et services pour sculpter les formes) pervertit inlassablement le message sanitaire au profit du seul esthétisme. La conscience publique que l'excès pondéral est un risque pour la santé a ainsi bien du mal à s'ériger en conscience collective. Si le problème est généralisé, traversant l'ensemble de la structure sociale, il touche particulièrement les personnes obèses qui expérimentent, souvent de longue date, les conséquences sociales de l'inesthétisme corporel. D'ailleurs ces *diktats* sont tellement puissants qu'ils sont pointés comme l'une des causes de l'obésité, notamment féminine :

C'est piégeant d'intérioriser la norme sociétale et de se dire : oui, je suis gros, c'est pas beau ! La société suggère qu'on n'est pas assez mince mais même quand on fait un poids normal, on nous suggère encore qu'on n'est pas assez mince, hein ! Les magazines féminins c'est bien ça ! Et trois mois avant l'été ils y mettent la dose ! [...] Ce qui vient beaucoup compléter, aussi, l'identité sexuelle féminine telle qu'elle se construit. Vous demandez à une femme ce qu'elle n'aime pas chez

¹ Poulain J.P. (2009), *Sociologie de l'obésité*, op. cit. ; Vandebroek D. (2015), « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique. », art. cité.

² Estimation faite par la médecin du service A.

elle, elle sera jamais à court d'arguments, à court d'idées, c'est-à-dire que ça vient spontanément, comme ça ! Tout de suite ! C'est terrible d'ailleurs la vitesse à laquelle ça peut arriver !
[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Au croisement de ce que l'on sait d'une socialisation différenciée selon le genre et du recul réflexif sur les conséquences cognitivo-métaboliques de la restriction alimentaire, une partie de la communauté scientifique explique ainsi une prévalence plus féminine de l'obésité : la surcharge pondérale étant associée à la laideur, elle enjoint les femmes à éradiquer des kilos, perçus comme superflus, par un régime alimentaire qui, lorsqu'il est interrompu, génère une prise de poids plus importante par rapport à la mesure initiale. Dévalorisées dans leurs capacités morales à produire un corps légitime, cette période de « lâcher-prise » entraîne de nouvelles pratiques restrictives qui produisent les mêmes effets. De régime en régime, l'obésité s'installe. Si les « obésologues » ne paraissent pas si éloignés des sociologues lorsqu'ils s'inscrivent dans cette démarche compréhensive de la construction de l'obésité féminine, leur prise en compte (lorsqu'elle a lieu) des conditions sociales dans lesquelles ce rapport au corps se joue, se calque plus sur la façon dont les classes dominantes désignent les classes populaires comme les tenants de la malbouffe. C'est-à-dire que plus ces femmes (mais aussi ces hommes) occuperaient des positions sociales inférieures, plus les périodes de non-maîtrise seraient l'occasion d'ingérer des aliments excessivement gras et sucrés. Façons de se tenir à distance de celles (et ceux) qui représentent un risque de souillure sociale, mais aussi d'imposer leur définition de la situation de ce qu'est une alimentation saine (définition qui évolue au gré des pratiques culinaires de distinction¹). Plus que ces (mauvaises) habitudes alimentaires², la frontière symbolique qui sépare la patientèle obèse des « obésologues » prend corps lorsque les soignants mobilisent la perméabilité des patients aux injonctions esthétiques. Tout comme les femmes ont cédé à la tentation du régime alimentaire pour (re)conquérir une apparence séduisante, ce serait essentiellement pour ces mauvaises raisons que les acteurs obèses finissent par pousser les portes des institutions hospitalières :

Je sais pas si c'est les médias, si c'est les médecins, je sais pas ce qui se passe en ce moment mais, là, depuis quelques mois, ils ont l'impression qu'ils vont devenir David Beckham ou ... [...] Alors est-ce que c'est un problème de connaissances ou

¹ Par exemple, après avoir été un symbole de richesse, le pain blanc a été relégué au profit du pain complet ou bis dont la consommation, au même titre que les féculents autrefois décriés (notamment les pommes de terre), est recommandée dès le second PNNS. Les fruits et légumes bio ainsi que les fruits à coques, eux, ont fait leur apparition dans le PNNS 4.

² Par ailleurs, bien souvent réduites aux seules ressources financières qui contraignent à l'achat de produits à bas coût, loin de toute construction identitaire de classe.

*d'intelligence ? Ou est-ce que c'est un problème d'avoir un voile sur le visage ? Je
sais pas.*

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Dans le champ de l'« obésologie », où transformer les corps est une priorité médicale et sanitaire, loin de toute futilité esthétique, ce rapport aux morphologies, prêté aux personnes en situation d'obésité, est interprété, à la fois, comme la preuve de leur dépossession culturelle mais aussi comme un déni de la nature et du sens du travail proposé.

Si les patients issus des franges les plus basses de la hiérarchie sociale posent un problème supplémentaire dans leur accompagnement, puisqu'il faudra faire avec un budget restreint, l'obésité est lue comme la cause et la conséquence d'une dysmorphophobie autant que d'une faiblesse de caractère. D'un côté, leur méconnaissance du métabolisme humain produit une apercption du corps, qui est elle-même un frein à l'acquisition d'une culture somatique qui leur permettrait de s'affranchir de leur ignorance. D'un autre côté, leur résistance naturelle à l'excellence morphologique produit une difformité corporelle, dont le vécu social les prive de tout sens critique à l'égard des messages d'esthétisation des corps. Puisque cette patientèle ne se cantonne pas aux seules classes populaires (« *on peut avoir autant des commerciaux, que des assistantes maternelles, que des professeurs, que des maçons. Question origines sociales, on a de tout !* ») c'est l'obésité, en tant que telle, qui donne sa dimension politique aux jugements sociaux qui opèrent dans l'espace correctif des corpulences.

Mutuellement responsables l'une de l'autre, « *monstruosité du corps* » et « *tare de caractère* » construisent ainsi une patientèle qualifiée de « particulière », puisque les individus sont supposés se présenter dans des espaces médicaux avec un projet de santé qui, pourtant, passerait au second plan, derrière une volonté plastique de corriger une imperfection physique. La première étape du travail des soignants auprès de leurs patients consiste à inverser les priorités. Pour cela ce sont les lois de la science qui font foi : mesures de la composition corporelle et énumération des différentes comorbidités visent à appuyer que l'obésité est d'abord et avant tout un risque pour la santé. Dégradation de l'état général, invalidité, infertilité, grossesse à risque, réduction de l'espérance de vie, dans tous les cas l'urgence médicale est avérée et elle exige une observance sans faille. Dans un second temps, puisque l'application des recommandations exige que les patients s'investissent, ce sont leurs motivations qui sont sondées :

*Ça se fera sans douleur mais pas sans effort et les efforts, moi je peux en faire,
mais la majeure partie des efforts c'est vous qu'allez devoir les faire.*
[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

En adéquation avec l'expression de l'ascétisme de classe, c'est la justification morale des règles édictées par des experts normo-pondérés qui est signifiée à ceux dont la seule corpulence signe autant leur profanité que leur intempérance. Contrairement à l'esthétisme, le travail de transformation médicale des corps n'est pas une partie de plaisir. Loin de toute artificialité, il exige une droiture. Les professionnels de l'éducation thérapeutique diffusent ainsi l'idée, non seulement qu'il n'y a qu'une manière de faire pour atteindre l'excellence corporelle (celle qui se fait au nom de la santé) tout en catégorisant les acteurs obèses comme des individus artificiels. Un peu comme si le caractère spécieux de leur supposé projet esthétique était un attribut identitaire qui leur serait propre. Représentation qui concerne d'autant plus les patients qui font le choix de la chirurgie. La rapidité et l'efficacité pondérale de cette thérapeutique entretiendraient autant la confusion entre médecine et esthétique que les artifices que les patients mettent en œuvre lorsqu'ils rencontrent les soignants. Ainsi le fort taux d'observance en préopératoire n'est pas interprété comme l'appropriation d'une maîtrise réflexive du capital santé mais bien comme une mauvaise interprétation des bienfaits de la minceur :

*La chirurgie il y a la carotte au bout : c'est la chirurgie ! Alors là vous avez une
adhésion aux conseils hygiénico-diététiques qu'on pourrait même pas espérer !*
[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

*C'est un peu l'opération de la dernière chance et la majorité, ils sont vraiment en
mode : il faut que je me fasse opérer, il faut que je me fasse opérer. Du coup, y'a
un peu, j'allais dire presque la carotte de la chirurgie. On leur donne plein
d'informations mais ils occultent les informations, ils veulent pas entendre, ils sont
vraiment focus sur l'opération.*
[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

*Y'a des gens qui sont en opposition, des gens qui finalement vont rester mais parce
que c'est la carotte au bout mais finalement ils font tous les stades donc on se dit
que ils ont adhéré, ils ont compris mais c'est que non, ils ont fait les stades pour
aller au bout mais pas que ils ont avancé avec leurs projections à eux.*
[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]

Aux yeux de ces « obésologues », les patients obèses n'interprètent pas les conseils hygiénico-diététiques pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire un mode d'emploi universel pour préserver sa santé, mais comme un « laisser-passer » pour arriver à leurs fins et ainsi échapper

au discrédit d'une corpulence esthétiquement stigmatisante. Une fois le projet abouti, le processus d'esthétisation enclenché, n'ayant assimilé de la nécessité de maigrir que celle de plaire, de ne plus être empêchés socialement (faisant preuve de ce que Richard Hoggart nomme une « *aptitude active à la réinterprétation de la nouveauté* »¹), c'est cette permanence de l'*ethos* obèse qui devient l'argument principal des soignants pour expliquer les nombreuses reprises de poids deux ans après l'opération. Finalement, sur le modèle de ce que nous montre l'auteur de « *la culture du pauvre* », alors même que les soignants expriment leur volonté de comprendre et d'accompagner ces catégories de patientèles, la relation « *se déploie sur le fond d'une distance sociale qui tend nécessairement à produire, dans le regard de ceux-là sur celles-ci, des distorsions, des incompréhensions, des biais* »². Cette sous-estimation de la volonté des patients de prendre soin de leur santé n'est pas simplement le produit d'une incorporation collective, et inconsciente, des normes et injonctions sociales diffuses qui identifient la figure obèse comme repoussoir. Certes les soignants sont avant tout des acteurs sociaux imprégnés des discours qui envahissent l'espace social, mais ils sont également engagés dans des carrières d'« obésologues » qui, d'étape en étape, transforment le regard qu'ils ont sur eux-mêmes ainsi que celui qu'ils ont sur leurs patients, qui se traduit par un travail de distanciation à l'égard de ceux qui ne répondent pas au traitement. Dans le parcours chirurgical, cette socialisation silencieuse est conditionnée par la nécessité de distinguer la chirurgie bariatrique de la chirurgie plastique. Si la première intervient sur les organes digestifs, la visibilité de ses résultats, comme dans le cas de la seconde (notamment la liposuction), s'évalue, par l'ensemble des profanes, grâce à la réduction de la corpulence. Certains soignants expliquent d'ailleurs qu'une part importante du corps médical, à laquelle ils s'identifient, a tendance à dénigrer la chirurgie bariatrique pour ces mêmes raisons, réduisant ses praticiens à de simples plasticiens loin d'être maîtres d'un art qui soigne :

C'est trop facile ! Et que, même, ça en devient même de plus en plus, je parle de mon expérience de 5 ans, une chirurgie esthétique, quoi ! On les fait trop rêver.
[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Pendant que les recommandations de la HAS sont claires, pour être opérable il faut être biologiquement en mauvaise santé, sur le terrain l'argument esthétique est irrecevable. En tout cas, celui-ci doit arriver loin derrière celui de santé :

¹ Hoggart R. (1957), *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*, op. cit.

² Pasquali P. et Schwartz O. (2016), « La culture du pauvre : un classique revisité. Hoggart, les classes populaires et la mobilité sociale », *Politix*, vol.2, n° 114, p 114.

Q : Et, en général, leurs motivations ... qu'est-ce qui les motive à perdre du poids ?

R : En fait ... euh ... ça c'est une question qu'on leur pose parce que souvent, comme ils se sont pas posés la question eux-mêmes, pourquoi ils veulent perdre du poids, en fait.

Q : Ils ne se posent pas la question ?

R : Ben, je suis peut-être un catégorique, mais en gros quand on leur demande la question : qu'est-ce que vous souhaitez modifier, atteindre ? Ben ils nous disent perdre du poids, ils formalisent souvent sous forme de chiffres, perdre 30 kilos. ben alors il peut y avoir des expressions : ben retrouver mon poids de quand j'avais 20 ans ou retrouver le poids d'avant mes grossesses, pour les dames. Euh ... et nous ... euh ... on est obligés de pousser un petit peu : perdre du poids pour quels bénéfices ? Et c'est souvent un ... quelque-chose à développer parce que on a l'impression que quand ça marche pas bien c'est parce que justement y'a pas d'idée concrète, derrière la tête, qui permet de les motiver suffisamment.

Q : Mais c'est quoi une idée concrète ?

R : Ben avoir compris que leur santé est en danger ... et ça souvent c'est dur à faire émerger. Enfin, ils disent assez facilement : préserver ma santé ... euh ... parce que j'ai un diabète et je me rends compte que dans ma famille y'a beaucoup de diabète et je veux pas avoir les mêmes problèmes qu'eux au niveau de la santé. Mais quand on creuse, on voit bien que c'est pas très concret tout ça : c'est quoi les problèmes de santé des diabétiques ? Encore là ça va. Mais c'est quoi les risques, à long terme de l'obésité ? Alors là, c'est vraiment flou. Ils voient pas, pas vraiment.

Q : Et quelqu'un qui voudrait se faire opérer pour des raisons esthétiques ?

R : Ah ben non ! Enfin ... non ... ça dépend ... une femme jeune qui souffre d'être obèse ça peut s'entendre mais ça vient après. C'est d'abord la santé, parfois ça peut s'entendre l'esthétisme mais c'est pas un argument. Et puis ça se discute parce qu'en vrai, après l'opération, y'a le relâchement de la peau. C'est vrai que quand on voit les gens en sous-vêtements des fois c'est horrible, quoi ! On n'a pas à avoir de jugement mais on se dit : la pauvre, quand elle se regarde dans la glace, comment elle se voit ? Et ils nous le disent bien, après les relations de couple, c'est pas forcément évident ! Parce qu'ils se trouvent pas beaux, quoi !

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans

Dans la relation concrète d'auscultation, cette incapacité à comprendre les risques médicaux qu'ils encourent (qui est prêtée aux patients) induit des interactions qui fluctuent entre un discours menaçant, où les données médicales font foi de la morbidité encourue, et une réception suspicieuse des propos des patients qui affirment que traiter leur obésité est une manière d'enrayer une pathologie qu'ils savent dangereuse pour leur santé. En effet, la chirurgie serait autant victime de son succès que de l'organisation du plan de soin qu'elle met en place. D'un côté, elle est, à ce jour, la seule thérapeutique qui permet une réelle transformation corporelle, tous les soignants en conviennent, aussi réfractaires soient-ils à cette technique :

Quand ils perdent pas de poids alors qu'ils font vraiment bien les choses, on peut être amenés à les orienter vers ... ben la chirurgie bariatrique ! Secondairement puisque c'est le seul truc qui peut permettre du poids dans ces conditions. Parce qu'on peut avoir des vraies résistances métaboliques à la perte de poids, hein !

[...] Donc dans ces cas-là, la chirurgie c'est une bonne indication pour les aider à réduire les nutriments utilisés puisqu'ils vont pas forcément être tous assimilés, absorbés.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

D'un autre côté, en proposant un suivi hospitalier à vie, où ceux qui espèrent perdre du poids croisent ceux qui sont opérés, ils créent les conditions nécessaires pour que les premiers s'identifient aux seconds et acquièrent ainsi une vision enchantée de la chirurgie. D'ailleurs il est très fréquent d'observer des échanges de photos entre les patients, brandies comme autant de preuves de la transformation des acteurs opérés, et proportionnellement reçues comme un espoir incommensurable pour ceux qui ont vu toutes leurs autres tentatives tenues en échec. L'expérience commune de l'obésité, aussi bien sociale qu'intime, puis celle des multiples revalorisations inhérentes à l'amaigrissement, participent finalement à construire un groupe d'appartenance. Sur le modèle hoggartien¹, ce « nous »² régit autant la manière dont les patients inscrits dans un parcours chirurgical se perçoivent, que celle dont ils appréhendent leurs rapports avec les autres, qu'ils soient normaux-pondérés, obèses non-opérés ou, donc, soignants. Et c'est là qu'il devient un problème pour les professionnels de santé puisque l'entraide, générée par cette identification, produirait des stratagèmes où les novices apprennent des anciens ce qu'il faut dire pour que leur projet soit validé. Dès lors comment être certains qu'ils sont bien préoccupés, plus par des problèmes de santé qu'esthétiques ? Les solutions pratiques sont minimales, elles se réduisent à une autre vision enchantée, celle de la compliance :

L'état d'esprit du patient avant de se faire opérer, on le retrouve après. Donc les gens qui sont compliants, ils seront toujours compliants et après les gens incompliants, ben ils font n'importe quoi en post-op.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Finalement, la dissimulation de la pathologie morale derrière la pathologie médicale a bien du mal à résister aux effets qu'ont les carrières d' « obésologues » sur l'identité de ces derniers. Ponctuées de résultats décevants, ce sont les interactions avec les patients qui le deviennent. Le « nous » devient un « eux », catégorie qui désigne ceux qui reprennent du poids après une intervention chirurgicale qui, à condition qu'elle soit accompagnée du respect des règles hygiéco-diététiques, devrait produire des effets durables. Manière de constituer leur propre « nous » : ceux qui savent que la bariatrique est une science médicale empêchée par les

¹ Hoggart R. (1957), *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*, op. cit.

² La partie 2 confirme l'existence de ce « nous » pour, d'un même mot, s'autodésigner et inclure les personnes, connues ou non, mais qui partagent l'expérience de la chirurgie bariatrique.

comportements et l'ignorance de sujets trop irresponsables pour mesurer le risque sanitaire de leur maladie.

L'expérience de la seule éducation thérapeutique, celle qui s'inscrit exclusivement dans un programme médical, sans recours à la chirurgie, produit des effets sensiblement différents sur la construction identitaire des soignants, sur la nature de leurs interactions avec les patients. La prise en charge proposée paraît, cette fois-ci, victime, tant de sa place dans le parcours de soin des personnes obèses, que de sa trop grande similarité avec les propositions faites au grand public pour maîtriser son poids. D'un côté, les patients qui arrivent dans ces services ne seraient que rarement acteurs de cette démarche. Pour beaucoup d'entre eux, inscrits dans d'autres suivis médicaux (spécialisés ou généralistes), ils n'échoueraient dans ce genre de programme qu'après que d'autres professionnels de santé n'aient pas réussi à les guérir :

Ce sont des personnes qui ont été prises en charge pour cette question de poids qu'ils n'arrivent pas à endiguer ou bien parce qu'ils sont également suivis pour une question de diabète ou d'hypertension, et ils se voient proposer d'entrer dans le programme ETPO. Donc ils n'ont pas désiré, véritablement, entrer à l'ETPO, n'ont pas imaginé, d'ailleurs que ce programme existait et là moi j'ai la sensation de les cueillir beaucoup plus à froid, finalement ! D'être plus sur des personnes qui se trouvent amenées dans un dispositif mais qui n'en savent pas grand-chose, qui n'ont pas lu grand-chose, non plus, sur ce type de prise en charge.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Quelle que soit la nature de leurs carrières médicales précédentes, quel que soit le moment où l'obésité y a pris place (soit-elle la cause ou la conséquence des traitements préalables), une prise en charge spécialisée de cette pathologie s'impose sans pour autant qu'elle ne soit une évidence pour des patients par ailleurs préoccupés par d'autres problèmes de santé (souvent orthopédiques, endocrinologiques ou psychiatriques).

D'un autre côté, en total adéquation avec les programmes promus par les divers entrepreneurs qui font de la mise en forme des corps leur commerce (sur fond des communiqués de Santé publique qui préconisent de manger-bouger), l'ETP propose un accompagnement diététique, d'activité physique et d'écoute psychologique (médiatiquement présentés comme

du *coaching*¹), à ceci près que, contrairement aux annonceurs, les délais indiqués pour obtenir des résultats pondéraux sont longs, voire même évincés puisque la composition métabolique est prioritaire sur la perte de poids.

Pour ces soignants ce sont ces deux conditions réunies, de patients silencieusement socialisés par les médecins au rôle de malades chroniques, et d'un matraquage médiatique qui entretient l'illusion d'une obésité dont l'inesthétisme serait facilement perfectible grâce à un encadrement personnalisé (« *Comme j'aime qui nous assassine* »), qui participent à éloigner cette catégorie d'acteurs obèses de toute capacité à rationaliser un projet de guérison. Par voie de conséquences c'est ce qui rend le traitement incertain :

Il y a déjà toute une partie des gens qui abandonnent, qui n'étaient pas bien orientés, c'est-à-dire ... Enfin pas bien orientés, c'est pas tout à fait ça ... Qui étaient encore dans un espoir miraculeux, hein ! Là si ils sont vraiment dans le déni de leur problématique ou dire ben voilà « je vais être encadré, du coup j'aurais pas d'effort à mener, tout va se faire pour moi, et tout va marcher ! ». Ben non ! Ça peut pas fonctionner, hein !

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

C'est là où on n'est pas tellement vendeurs, hein ! C'est que ça prend du temps, justement !

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Souvent ils sont dans cette logique, un peu, un bon régime et pis c'est fini et en fait, non, ça marche pas comme ça !

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

La possible usure d'un énième traitement qui ne fonctionne pas n'est pas totalement évincée (« *Quand ils viennent nous voir nous, à l'hôpital, c'est déjà qu'ils ont un grand parcours derrière eux* ») mais elle est vite reléguée derrière, à la fois, la passivité de patients

¹ Parmi la pléthore de publicités « *Comme j'aime* », nombres vantent les mérites d'un *coaching* par des experts pour garantir une perte de poids. Voici, un échantillon des arguments commerciaux qui inscrivent cette méthode d'amaigrissement en concurrence directe avec le programme d'éducation thérapeutique : « *Vous recevez chez vous de bons petits plats et en plus vous êtes suivis par une coach ! Satisfaction garantie ! Oui ! 100% garantie !* » (janvier 2020) ; « *J'ai suivi le programme « Comme j'aime » pendant un an et ça m'a transformée ! Vous voulez voir à quoi je ressemblais avant ? Regardez ! J'ai perdu 50 kilos ! Et qu'est-ce que ça change ? Absolument tout !* » (février 2020) ; « *Pour perdre du poids, il faut de nouvelles habitudes alimentaires durables et c'est là qu'un accompagnement avec un professionnel est indispensable ! Chez « Comme j'aime », 70 diététiciennes (diplômées) accompagnent nos clients au quotidien pour leur apprendre les bons principes de la diététique. Et ça marche !* » (avril 2020) ; « *Vous le savez, en ce moment, pas facile de pratiquer une activité sportive ! Alors moi, j'ai la solution ! Avec le programme « Comme j'aime », j'ai accès à l'application « Comme j'aime » qui me permet de pratiquer mon sport tranquillement chez moi. Exercices simples, efficaces, accessibles à tous, et surtout, pas besoin de matériel spécifique ! Les professionnels de « Comme j'aime » vont vous aider à perdre du poids !* » (novembre 2020).

qui s'en remettent au corps médical de façons régressive¹, sans prendre la part du travail que la chronicité de l'obésité exige ; et l'aphonie, sur le marché de la minceur, d'un traitement dépourvu d'attractivité :

Si je sais que je vais venir à l'atelier et que du coup je vais perdre 30 kilos, ah ben on en aurait un peu plus !

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Dans ces conditions, tenir le rôle de soignant, nécessite de se distinguer de toutes les autres figures associées à la transformation des corpulences. Puisque la science n'a pas de réponses à offrir, c'est à ses mandataires qu'il appartient d'incarner la tangibilité de l'éducation thérapeutique, l'éloignant de toute artificialité. Son premier signifiant est le port de la blouse blanche. Sa valeur symbolique est d'abord mise en scène chaque fois que les corps se mettent en mouvement puisque, d'une salle à l'autre, les « obésologues » (pris par le temps hospitalier et en bonne forme physiquement) imposent un rythme de marche effréné à des patients qui n'ont d'autre choix que de tenir l'allure afin de gager de leur bonne volonté. Puis, lorsque vient le temps de l'activité thérapeutique, les soignants investissent d'emblée une posture magistrale. Celle-ci est déterminée par la configuration spatiale des lieux autant que par l'assimilation des règles tacites qui régissent l'occupation de ces espaces. Dans les salles de consultations individuelles, la place de l'expert est déterminée par le poste informatique, sur lequel sont retranscrits les échanges. Les salles d'activités, elles, sont empruntées à l'agencement scolaire où le positionnement des professionnels est défini soit par le tableau (en lieu et place de professeur) soit par la place en bout de table (classiquement attribuée à l'orateur principal). Si l'ensemble de ces postures vise à signifier que ces soignants font corps avec le monopole scientifique qu'ils revendiquent dans le traitement des corpulences, il s'apparente également à une mise en condition (au sens de Goffman) des patients : modeler les corps exige de la discipline dont l'acquisition sera autant surveillée que sanctionnée. Chacun dans sa spécialité, les soignants sont là pour mettre au travail des patients dont la corpulence serait la preuve de leurs inaptitudes multiples. Ce processus allie théorie et mises en pratique puisque l'assimilation de chaque nouvelle notion est testée par des exercices à accomplir sur place ou à domicile (contrôlés à posteriori). Les résultats métaboliques sanctionnent l'effort fourni.

¹ Isabelle Baszanger montre que loin d'être une parenthèse qui acquitte, le temps du processus de guérison, les malades de leurs obligations sociales et, par là même, se soumettent aux prescriptions du médecin, les maladies chroniques imposent une nouvelle répartition des tâches entre ces deux protagonistes de la relation thérapeutique où le patient n'est plus agité par sa maladie mais acteur de sa santé. **Baszanger I. (1986)**, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié. », *art. cité*.

Mais cette tentation foucauldienne¹ de gouverner les corps se heurte à un problème de poids : l'organisation même de l'éducation thérapeutique. Basée sur un travail qui se fait essentiellement par les patients, en dehors de l'institution hospitalière, les interactions soignants-patients sont rares. Au service A, seules trois journées d'hospitalisation sont obligatoires : une pour le diagnostic, une pour une synthèse à mi-parcours puis une dernière pour effectuer le bilan de fin de prise en charge. Les auscultations individuelles et ateliers sont non seulement optionnels mais également espacés dans le temps. Ainsi, un patient qui solliciterait un suivi intensif peut se voir proposer, en trois ans, au *maximum*, quatre temps d'ateliers (d'une heure trente chacun) et un suivi personnalisé en psychologie et diététique rythmé par des rendez-vous de 30 minutes fixés, au plus près, à un mois d'intervalle. Seules les activités physiques peuvent être récurrentes à hauteur d'une séance par semaine mais une jauge limite le nombre d'inscriptions possibles. Au service C, le programme propose 15 jours d'hospitalisation repartis sur cinq semaines. Dans les deux cas, c'est précisément la discontinuité, voire la brièveté (et dans certains cas la rareté) des insertions des patients au cœur du système médical qui empêche le travail thérapeutique de se faire. Puisque les patients sont, dans l'ensemble des autres sphères de la vie sociale, sans cesse soumis aux discours profanes qui réduisent l'évaluation d'une normalisation corporelle à la seule esthétisation des corpulences, promouvoir la transformation métabolique devient impossible. Dès lors, au gré de ces interactions désenchantées, faire alliance cède la place à un antagonisme qui oppose sachants et ignorants. Manière de protéger des compétences déjà éprouvées dans le champ médical et qui, finalement, ne séduisent pas (ou trop rarement) une patientèle pourtant potentiellement abondante, « *parce que y'a pas d'effet immédiat* ».

De leur côté, les thérapeutes du GROS n'envisagent pas l'« obésologie » comme un projet ni d'esthétisation, ni de sanitarisation des corps. La thérapeutique qu'ils proposent vise à l'acceptation de soi. La méthode proposée se confronte à la nature même de son ambition puisque les patients sont invités à faire fi, tant des représentations collectives de l'esthétisme, des injonctions médicales à se gouverner soi-même, que de leur vécu, par corps, de ce que produit cette double transgression. Pour ce faire, ces thérapeutes sont contraints à de brèves interactions avec les patients, entrecoupées d'immersions prolongées dans des arènes sociales où l'obésité s'est constituée comme preuve d'un « laisser-aller » amoral. Plus encore, leurs discours dissidents, leurs valent, dans le champ de l'« obésologie », mauvaise presse, alors que leur activité libérale, dépend de l'adressage des patients par les autres professionnels de santé,

¹ Foucault M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, op. cit.

autant que de leur réputation auprès d'une patientèle qui est à même de les recommander ou non.

Pour Jocelyne, ces enjeux sont majeurs puisqu'en qualité de thérapeute du GROS, elle refuse le statut d'IDEL (Infirmière diplômée d'État libérale) qui l'obligerait à diversifier son activité autour de soins infirmiers, classiquement confiés par le corps médical à cette catégorie de professionnels, alors qu'elle se revendique exclusivement « obésologue ». C'est à ce titre qu'elle exerce sous la juridiction de l'auto-entreprenariat, ce qui, par définition, la place aux marges du système de santé qui garantit, aux infirmiers, que leurs soins soient prescrits par un médecin et, aux patients, que leurs dépenses soient prises en charge par la Sécurité sociale. Invisible dans le champ médical et non-remboursée, son activité dépend strictement de sa notoriété (« *le bouche à oreille* »). Ce déclassement au rang des pratiques thérapeutiques non-conventionnelles s'accompagne d'une offre de soins qui vise, non pas à transformer les corps, mais à transformer les représentations de la mécanique corporelle :

On ne fait pas ce qu'on veut de son poids ! On peut décider de peser 50 kilos mais il faut savoir que ça va être une lutte jusqu'à votre mort et c'est pour ça que ça marche pas les régimes, c'est pour ça que ça marche pas la chirurgie, [...] il faut aussi qu'ils comprennent que ils choisiront pas le poids que ils auront parce que à un moment donné la nature reprend ses droits, j'ai envie de dire, et on est face à ça, hein !

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Les souffrances multiples engendrées par l'expérimentation corporelle et sociale de l'obésité ne sont pas niées, plutôt que d'être inscrites en conséquence de la prise de poids, elles en sont pointées comme les causes. Ici, ce sont précisément les injonctions à la malléabilité qui durcissent les corps, enrayant les principes naturels de l'auto-régulation. Vouloir maigrir ne peut alors que faire grossir, vouloir se maîtriser ne peut qu'aboutir à craquer pour se livrer à une intempérance aussi excessive que pernicieuse puisque cette alternance, devenant cyclique, est « obésogénique ». C'est dans cette optique qu'accepter de sortir des standards morphologiques est présenté comme moins éprouvant :

Mon rôle a été vraiment de les ramener vers la sérénité alimentaire et puis la réalité du corps dont on ne fait pas ce qu'on veut et donc, forcément, c'est toujours un petit peu douloureux mais c'est quand-même vachement moins douloureux que de se sentir responsable de l'échec.

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Si, la place marginale que cette infirmière a dans l'espace local du traitement de l'obésité, lui laisse supposer que la patientèle qui la sollicite ne le fait pas par hasard, dans les

interactions concrètes avec celle-ci, elle est toutefois confrontée à une difficulté de poids : rares sont les patients qui s'adressent à un « obésologue » pour que leur corpulence soit accréditée. Plus, que l'incertitude de la durabilité des effets d'un projet chirurgical, ou que la longévité d'une besogne aux résultats hypothétiques engagés dans une démarche médicale, cette soignante propose d'abandonner toute utopie à pouvoir se faire un corps. Prendre soin de soi reste une injonction mais invite à aller à contre-courant des *diktats* de minceur, qu'ils soient esthétiques ou sanitaires. Prendre soin de soi signifie être à l'écoute des besoins intrinsèques du corps (« *s'ils veulent manger, ils mangent* ») tout en reconsidérant l'expression extrinsèque de sa propre anatomie (« *c'est la mésestime d'eux-mêmes qu'il faut traiter c'est pas leur poids !* »). Ce travail, d'accompagnement à la transformation de soi, n'a alors de cesse d'être souillé par la norme dominante de l'excellence corporelle auxquels les patients obèses seraient particulièrement réceptifs en raison de leurs insertions passées dans le champ de l'« obésologie » : « *on réduit la personne à son poids. Et c'est ce que je reproche.* »

Intimement concernés par le jugement social du stigmaté pondéral, ces expériences antérieures des patients qui s'adressent à elle, n'ont fait que renforcer cette vision enchantée d'une morphologie universalisable alors que sa propre carrière, dont le point d'orgue est d'appartenir au GROS, lui a appris que, non seulement, « *on ne fait pas ce qu'on veut de son corps* », mais que « *y'a des gens il vaut mieux qu'ils restent obèses parce que sinon on les déstabilise, on les détruit* » :

*Et notamment par rapport à la chirurgie bariatrique parce que c'est pas parce que je vais apporter des réponses toutes faites qu'on va pouvoir détecter ça ! [...]
Parce qu'ils en attendent un miracle, parce qu'ils attendent un changement de vie [...]
[...] si c'était aussi simple que ça, y'a belle lurette qu'y aurait plus d'obèses sur cette planète !*

Même la prise en charge au niveau du CHU, alors là, y'a des diets qui commencent à avoir un discours un petit peu différent mais qui se heurtent aux discours du médecin. A partir du moment où on a des obligations et des interdictions, ça s'appelle un régime, hein ! Faut pas chercher plus loin !
[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Dans le champ de l'« obésologie », où les patients se présentent spécifiquement pour tenter de normaliser leurs corpulences, vouloir agir sur le vécu de l'obésité se confronte à la généralité, à l'extériorité, au pouvoir coercitif et à l'antériorité historique de ce fait. Quelles qu'en soient les raisons, ces acteurs obèses sont en quête d'une solution pour maigrir où la valorisation d'une fatalité corporelle, le non-contrôle, ont bien des difficultés à se faire une

place, tant ils sont à contre-courant de l'ensemble des manières incorporées d'agir, de penser, de sentir leur propre morphologie et ses signifiants :

Y'a ceux que je vois une fois et pis qui me disent : non mais votre histoire, comment ça je peux pas faire le poids que je veux ? Moi je suis pas d'accord. Je dis : écoutez, vous avez le droit de pas adhérer à ça mais moi je tiendrais pas un autre discours ! Je ne vous vendrai pas une perte de poids. Je sais pas vous faire maigrir. Si vous voulez maigrir, mangez un kilo de fromage blanc à 0% par jour !
[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

S'engage alors une sélection drastique de la patientèle où seuls sont retenus ceux qui peuvent faire preuve de bravade à l'égard des normes dominantes. Façon d'écarter, d'emblée, tout risque de désillusion qui, si elle garantit, au moins dans le « monde diminué » de l'« obésologie dissidente », une plus-value immédiate à sa propre hétérodoxie, l'éloigne de sa propre définition du métier : mettre un terme au sentiment d'échec des personnes obèses. Pendant qu'elle explique que son dessein est d'accompagner ceux qui sont catégorisés comme des « *cas désespérés* » par ses collègues, elle adresse une fin de non-recevoir à ceux qui persistent à vouloir maigrir. L'ultime maillon salvateur du traitement de la dernière chance est finalement intraitable : pour être guérissable, il faut être malléable.

Quelle que soit la manière dont les soignants ont élaboré la perception de leur mandat thérapeutique, l'inesthétisme de l'obésité n'est pas une préoccupation d'« obésologue ». Ou tout au moins l'engagement dans ce rôle professionnel exige de le reléguer au second plan, à celui d'une futilité propre aux profanes, loin de la vertu scientifique qu'exige la situation. Dans l'espace du soin, le corps obèse est un corps malade qui exige l'intervention de spécialistes qui ont à charge de mettre au travail les patients afin d'enrayer la germination de morbidités multiples. Dès lors cette tentative de séparer corps biologique (dysfonctionnements organiques et psychiques) et corps social (vécu du stigmaté) semble d'emblée contradictoire avec l'alliance entre corps médical et patientèle, que nécessite tout traitement et en particulier celui, médico-éducatif, de l'obésité. Que les raisons d'une telle approche soient une manière de donner de la visibilité à leurs compétences ou une volonté bienveillante de considérer autrement les personnes obèses, loin des jugements sociaux qu'ils éprouvent par ailleurs, elles vont à contresens de l'empathie (se mettre à la place) et de la systémie (traiter l'individu comme un être social) pourtant constituées en éthique professionnelle par ces soignants. Paradoxe qui se confirme lorsque ces mêmes « obésologues » expliquent être choqués quand les acteurs obèses émettent des jugements esthétiques sur leurs pairs où lorsque, après une intervention

bariatrique, ils proposent une chirurgie réparatrice afin de réduire l'inesthétisme des excédents de peau. Finalement, dans le champ de l'« obésologie », tout se passe comme si le souci de l'apparence physique devait être l'apanage des seuls normo-pondérés.

Être « obésologue » c'est s'employer à guérir l'obésité. Ceci pourrait être une simple tautologie, dépourvue de tout intérêt sociologique, si cette évidence n'était pas replacée dans une réalité sociale, tant diachronique que synchronique, où les carrières de ces professionnels, dans un mouvement de va et vient entre les sphères privées et publiques, transforment leurs idéalizations initiales en conceptions réalistes. Alors que la culture du résultat exige, dans leur cas, de transformer les corps mais aussi les manières de penser et d'agir des patients, ils expérimentent la résistance d'une maladie aussi bien endogène (puisque circonscrite à certaines catégories de la population en raison de prédispositions physiques et morales) qu'exogène (pour que la balance énergétique soit à l'équilibre, il est nécessaire de brûler les calories absorbées). A des rythmes variables selon les trajectoires sociales, les formations initiales, les socialisations professionnelles, guérir l'obésité devient progressivement la contenir. Puisque le principe même de l'éducation thérapeutique repose sur une alliance avec les patients afin qu'ils accomplissent, loin de toute surveillance, leur part du travail, l'enjeu n'en est pas moindre. Il est impératif que ceux qui viennent précisément pour transformer une corpulence physiquement handicapante, une apparence socialement stigmatisante, adhèrent à ce regard que porte la médecine spécialisée sur l'obésité : un trouble plus métabolique que pondéral dont les causes varient, selon les écoles de pensées, entre excès de contrôle ou d'hédonisme, et dont le traitement est la pondération aussi bien des pratiques que des objectifs. « On ne guérit pas l'obésité » devient alors une frontière entre sachants et apprenants, entre experts et profanes, puisque les premiers n'ont de cesse d'alerter les seconds qui restent sourds et s'obstinent à fuir la mort sociale¹ (avérée ou risquée) que représente leur corpulence. Dès lors, en fonction du propre degré d'acceptation de ces soignants de « travailler à ne pas guérir » ou, en tout cas, de ne pas pouvoir en fournir les preuves attendues par leurs pairs et par ceux qui sont l'objet de leurs soins, c'est l'*ethos* professionnel qui se converti. Soit en abandonnant empathie et neutralité au profit d'une logique du soupçon où l'indocilité et les incompétences des patients sont pointées comme la nature même de l'empêchement. Soit en substituant la mesure sociale

¹ Si la mort sociale que représente l'obésité est récurrente chez les patients interviewés, elle motive leur volonté. Dès lors l'annonce de la permanence de leurs troubles ne peut agir qu'en violence symbolique qui les condamne aussi bien biologiquement que socialement. **Herzlich C. (1969)**, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, op. cit.

(par le biais notamment de la définition de soi et des insertions dans les différentes sphères sociales) à la mesure biologique (poids, IMC, masse musculaire, etc. ...) comme preuve tangible du résultat. Dans tous les cas, la distance risque de se creuser entre les soignants et une majorité de patients qui pourraient se sentir incompris. Soit parce, là encore, leur corpulence est une fin de non-recevoir à la reconnaissance de leur dotation en morale de l'effort. Soit parce que c'est le travail pour se faire un corps qui est lui-même à pondérer, niant par là même leurs expériences intimes des effets de la surcharge pondérale.

Dans l'espace de l'éducation thérapeutique « travailler à ne pas guérir » constitue finalement une double atteinte à l'identité de soignant : le travail médical et paramédical reste sans effets¹ ou trop peu pour être valorisables ; l'alliance thérapeutique est tout aussi rare. Dès lors comment négocient-ils cette transaction aussi bien relationnelle que biographique² lorsqu'il doivent publiciser cette situation en dehors du seul espace de l' « obésologie » ?

II – Négociations d'un traitement peu probant avec les autres segments de l'activité médicale.

Les carrières d' « obésologues » apprennent à ces praticiens à prendre toute la mesure de la chronicité de la maladie, que « *c'est difficile d'en revenir* ». A l'instar de Florence (diététicienne) qui déclare que « *le tissu adipeux, quand il est complètement installé, ça devient un organe qu'a sa vie propre et on n'arrive pas trop à le maîtriser* », ils considèrent que, finalement, lorsque l'obésité est déclarée, il est déjà trop tard. Aucune thérapeutique existante à ce jour n'a les moyens de pouvoir prétendre à déclarer guéri un patient obèse. Seule une médecine et une éducation préventives seraient à mêmes d'enrayer l'épidémie :

Le mieux quand-même ce serait que la médecine prévienne ! Que les médecins généralistes soient un peu plus sensibles à cette question et qu'ils osent interroger les gens sur leur alimentation, sur leurs habitudes de vie. Et puis le petit message c'est que finalement cette maladie, le mieux c'est de pas y arriver !

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Au Canada, ils sont quand-même un peu plus intelligents que nous, aux enfants, on leur apprend le rassasiement, la satiété et la faim !

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

¹ Anne Chantal Hardy rappelle que patients et médecins partagent le même point de vue : l'effet attendu du travail médical est la guérison même si les deux catégories d'acteurs ne la comprennent pas de la même manière, les premiers la percevant comme un état qui leur permet de recouvrer un usage normal de leur corps lors que les seconds y voient un processus dont l'objet est de rendre adaptable les comportements à une norme organique modifiée. **Hardy A.C. (2013)**, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet de travail médical*, op. cit.

² **Dubar C. (1992)**, « Formes identitaires et socialisation professionnelle. », art. cité.

Pour autant leur mandat d'« obésologue », la condition même d'une éventuelle labellisation de cette licence, est la prise en charge de l'obésité. La société civile, la communauté scientifique, les patients attendent d'eux qu'ils soignent cette maladie. On ne consulte pas un « obésologue » si l'on n'est pas obèse. D'ailleurs le recrutement de la patientèle se fait sur le seul critère d'un IMC supérieur à 35 kg/m² (40, pour la chirurgie). Une personne qui cumulerait hypertension, apnée du sommeil, diabète, arthrose articulaire et troubles cardiaques, qui sont les comorbidités principales associées à la maladie, ne peut prétendre au traitement avec un IMC normal. Les personnes qui souffrent d'obésité légère (IMC entre 30 et 35 Kg/m²) non plus. Alors, puisque la réalité du métier leur a appris qu'ils ne maîtriseraient pas une maladie devenue organe incontrôlable, autant qu'ils ne normaliseraient pas des comportements « obésogéniques » (qu'ils soient compris comme excès de contrôle ou de plaisir) comment négocient-ils ce désenchantement intrinsèque lorsque faire le travail se négocie aussi avec d'autres acteurs que les seuls « obésologues » ou patients ? Lorsqu'ils interagissent avec d'autres professionnels de santé, les dirigeants hospitaliers, ou les associations de patients, comment s'y prennent-ils pour articuler « travailler à ne pas guérir » et faire profession d'« obésologue » ?

2.1 Médecine de second recours et enjeux de captation de patientèle.

« On peut avoir un peu cette impression de médecine de comptoir, quoi. Très peu technique donc y'a pas cet aspect un peu valorisant de la technique. Donc y'a quelque-part une médecine qui n'a pas beaucoup de reconnaissance ni par les confrères qui ont une vision assez négative de cette médecine. Et puis ni par les patients parce que y'a pas d'effet immédiat c'est-à-dire y'a pas je vous donne un traitement et puis vous êtes guéri ! C'est très peu valorisant sur les deux tableaux. »

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

En France, la mise en place du parcours de soins coordonnés positionne, depuis 2006, la prise en charge hospitalière de l'obésité, en médecine de second recours. Ce dispositif aspire à rationaliser le système de santé en coordonnant une activité médicale polarisée entre soins généralistes et thérapeutiques (aussi spécialisées que techniques), entre médecine de ville et travail hospitalier. Si l'objectif aspire à maîtriser les dépenses de santé tout en parvenant à « une

meilleure efficacité et une meilleure équité »¹ de l'offre de soins il identifie les acteurs de santé primaire comme ceux de la prévention et de l'orientation, leurs collègues comme les experts dédiés à une catégorie de pathologies. Concrètement, l'« obésologie » dépend de l'adressage des patients par les médecins de ville, pendant que l'efficacité de la prise en soin est assujettie à la collaboration entre ces professionnels de santé. Si l'on s'en tient à cette description du modèle anglosaxon du *gatekeeping* (« positionnant les médecins de premier recours comme interface entre usagers et système de santé »²) cela devrait signifier que les premiers ont à charge de détecter les personnes qui présentent un risque « obésogénique », d'éviter que la pathologie ne s'installe, pendant que les seconds doivent intervenir pour enrayer des symptômes qui, malgré tout, se sont aggravés et représentent un réel risque pour la santé. C'est ce qui justifie que les patients n'accèdent aux traitements spécialisés que lorsque leur IMC est supérieur à 35 Kg/m², lorsque leur obésité devient sévère, puis morbide.

Toutefois, cet idéal semble d'emblée contraint pour une double réalité : celle d'une pandémie qui signifie que le nombre de personnes obèses ne fait que s'accroître (interrogeant sur l'efficacité de la prévention de ce problème social³) ; celle de résultats peu probants qui se traduisent par une remise en cause de l'efficacité de l'intervention curative. Et, puisque le travail médical nécessite, de capter une patientèle pour débiter, de publiciser ses résultats pour être évalué, cette situation en tension a des effets sur les deux moments clés qui balisent le parcours de soins des patients obèses, lorsqu'il entre dans sa deuxième phase et qu'il est délégué aux « obésologues » : celui du début de la prise en charge spécialisée et ceux des restitutions des patients à leur médecin traitant. Restitutions qui ponctuent l'intégralité du traitement spécialisé puisque suivi chirurgical et éducation thérapeutique se font en ambulatoire. Dans le cas du parcours post-opératoire, ces rétrocessions sont de plus en plus longues puisque les temps hospitaliers s'espacent à mesure que le temps passe. En plus de cette alternance, dans le cas de l'ETP, une restitution finale est définie par la durée même du programme : 3 ans ou 5 semaines. Quelles que soient les circonstances, les « obésologues » adressent des comptes-rendus à leur confrères, ainsi à mêmes de juger des effets du travail fourni.

Pour que la prise en charge de second recours s'initie, la captation de la patientèle dépend de sa visibilité dans le champ médical. Si les soignants ne remettent pas en cause cette

¹ **Mendez Xavier (2017)**, *Correspondances entre médecins de second et premier recours dans deux départements français : des délais compatibles avec la continuité des soins ?*, thèse de doctorat de médecine, Université des Antilles, p.14.

² *Ibid.*, p.14.

³ **Dargelos B. (2005)**, « Une spécialisation impossible, l'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte antialcoolique en France (1850-1940) », art. cité.

organisation générale qui s'est imposée comme une nécessaire rationalisation de l'offre de soin (les frais engagés sont pris en charge à cette condition) mais aussi comme le moyen de créer un système de santé qui se veut égalitaire (seul l'IMC acte la nécessité de ce recours indépendamment des ressources financières des acteurs concernés), ils décrivent toutefois ce système comme un frein à la mise en œuvre du travail qui leur revient. En effet, comment capter une patientèle lorsque les résultats antérieurs ne font pas preuve que le traitement spécialisé est plus à même d'obtenir des résultats que les précautions prises en premier recours ?

C'est compliqué, de toutes façons ! En obésité, c'est compliqué. Donc, en pourcentage de réussite ... euh ... c'est pas très élevé. [...] c'est pour ça que parfois, y'a des médecins, aussi, qui se désintéressent de l'activité. Et c'est vrai que c'est pas évident, hein !

[Mélanie, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]

En réalité les « obésologues » distinguent ici deux catégories de médecins de ville.

Ceux qui ont pris le problème à bras le corps, prescrivant eux-mêmes des solutions pour normaliser la surcharge pondérale (privés d'une pharmacologie efficace, le traitement alterne entre conseils hygiénico-diététiques et adressage à d'autres professionnels de santé : diététiciennes, psychologues, acupuncteurs, ...). Il s'agit alors, pour les mandataires de l'« obésologie », de mobiliser leur expertise pour susciter l'intérêt des généralistes de leur déléguer cette part spécifique du travail médical.

Le traitement chirurgical a alors un argument de poids : à la sortie du bloc opératoire, la perte pondérale est garantie.

Quand les patients ont déjà cherché avec une méthode traditionnelle, à perdre du poids et que ça n'a pas fonctionné. Donc ... en fait, ils peuvent leur proposer d'emblée une chirurgie bariatrique. Parce que dans ces conditions y'a que la chirurgie qui marche ! Qui fait perdre du poids !

[Mélanie, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]

En contrepartie, l'acte peut paraître soit mutilant (les effets secondaires sont nombreux), soit non pérenne (les reprises de poids sont fréquentes après deux ans), soit trop éloigné du paradigme de la maîtrise de soi (maigrir est la conséquence mécanique de la modification du système digestif et non d'un travail fourni par le patient pour contrôler sa corpulence).

R : Les médecins traitants veulent pas faire les ordonnances ! C'est pas très normal. [...] c'est une façon aussi de se dédouaner parce que y'en a quand-même un certain nombre qu'ont été opérés sans demander l'avis au médecin généraliste voire contre l'avis du médecin généraliste.

Q : Est-ce que ça veut dire qu'il y a un déni d'une partie de la médecine de la chirurgie bariatrique ?

R : Ah oui ! Encore ! Et même chez certains chirurgiens digestifs ! Qui trouvent que c'est faire une mutilation. La chirurgie bariatrique c'est encore pas accepté et reconnu par tout le monde !

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

L'avantage de l'ETP, lui, réside dans son organisation même : les espaces et les professionnels sont dédiés au traitement pluridisciplinaire de l'obésité, ce qui fournit des conditions pour guérir que les médecins traitants n'ont pas (les occasions d'interagir directement avec une pluralité de disciplines sont rares, leur patientèle est diverse, les pathologies qu'ils traitent, aussi).

C'est quand-même un gros programme parce que on propose un suivi psychologique, un suivi avec l'activité sportive. Et donc ils ont accès à cette pluridisciplinarité qu'est pas là dans les cabinets médicaux en ville. [...] Dans la même demi-journée, ils vont avoir un atelier psy, un atelier diet, un atelier d'activités physiques adaptées c'est vraiment un plus !

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Le désavantage est que ces modalités de prise en charge ne produisent pas beaucoup de meilleurs résultats que tout ce que le généraliste a mis en place auparavant :

Parce qu'il pourrait se dire : « C'est bien beau là, ça fait 2 ans qu'elle est dans le programme ETP, elle a perdu 2 kilos ! En 2 ans, c'est pas la panacée leur truc ! »

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Dans ces conditions incertaines, les « obésologues » expliquent être en mauvaise posture pour légitimer leurs pratiques auprès de leurs confrères alors que leur activité même en dépend. Difficulté majorée avec la seconde catégorie de généralistes qu'ils identifient : ceux qui évitent d'emblée la question de l'obésité. Que ce soit par déni de la gravité de la situation ou par souci de préserver de bonnes relations avec leur patientèle, le fait est que, mécaniquement, si ces médecins de premier recours évincent la question du poids lors de leur interactions avec leurs patients, les chances sont minces, voire nulles, pour qu'ils les adressent à des services exclusivement dédiés à cette pathologie¹. Finalement, en lieu et place d'un parcours de soins coordonnés, les soignants rencontrés décrivent soit des situations de concurrence, soit d'indifférence. Dans le premier cas, ils s'estiment en compétition avec ceux

¹ Les entretiens menés avec les patients révèlent qu'effectivement, lorsqu'ils sont arrivés dans ces services sur prescription de leur médecin traitant, c'est, dans la plupart des cas, suite à d'âpres négociations où il s'agissait de les convaincre des bienfaits de la chirurgie, voire de l'utilité d'engager un traitement médico-éducatif de l'obésité.

qui considèrent que l' « obésologie » est une compétence transversale qui, excepté dans son versant chirurgical, ne nécessite pas d'expertise particulière (sachant que l'acte opératoire est loin de faire l'unanimité dans le champ médical). Dans le second cas, c'est carrément la nécessité d'agir qui est niée ou, en tout cas, tue. Autant d'attitudes qui sont une atteinte à l'identité de ces professionnels précisément engagés dans l'investigation « obésologique ». S'engagent alors diverses stratégies pour tenter de légitimer leur mandat, de donner de la visibilité à leurs services respectifs, et ainsi, acter l'utilité de leur présence et de leur intervention en second recours. Ces manœuvres peuvent être classées en deux catégories, actives et passives.

Le premier type de stratégies correspond à des actions directement adressées au corps médical soit de manière élargie, soit en empruntant une démarche beaucoup plus ciblée.

Dans le premier cas, c'est l'ensemble du dispositif qui structure le réseau de santé qui est investi :

- Présentation des programmes d'éducation thérapeutique lors de colloques. Ce format permet aux médecins comme aux paramédicaux d'exposer ce qui fait la spécificité du traitement qu'ils proposent¹. Lorsque les instances choisies pour communiquer sont dédiées à la question de l'obésité, voire de la chirurgie bariatrique, la possibilité de convaincre les professionnels de santé réticents reste contrainte par la volonté hypothétique de ces derniers de consacrer du temps à une thérapeutique dont ils se désintéressent. Restent alors les séances qui réunissent un groupe professionnel spécifique, indépendamment des lieux d'exercice et des pathologies traitées. Lorsque ces professions sont historiquement et directement impliquées dans la normalisation des corps obèses (c'est particulièrement le cas de la diététique et de la nutrition), la publicisation s'articule entre avantages d'une pluridisciplinarité interactive et désamorçage de toute perspective concurrentielle : ces suivis ne se substituent pas à l'activité libérale. Manière d'enchanter le parcours coordonné de soins en conflit avec la réalité d'un espace médical traversé de concurrences entre praticiens. Cette organisation est une opportunité de contrôles mutuels entre professionnels de santé, par le biais des comptes-rendus mais également par les informations que leur fournissent les patients qui vont et viennent entre cabinets privés et institutions hospitalières. Elle se traduit en violence symbolique lorsque les résultats ne sont pas au rendez-vous puisqu'il s'agit de désigner un responsable. Dès lors, l'on peut comprendre que motiver les libéraux à engager leur réputation en partageant le stigmate d'un traitement jugé

¹ Rappelons que l'équipe du service B est largement sollicitée dans ce sens par la médecin qui orchestre la prise en charge péri-opératoire.

incertain demeure en grande partie illusoire. Pour d'autres professions, où l'accompagnement des personnes obèses demeure encore rare mais où le travail en pluridisciplinarité s'est imposé comme une norme (c'est notamment le cas des enseignants d'APA), communiquer sur l'« obésologie » peut être espéré comme un moyen d'utiliser le réseau APA et ainsi susciter l'intérêt d'une pluralité d'acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, avec lesquels ces professionnels interagissent. Toutefois, ceci suppose d'attirer l'attention des auditeurs et, le cas échéant, qu'ils soient et se sentent suffisamment légitimes, au sein de leurs équipes respectives, pour être entendus sur des questions qui finalement dépassent le mandat qui leur y est attribué.

- Participation à des comités pluridisciplinaires. Ce choix est plus rarement opéré que le précédent parmi les soignants rencontrés. Seuls deux d'entre eux participent à ce type d'instances au moment de l'enquête : Emma, médecin qui multiplie les casquettes au sein de sociétés savantes¹ et commissions consultatives, aussi bien internes² que régionales³ ; et Mélanie, diététicienne, qui remplit également une mission au sein du CLAN de l'hôpital. Dans les faits, les occasions d'y publiciser le traitement curatif de l'obésité y sont contraintes par les représentations (et donc les préoccupations) qui dominent la communauté médicale. Soit ces comités traitent de la nutrition et elles y participent en qualité d'« obésologues », mais elles se confrontent à la domination de la dénutrition, comme symptôme transversal, qui préoccupe une majorité des services et des soignants présents⁴. Soit l'intérêt des professionnels de santé pour construire un savoir commun est bien l'obésité (c'est le cas de l'AFERO) mais lorsque Emma y interagit, c'est en qualité de professionnelle de l'éducation thérapeutique et ainsi au sein de la commission « traitement ». Groupe de travail qui suscite un intérêt nettement moindre que celui dédié à la prévention dont chacun a acquis la conviction de son hégémonie dans la gestion de la santé en général, de l'obésité en particulier. Dans les deux cas, susciter l'intérêt de leurs pairs, pour une activité de soins qui ne fait pas référence dans un espace sanitaire autant contraint par le *benchmarking* que recentré sur une priorisation de l'éducation préventive, se réduit à signaler la présence d'un traitement spécialisé au sein du réseau, tout en acceptant qu'il soit relégué à son extrémité. En d'autres termes, cela revient à investir le rôle de

¹ La Société française de diabétologie (SFD) et l'Association française d'étude et de recherche sur l'obésité (AFERO).

² Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN).

³ Commission nutrition de la Structure régionale d'appui (SRA) dont la mission est d'apporter expertise et appui aux professionnels de santé sur les démarches d'amélioration de la qualité et de sécurisation des prises en charge.

⁴ Ces « obésologues » expliquent elles-mêmes avoir une appétence pour la thématique de la dénutrition.

soignants de l'ultime recours. Position délicate puisque la visibilité et la notoriété de l' « obésologie » et de ses spécialistes sont hypothéquées sur le fait de réussir là où les autres ont échoué.

- Proposition de formations médicales continues sur les spécificités de la prise en charge de la maladie. Engagée sur les trois volets de la médecine universitaire (pratique, recherche et enseignement), Emma anime des séances d'enseignement post-universitaire destinées aux généralistes locaux. Celle dont elle nous a confié le diaporama est intitulée « *Prise en charge de l'obésité en consultation de médecine générale* ». Elle se décompose en trois temps. S'appuyant sur une enquête qu'elle a menée en 2011 auprès de 641 praticiens libéraux dans trois départements de la région, elle montre que seuls 19,5% des patients obèses consultent spécifiquement pour cette raison. Ce constat, corrélé à celui qu'il existe un conflit d'intérêt entre des médecins qui n'abordent pas la question et des patients qui désirent être informés des risques pour leur santé (une enquête menée par l'un de ses étudiants le prouve) est l'occasion de dispenser des conseils aux médecins traitants pour pouvoir aborder cette question malgré tout (Cf. encadré 31, p.442). Dans un second temps, elle redéfinit les facteurs métaboliques de l'obésité en schématisant les causes du déséquilibre de la balance énergétique. Puis, elle détaille les sept classes d'aliments, les bienfaits des différents types de nutriments, les risques biologiques d'un déséquilibre dans ces apports, et fournit des recommandations pratiques pour une alimentation saine (privilégier les viandes maigres, manger trois produits laitiers par jours, etc.). La pratique d'activités physiques est abordée sur le même format : bienfaits, risques en cas de sédentarité puis conseils de bonne pratique (marcher, pédaler ou nager trente minutes, en continu, par jour ; préférer les escaliers à l'ascenseur, etc.). Autant de conseils que les médecins de premiers recours sont invités à dispenser afin de prévenir la maladie. Dans un dernier temps, elle explique que si ces prescriptions ne suffisent à une maîtrise pondérale, la dernière fonction de la médecine de ville est d'orienter leurs patients vers son programme d'éducation thérapeutique qui, grâce à son plateau pluridisciplinaire, saura prendre en charge cette maladie plurifactorielle (Cf. encadré 31). Au final, cette formation semble viser deux objectifs : remettre à niveau les connaissances des généralistes sur le métabolisme humain et promouvoir le traitement qu'elle coordonne. Elle suppose que ces médecins se reconnaissent des lacunes à propos d'un savoir supposé commun à tous au regard du flot incessant des messages de Santé publique à propos de l'hygiène de vie comme protection contre une pluralité de maux, l'obésité en particulier. C'est probablement ce pari qui explique ce que Emma constate elle-

même : sa formation suscite peu d'inscriptions. Par répercussion, ce bilan remet directement en cause la tentative de captation de patientèle puisque « *c'est toujours les mêmes médecins qui sont là* », dont on peut supposer qu'ils sont déjà fournisseurs de patients.

Encadré 31 : Extraits de FMC¹ « Prise en charge de l'obésité en consultation de médecine générale »

Diapositive 4 :

Comment aborder cette pathologie quand le patient vient pour autre chose au stade de la prévention ?

- Le sensibiliser : intérêt d'une pesée en sous vêtements à chaque consultation avec calcul du l'IMC et interprétation de la corpulence avec le patient.
- Ne pas avoir peur des mots : obésité ce n'est pas surpoids, préciser le stade modérée, sévère, morbide → prise de conscience.
- Visualiser l'évolution du poids et de l'IMC : courbe à montrer au patient
- Lui demander :
 - ce qu'il en pense,
 - ce qu'est pour lui l'obésité
 - Est-ce que quelque chose dans son hygiène de vie peut selon lui expliquer cette évolution du poids
 - A-t-il déjà essayé de changer quelque chose ?
 - Souhaite-t-il être informé sur la maladie obésité?

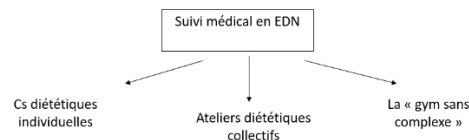
SENSIBILISER ET IMPLIQUER LE PATIENT

Avancer progressivement de consultation en consultation

Diapositive 53 :

Conclusion de cette analyse

Proposer un programme personnalisé adapté



Ces tentatives pour accroître la visibilité des services auprès de la communauté locale des médecins du premier recours peinent à atteindre leurs objectifs. Aussi le service C a expérimenté une pénurie de patients en 2016 telle qu'elle la menaçait d'une fermeture. Ne pouvant se résigner à cette perspective, Jocelyne (IDE) s'est engagée dans une véritable campagne promotionnelle auprès des médecins traitants : envois de plaquettes dans les cabinets et démarchages téléphoniques sont devenus son cheval de bataille pour tenter de capter les patients et ainsi sauver le programme d'éducation thérapeutique :

¹ Formation médicale continue.

On remplissait pas. Y'a un coût, hein ! Ben moi j'ai pris le taureau par les cornes, j'ai commencé à appeler les médecins traitants parce que on nous avait fait une plaquette de présentation. On a commencé fin 2013, elle est arrivée en 2016, la plaquette de présentation ! Donc on a commencé à mettre ça dans les courriers pour les médecins traitants mais moi j'ai appelé les médecins traitants !

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Méthode aussi incisive que dissidente car le traitement auquel elle participe est en réalité situé en troisième recours dans le parcours de soin. Les patients de ce service ne sont pas censés être recrutés directement auprès des médecins de ville, mais réorientés par le service A, en complément, simultanément ou *a posteriori*, de son propre programme. D'ailleurs c'est bien ce qu'explique Emma lors de la FMC évoquée plus haut. Une ultime diapositive est consacrée au programme du service C résumant, en une vue, sa localisation géographique, une description sommaire de l'infrastructure (« piscine, parc arboré, salles de rééducations »), les conditions d'éligibilité, une énumération des ateliers et consultations proposés ; enfin les modalités de prise de rendez-vous précisent que c'est bien l'unité A qu'il faut contacter.

Si le démarchage de Jocelyne a permis d'admettre directement quelques patients, il n'a pas évité une fermeture du service (devenu malgré tout non rentable) pendant six mois. Il n'a pas permis non plus de le faire progresser dans l'organisation du système de santé car à sa réouverture, la majorité des patients continuent d'arriver par la voie du service A.

C'est finalement, lorsque ces manœuvres actives, pour capter une patientèle adressée à propos par les professionnels de santé qui officient en première ligne, ne produisent pas les effets escomptés (les patients demeurant, en fonction des services, rares, mal orientés ou trop tardivement) que les « obésologues » s'engagent dans ce que nous nous proposons d'appeler des stratégies passives. Celles-ci ne se jouent pas dans l'espace public du réseau médical local mais demeurent dans celui de la seule « obésologie », entre acteurs de ce seul système : professionnels experts de la maladie, patients et lorsque, le cas se présente, sociologue. Elles ne visent plus spécifiquement à capter une patientèle mais exclusivement à préserver la définition qu'ils ont de leur position dans le parcours de soins coordonnés des personnes obèses. Elles se construisent avant tout entre « obésologues », puis sont publicisées au gré des interactions avec les profanes (les malades, leur entourage ou la sociologue qui est justement là pour comprendre les enjeux du traitement). Il peut alors s'agir de pointer les insuffisances de la formation médicale initiale qui n'enseigne ni les exigences techniques de la nutrition, ni la psychologie que réclame d'interagir avec des patients obèses :

Actuellement ils veulent pas, ils ont peur, ils connaissent pas ! On apprend pas, en médecine, les suppléments !

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

C'est une manière d'être et un savoir-être qui sera le traitement. C'est une attitude du médecin, l'échange en lui-même, donc on se rapproche peut-être, hein, d'une prise en charge psychologique où c'est la parole, le lien qui va traiter. [...]

Souvent on a des médecins généralistes qui ont moins la fibre et donc vont pas forcément y penser. Voilà ! Et c'est vrai que dans ces cas-là ... le problème de la nutrition c'est que ça prend du temps. Parce que dès qu'on commence à interroger les personnes sur leur alimentation, sur leurs habitudes de vie, ben là on part sur des consultations plus longues et donc, ben ... y'a pas le temps !

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Contrairement à leurs pairs généralistes, les « obésologues » ont acquis que ces deux aspects (les manières d'aborder le sujet et d'y remédier) sont aux fondements du traitement de l'obésité, tant pour que les malades assimilent leur rôle (accepter le diagnostic puis travailler à guérir) que pour permettre aux soignants de jouer leur propre partition (prescrire un traitement adapté aux besoins spécifiques de la pathologie). Si souligner ces écarts de compétences entre médecines de premier et second recours justifie de désigner un dysfonctionnement dans la coordination du parcours de soins des patients obèses, dans l'espace de l' « obésologie », cela permet également de construire une frontière symbolique entre « eux » (médecins profanes) et « nous » (soignants experts). D'un côté, « eux » ne « *sont pas sensibles à ça* », apportent une réponse à « *une demande de soins primaires, vraiment primaires* », ou encore ont une connaissance approximative de la prise en charge spécialisée (« *quand les patients sont adressés par le médecin traitant, pour un programme en particulier, en fait, on peut se rendre compte, assez régulièrement, que c'est un autre programme qui leur correspond* »). D'un autre côté, les « obésologues » comptent parmi leurs rangs, à la fois, les rares nutritionnistes aptes à réaliser une évaluation fonctionnelle garante de la bonne orientation des patients, mais également une équipe de paramédicaux complémentaires qui, en donnant corps à la pluridisciplinarité, répondent aux besoins de cette maladie plurifactorielle. Ce regard distinctif porté sur « eux » et « nous » n'a pas pour vocation d'être communiqué à « eux ». Il vise plutôt à construire un « nous », à s'identifier à un groupe qui, même mal compris ou mal identifié, a pour fonction de faire exister ses membres pour ce qu'ils sont : les détenteurs de savoirs dont la rareté est en soi et pour soi une plus-value identitaire.

D'ailleurs, cette manière de se penser eux-mêmes et de penser les autres professionnels de santé ne se joue pas à propos des seuls médecins de premier recours, où finalement leur propre position de seconds pourrait justifier ce travail d'autodéfinition afin de se protéger du

risque de déclassement qu'elle représente (la mise en œuvre de leur expertise dépend de la coopération de simples généralistes). Cette construction identitaire intervient également lorsqu'ils se définissent par rapport aux autres spécialistes. En effet, une seconde voie de recrutement des patients, plus rare, est l'adressage par d'autres experts (notamment des chirurgiens orthopédiques, des gynécologues-obstétriciens, ...). Celui-ci est motivé par le fait que pour qu'ils puissent exercer leur propre art (implanter une prothèse, accompagner à la maternité, ...), une perte de poids est nécessaire, l'intervention des « obésologues » aussi :

Des gens qui ont des problèmes de santé, qui ont des problèmes de dos : ah ben il vous faut une prothèse de hanche mais il faut que vous perdiez du poids. Bon ben allez voir tel chirurgien, faites le parcours, perdez du poids et puis on vous opérera.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Identité attribuée qui entre d'emblée en tension avec celle incorporée puisque leurs carrières dans l'espace correctif des corpulences ont appris à ces soignants que l'objectif pondéral est à relativiser. L'enjeu est d'autant plus de taille que, de leur travail dépend la suite du parcours de soins des patients concernés. Pendant que le traitement de l'obésité constitue l'objet même du travail médical qu'ils accomplissent, dans cette chaîne de coopération, la tâche qui leur revient n'est plus une fin en soi mais un moyen où la question de la perte de poids redevient centrale. Pour gérer ce double déni de la représentation qu'ils ont construit de la maladie et de leur mandat, il ne s'agit pas de refuser de prendre en charge ou même de protester auprès de ses fournisseurs de patients, les perspectives de positionnement dans l'espace médical sont trop importantes. La négociation se fait avec eux-mêmes et aboutit toujours au même constat : ils détiennent un savoir exclusif puisqu'eux seuls savent que l'obésité ne se circonscrit pas à la seule question pondérale. Travail discret de distinction dont la plus-value est de demeurer identifiés et par conséquent positionnés pour et par leur expertise :

- Ils captent la patientèle de ceux qui persistent à croire que l'« obésologie » est la médecine de l'amaigrissement. Par ses effets, la technique chirurgicale peut y gagner en reconnaissance. Le paradigme médical qui attribue au patient le devoir de coopérer pour lutter contre sa maladie laisse planer le doute sur la désignation des responsables lorsque, au contraire, l'éducation thérapeutique produit peu de résultats.
- Ils publicisent auprès des patients la valeur de leur rareté (eux connaissent toute la complexité de la pathologie) tout en associant d'emblée la responsabilité des prescripteurs à la production de situations médicales aussi complexes que paradoxales (Cf. encadré 32, p.446).

Encadré 32 : Paradoxes du parcours de soins coordonnés : situations concrètes de patients pris entre deux feux.

Marcelle [67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an] s'adresse à un chirurgien orthopédique pour recouvrer une certaine mobilité empêchée par une douleur importante au niveau des genoux. Celui-ci conditionne son intervention à un amaigrissement préalable. Réorientée en chirurgie bariatrique, les « obésologues » lui refusent l'opération au prétexte d'une masse musculaire insuffisante, ils lui prescrivent de marcher, alors que sa demande initiale est justement motivée par une gonarthrose¹ qui limite considérablement sa locomotion. De son côté, l'orthopédiste confirme : pas d'intervention sans perte de poids conséquente ; et sans chirurgie méniscale, elle risque le fauteuil roulant à moyen terme. Avant la 2nde présentation de son dossier auprès du *staff* bariatrique, alors que sa pratique régulière d'activité physique adaptée ne produit aucune amélioration de la mesure musculaire, elle prend rendez-vous avec l'endocrinologue du service et revendique, arguments à l'appui (récit détaillé de l'ensemble du travail fourni, de ses sensations morbides), son droit à être opérée afin de prévenir une dégradation de son état de santé. Sa culture somatique est finalement légitimée, elle bénéficie d'un *by-pass*. Après avoir perdu 40 kilos, elle se fait poser la prothèse attendue.

Suite à une éventration qui a nécessité la pose d'une plaque synthétique autant qu'elle a induit la cessation de son activité professionnelle, Djamila [60 ans, maîtresse de maison en invalidité, ETPO depuis 2015] décrit une prise de poids, à compter de cet événement, qui finit par rendre insupportable le dispositif de renfort abdominal, toute mobilisation devenant douloureuse. Le chirurgien digestif n'envisage aucune réintervention avant une perte de poids. Adressée en ETP, le diagnostic est un manque d'activité physique. Aux prises avec ce cercle vicieux depuis deux ans (au moment de l'enquête), elle continue de s'engager dans une quête du dépassement de soi² où s'imposer une pratique d'activités physiques devient un moyen de substituer la douleur subie par une souffrance maîtrisée. Ceci contre les avis médicaux des deux parties et sans réels résultats puisque, arrivée presque à terme du programme, elle a perdu 6 kilos et souffre toujours des mêmes maux. Elle espère ainsi obtenir un renouvellement de programme, dans l'expectative, qu'à long terme, ses efforts payent.

Dans tous les cas, si ces deux patientes soulignent les paradoxes d'une prise en charge polarisée entre deux manières de comprendre le processus de guérison, elles n'ont d'autre choix que de faire preuve d'une loyauté résignée à l'égard de ceux qui, malgré tout, partagent le pouvoir de définir le traitement qui transformera le pathologique en normal. Ce sont alors les rapports aux corps de chacune, socialement constitués, qui orientent leurs manières de gérer leur position de patientes entre les experts médicaux.

Finalement, les relations que les « obésologues » entretiennent avec les autres professionnels de santé, qu'ils soient généralistes ou eux-mêmes spécialistes, sont contraintes par un double paradoxe. D'un côté, l'exclusivité de l'IMC pour qualifier la maladie, et ainsi prescrire au patient un traitement, circonscrit l'obésité à une pathologie pondérale. Dans ce sens, puisque « *la guérison est un concept heuristique pour penser l'effet du travail médical* »³, il est compréhensible que les autres médecins adressent leurs patients aux « obésologues » afin qu'ils les fassent maigrir. Pour autant, les carrières de ces experts leur ont enseigné que le surpoids, lorsqu'il s'est durablement et conséquemment installé modifie autant le

¹ Arthrose du genou.

² **Knobé S. (2007)**, « Dépassement et transformation de soi. Comment devenir pratiquant d'ultrafond ? », art. cité)

³ **Hardy A.C. (2013)**, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet de travail médical*, Op. Cit., p.283.

fonctionnement métabolique des corps (« *le tissu adipeux devient un organe qu'a sa vie propre* ») que le rapport à soi (« *la majorité des patients obèses ils sont dysmorphophobiques* »). Aussi ils ont acquis la certitude que l'objet du travail médical ne devrait plus être l'excès mais la prise de poids. C'est de cet écart de points de vue que naît un second paradoxe puisque, en qualité de médecine de second recours, l'« obésologie » conditionne son accès à un IMC supérieur à 35 Kg/m² qui signe une obésité installée, pendant, qu'à ce jour, aucun traitement ne peut garantir, de façon durable, un retour à un indice normal (entre 18,5 et 25 Kg/m²). A la fois positionnés, dans les parcours de soins, pour guérir une surcharge pondérale devenue maladie et en même temps dépourvus d'une thérapeutique qui acte, auprès de la communauté médicale, la transformation du pathologique en normal, les « obésologues » gèrent les enjeux des relations avec les autres professionnels de santé en définissant une culture professionnelle qui leur est propre.

Dès lors, pointer les insuffisances préventives d'une médecine généraliste de premier recours ou la persistance d'une vision enchantée d'une cure d'amaigrissement chez des spécialistes, trop éloignée de la réalité « obésologique », servent moins à jeter l'opprobre sur leurs confrères que de donner du sens à leur propre rôle. Ils sont ainsi en parfaite adéquation avec le modèle heuristique, qui définit la guérison comme un processus, puisque sans que les patients ne se sentent guéris, sans que l'IMC ne puisse le valider, ils sont les seuls à pouvoir certifier, grâce à des outils qui leurs sont propres, les effets du travail médical dont ils ont la charge : traiter l'obésité de laquelle la médecine générale s'est détournée et qui empêche les spécialistes d'agir. C'est ainsi que, de façon confidentielle, lors des interactions qui se jouent au sein du seul espace de l'« obésologie » (loin de toute publicisation auprès des autres soignants), la mesure biologique laisse régulièrement place à la mesure sociale¹ pour, malgré ce que leurs pairs peuvent en dire, travailler à guérir. Manière de donner malgré tout de l'éclat à leurs blouses blanches ternies tant par l'objet que par les effets du travail. Mais, puisque ces données ne sont pas communiquées outre unités obèses, manière aussi de ne pas mettre un terme à l'hégémonie des données pondérales pour évaluer les traitements de l'obésité, dont on peut

¹ Si tous les soignants rencontrés expliquent que, à défaut de données pondérales ou métaboliques qui pourraient certifier une transformations corporelle, ils évaluent les bienfaits de leur prise en charge par une amélioration du bien-être qu'ils mesurent par une affirmation de soi (« *ils sont moins sensibles aux injonctions extérieures* »), un rééquilibrage de relations familiales jusque-là asymétriques (« *quand elles font plus les quatre volontés du mari ou des enfants* »), une amélioration de l'estime de soi (« *lorsqu'ils se redressent, que les femmes se remettent à se maquiller* »), ces éléments sont, la plupart du temps, absents des comptes-rendus médicaux. Lorsque c'est le cas, ils deviennent hypothétiques (« *la patiente noterait une amélioration de sa qualité de vie* »). Un peu comme si seule la mesure biologique était admissible et donc transmissible dans les documents de travail alors qu'*a contrario* ce type d'observations domine largement lorsque les « obésologues » interagissent entre eux ou avec la sociologue.

se demander si elle est l'expression d'une illégitimité ou d'une stratégie pour capter, malgré tout, une patientèle à faire maigrir.

2.2 Quand la rationalisation de l'activité de soin devient une ficelle du métier.

« Entre guillemets, un patient qui va avoir eu dix actes ou un patient qui va avoir eu deux actes, ce sera pas le même remboursement. C'est quelque-chose qui est mis en place sur la structure depuis plusieurs années, voilà on essaye d'améliorer notre façon de coter, en fait. Et de se dire que dès qu'on fait quelque-chose avec un patient, c'est du temps qu'on a pris, c'est quelque-chose qu'on a fait donc il faut le valoriser. »

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

Désignés pour intervenir lorsque les situations sont devenues complexes et qu'elles nécessitent des soins experts, les Centres spécialisés de l'obésité s'appuient sur des structures hospitalières, publiques ou privées, équipées spécifiquement pour l'accueil des patients obèses et dotées d'équipes pluridisciplinaires. A ce titre, excepté le chirurgien qui officie dans le cadre d'une Société civile de moyens et Jocelyne (nouvellement thérapeute du GROS), les soignants rencontrés sont salariés et doivent rendre des comptes à leurs dirigeants. Ce constat, rapporté aux analyses produites par les travaux sociologiques¹ qui identifient les effets des réformes engagées pour rationaliser de manière néo-libérale le système de santé (*benchmarking*, contractualisation, gouvernance à distance, ...) sur le travail médical et l'identité de soignant, suscite nécessairement l'intérêt de l'ethnographe lorsque l'analyse des données recueillies montre que ces mêmes « obésologues » salariés travaillent à ne pas guérir, en tout cas pas dans le sens de la tâche qui leur est déléguée. En effet, puisque le mode d'allocation de ressources, induit par la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI), incite les administrateurs des hôpitaux publics à gérer leurs structures sur le modèle des cliniques privées², comment s'y prennent concrètement ces soignants pour gérer l'écart entre travail prescrit et travail réel auprès de leurs dirigeants ?

¹ **Bordet A. (2012)**, « L'hôpital mis à mal par le management », art. cité ; **Domin J.P. (2016)**, « La réforme de l'hôpital public Un management sans ménagement. », art. cité ; **Mas B. et al. (2011)**, *L'hôpital en réanimation.*, *op. cit.* ; **Pierru F. (1999)**, « L' «hôpital-entreprise». Une self-fulfilling prophecy avortée. », art. cité.

² **Castel P. (2005)**, « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », art cité.

Ce qui traverse unanimement l'ensemble des discours sur les pratiques, indépendamment du type de structure, de l'histoire singulière de chaque unité, ou de la place des praticiens dans la hiérarchie interne, est que tous considèrent que rentabiliser le service fait partie intégrante des missions qui leur incombent. Invités à détailler leur journée type de travail, beaucoup décrivent que coter les actes (c'est-à-dire découper chaque activité de soin en des tâches distinctes auxquelles correspondent un code tarifé standard) fait partie du métier. Si l'antériorité du système¹ et son enjeu économique² peuvent expliquer l'appropriation de cette tâche administrative, au point que les soignants la décrivent comme naturelle, les entretiens montrent qu'il s'agit autant, voire plus, d'un engouement pour cette part du travail, devenue véritable « ficelle du métier ». En effet, ces « obésologues » expliquent que trouver la cotation la plus appropriée aux activités qu'ils mènent chaque jour, exige autant de maîtrise (tant pour se repérer parmi la multitude de codes prédéfinis que pour saisir la procédure de manière efficace) que de stratégies puisque, tout en respectant les normes soumises à contrôle, il faut explorer la base de données pour dénicher le code qui sera le plus rentable :

On va coter nos actes parce que à chaque fois qu'on a fait un atelier, on a un code à rentrer dans OSIRIS, dans le dossier patients. C'est pas toujours facile de coter un atelier diététique. Mais j'avoue que c'est assez stimulant de chercher pour trouver la meilleur côte ! Avec quel atelier on a fait derrière et puis si le patient il avait des problèmes, je sais pas, d'hydratation, là il a réussi à trouver des petites techniques pour mieux s'hydrater, ben je vais noter qu'il a évolué sur ce plan-là.

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

Avec la tarification à la demande, faut pas se planter. Alors, on cherche, on cherche toujours la meilleure côte !

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

L'enjeu peut être directement financier (c'est notamment le cas du service B qui expérimente la mise en place de la T2A au moment de l'enquête pendant que les services A et C demeurent au financement forfaitaire) mais est, de toutes façons, toujours démonstratif, puisqu'en traçant l'ensemble des soins procurés à chaque patient, le « Dossier patient informatisé » (DPI) s'est imposé, pour chaque soignant, comme le moyen de justifier le travail accompli par chacun. Loin d'être rebutante, cette tâche médico-administrative s'est constituée en savoir-faire autant qu'en véritable savoir-être puisque les soignants mettent un point

¹ Le dispositif PMSI qui vise à décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale au sein des établissements de santé a été initié dès 1996, avant que l'obésologie ne s'organise dans le champ médical et bien en amont, également, des carrières médicales et paramédicales d'une grande partie des obésologues puisque seuls trois d'entre eux exerçaient avant cette date.

² Depuis 2004, la tarification à l'activité (T2A) s'impose progressivement comme le mode de financement des établissements de santé, indépendamment de leur statut juridique.

d'honneur à rendre compte, souvent avec le plus de détails possibles, de la façon dont ils ont mis en œuvre leur mandat. Ainsi, à côté des cotations standards, ils joignent des commentaires qui, en étant propres à chacun, permettent de communiquer à l'ensemble des acteurs de l'institution (équipes soignantes comme instances de contrôle) leur engagement dans leur rôle :

Du coup, chaque fin d'atelier, il faut qu'on cote qu'est-ce qu'on a fait comme atelier avec le PMSI. Et moi, du coup, je note systématiquement et l'intitulé de l'atelier et un petit descriptif de comment ça s'est passé, comment est-ce que ça s'est passé pour chaque personne.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Ce souci du détail peut, bien-sûr, être la conséquence logique d'un outil standardisé qui, par définition, ne peut rendre compte que partiellement du travail fourni : les « obésologues » le disent eux-mêmes, il n'est pas aisé de traduire une animation médico-éducative en actes de soins concrets. Mais les entretiens révèlent qu'il s'agit aussi de valoriser les pratiques (« *c'est du temps qu'on a pris, c'est quelque-chose qu'on a fait* ») autrement que par des résultats pondéraux (« *heureusement qu'on n'est pas payés au kilo !* »). Manière de négocier avec soi-même, de publiciser auprès de ceux qui ont le pouvoir de reconduire, ou non, le financement de ces programmes que, non seulement, l'absence de résultats n'est pas due à un manque de travail de leur part mais également, qu'à force d'acharnement, l'aspiration à une issue favorable demeure permise.

C'est ainsi que, sur le modèle volontariste du « *quand on veut, on peut* », Emma travaille sans compter dans l'espoir de trouver le protocole thérapeutique qui saura normaliser durablement les métabolismes en même temps qu'il rendra anecdotique le recours à la chirurgie bariatrique qui, pour l'heure, fait directement concurrence à sa pratique médicale. Pendant ce temps, elle, et certains de ses collègues (ou concurrents), décrivent leur persévérance pour obtenir le soutien de leurs dirigeants comme un moyen pour, soit maintenir leurs postes, soit accroître les dotations qui leur sont allouées. En fonction des situations, mais aussi des ressources à disposition, les stratégies mises en place sont variables. Parmi les plus emblématiques, retenons le récit d'Emma à propos de la mise en place de son programme. Emma, après avoir constaté les écarts d'engagements de l'ARS dans la prise en charge de l'obésité, puisque qu'elle réserve la mise en œuvre d'ateliers d'activité physique au seul pan pédiatrique du traitement, présente à sa direction son propre projet de partenariat entre le CHU, la municipalité et l'association « Sport pour tous ». Celui-ci reste lettre morte jusqu'à ce qu'elle reçoive, en consultation, une patiente qui est membre de ce directoire. Profitant de l'opportunité, elle évoque avec elle tout l'intérêt de compléter le programme déjà existant par

la mise en place d'activités physiques. Stratégie payante puisque « *un mois après j'avais rendez-vous avec la direction, le truc était signé, quoi !* ».

En complément de cet exemple, où c'est la situation professionnelle d'une patiente qui devient une ressource pour obtenir plus de visibilité auprès des administrateurs, et ainsi briguer les moyens d'élargir le territoire de l'éducation thérapeutique dans l'espace local, figure celui, complémentaire, de l'enseignant d'APA recruté dans ce cadre. Initialement étudiant stagiaire en Master, lui et la médecin mettent en commun leurs appuis respectifs pour négocier la pérennisation du soutien des dirigeants à l'égard de la mise en place d'activités physiques au cœur du traitement hospitalier de l'obésité. Lui, active l'ensemble de ses réseaux pour développer et structurer ce type de prise en charge à moindre coût puisqu'il s'entoure de bénévoles et obtient des prestations gratuites de la part d'infrastructures sportives¹. Elle, s'appuie sur son dynamisme et son engagement pour lui obtenir un CDI à 70% à l'hôpital et ainsi installer de manière durable la pratique d'APA au sein du programme qu'elle coordonne.

Faire preuve de bonne volonté à l'égard des administrateurs pour qu'ils maintiennent leur engagement ne se joue pas uniquement dans ce sens, où ce sont les soignants qui déploient une multiplicité d'initiatives pour démontrer qu'envers des résultats peu probants ils continuent d'être au travail. Le cas de l'unité C révèle que la négociation peut se faire également dans le sens descendant. Ici, ce n'est pas la médecin et son équipe qui sollicitent les dirigeants mais l'inverse. Face au manque de rentabilité d'un service qui n'arrive pas à remplir ses lits, ce sont les décideurs qui imposent l'ensemble de leurs conditions pour que le programme soit maintenu. Après une fermeture de six mois, au cours de laquelle l'UTET (Unité transversale d'éducation thérapeutique)² du CHU pratique un audit, la réouverture est corrélée à une réorganisation conséquente de l'unité :

- Le nombre de places dédiées à la patientèle obèse est divisé par deux (huit au lieu de seize), les autres lits sont redirigés vers des personnes âgées, en perte d'autonomie.
- Une semaine de transition est mise en place entre chaque programme (de cinq semaines) afin de proposer aux patients deux journées supplémentaires d'hospitalisation. Une, en amont, afin de mieux personnaliser le programme de chacun, l'autre, à distance de deux à quatre mois de la fin de prise en charge, afin de faire un bilan sur les effets du traitement.

¹ Mise en place de séances d'aquagym réservées à la patientèle et assurées en sus des prestations initialement négociées avec l'association « Sport pour tous », coanimation de marches nordiques avec les bénévoles engagés dans les associations de patients locales, usage à titre gracieux des rameurs du club d'aviron voisin.

² Dispositif mis en place dans le cadre de la loi HPST de juillet 2009 qui a pour vocation de coordonner les programmes d'éducation thérapeutique au sein d'une même structure hospitalière en s'appuyant sur des outils d'évaluation, des formations transversales et la mise en œuvre de ressources documentaires et méthodologiques.

- Les soignants ne sont plus exclusivement « obésologues » mais interviennent également sur le versant gérontologique de la structure.

Finalement, pour les professionnels de cette équipe, faire bonne figure auprès des dirigeants tient plus du compromis, de la division (du nombre de patients, du temps d'« obésologie »), dont les effets, sur la relation avec les dirigeants, varient selon les positions, les trajectoires et les représentations que chacun a du rôle d'« obésologue ». En tout cas, c'est ce que montre l'analyse des entretiens menés avec deux d'entre eux. D'un côté, l'infirmière, après avoir tout tenté, lors de la période de tractations, de préserver l'intégrité et l'intégralité du programme, finit par refuser en bloc cette manière de rentabiliser le service, elle négocie son départ en retraite. D'un autre côté, au nom du même attachement à l'« obésologie » et à la patientèle obèse (« *même si je pouvais pas continuer ici, je chercherais très certainement à travailler avec ce public-là* ») la médecin considère d'avantage les aspects positifs de cette nouvelle manière de faire, mettant en avant la pertinence des deux journées supplémentaires d'hospitalisation, comme un atout pour mieux rentabiliser et mieux réaliser son travail. La journée en amont permet de s'assurer de l'adhésion des patients et ainsi d'éviter le coût d'un désistement en cours de programme. La journée *a posteriori* est l'occasion d'évaluer les effets de la prise en charge et ainsi d'éventuellement réorienter les personnes en difficulté vers des traitements complémentaires :

Le programme de cinq semaines ... euh ... en fait, si le patient débute et que ça ne leur convient pas, on peut pas recruter quelqu'un du jour au lendemain ... Et donc ... et puis quand y'a l'absence d'un patient ben c'est quand-même une perte importante. Enfin voilà chaque place a ... donc c'est vraiment dommage quand ... Et c'est ce qu'il fait qu'il faut vraiment que les patients soient bien, qu'il y ait pas d'erreur sur la proposition du programme. Et c'est pour ça que ça nécessite une évaluation.

On les voit sur une journée, à distance, donc c'est entre deux et quatre mois après le programme. Voilà, pour faire un point sur : qu'est-ce qu'ils ont réussi à mettre en place, leurs difficultés. C'est une journée très importante où, avec un peu de recul, les patients reviennent sur ce qu'ils ont gardé, l'effet que ça a pu avoir dans la vie quotidienne. [...] On insiste sur l'importance d'un suivi diététique, qui peut se faire en ville ou alors ça peut-être via le programme sur trois ans, « obésité et hygiène de vie ». C'est assez fréquent. Les patients, s'ils n'en font pas déjà partie, intègrent le programme.

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Contrairement à l'infirmière de son équipe, Angélique ne considère pas ses nouvelles fonctions auprès d'une patientèle âgée comme une atteinte à son identité d'« obésologue », mais comme le moyen de préserver son autonomie lorsqu'elle exerce auprès de la patientèle obèse qu'elle affectionne particulièrement. Finalement, le découpage de son actuel mi-temps

en 40% sur le service C (30% en « obésologie », 10% en gériatrie) et 10% sur le service A, est une forme de loyauté calculée à l'hégémonie de la flexibilisation de la main d'œuvre soignante pour continuer, malgré tout, d'évoluer dans le champ de l' « obésologie » en général, et à la tête d'une équipe de « *professionnels non-médecins* », en particulier (« *ça, c'est vraiment quelque-chose que j'aime beaucoup !* »).

D'une manière générale, la double prescription, de guérir une maladie sans traitement et de benchmarker les prestations de soins auxquelles ils sont délégués, conduit les « obésologues » à s'engager dans une loyauté rationnelle, à l'égard des dirigeants, qui transforme l'idéalisation initiale du métier en une conception rentable de son exercice. Transformer certains des idéaux qui les ont conduits à convoiter le prestige de la blouse blanche n'est pas un abandon mais, au contraire, un moyen de s'inscrire dans une forme de « *dignité de la thérapeutique* » au sens d'Eliot Freidson¹. Ainsi les soignants paramédicaux du service B, exclus des RCP², et ainsi privés d'une pluridisciplinarité décisionnelle et collégiale, qui constitue une part de leurs convoitises lorsqu'ils intègrent le service, préfèrent y voir une manière d'être au cœur du métier, en se consacrant exclusivement à la relation avec les patients, tout en faisant preuve de responsabilité individuelle à l'égard de la rentabilisation du programme dont ils ont la charge :

Ils se voient à la RCP mais nous on n'est pas forcément sollicités. On a pas le temps d'y aller. Avant on y allait parce qu'on avait le temps mais là maintenant on n'a pas le temps et pis c'est au détriment de la présence auprès des patients. Si y'en a une qui est pas disponible, on peut plus faire d'entrées donc ça retarde le chiffre.

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Donc si on venait en RCP, on fait pas de groupe donc c'est pas ... ça serait bien mais c'est pas rentable donc !

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

En parallèle, les soignants qui considèrent que les auscultations individuelles constituent la condition *sine qua non* pour nouer l'alliance thérapeutique, indispensable à l'adhésion des patients à leur traitement, à tout espoir de guérison, se résignent à l'animation d'ateliers collectifs sans pour autant y croire mais plutôt pour rester en conformité avec le travail prescrit qu'impose l'éducation thérapeutique :

¹ Freidson E. (1984), *La profession médicale*, op. cit., p.77.

² Réunion de concertation pluridisciplinaire.

Purement, fonctionnellement c'est très en vogue, politiquement, dans les établissements parce que un professionnel de santé va pouvoir délivrer un message à plusieurs personnes en même temps donc ça perd moins de temps !

[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]]

A côté de ces paramédicaux, qui tentent de légitimer le privilège profane de partager, avec les médecins, seuls détenteurs du prestige médical¹, le même espace et le même objet de travail, les nutritionnistes, elles-mêmes, transforment leurs idéaux initiaux pour préserver la dignité de leur mandat auprès des décideurs. Salariées, il s'agit, là encore, de s'engager à rentabiliser les services, transformant la mise en scène du « bon médecin » en rationalisant leurs propres représentations de ce rôle. Malgré une conception identitaire commune d'un soignant qui, pour bien faire son métier, doit allier savoir-faire et savoir-être, ce qui implique de consacrer du temps à chaque patient, elles endossent la blouse de professionnelles efficaces qui écourtent au maximum les consultations :

Mes ateliers et entretiens individuels se passent tous le lundi matin. Sinon j'ai pas le temps. Après y'a les courriers, les questions administratives, les autres consults. Bref faut que ça rentre dans le temps. Sinon ça génère des heures sup et c'est pas trop accepté.

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Moi je veux pas faire des plages parce que sinon on va perdre des possibilités de voir des gens. Donc moi faut que je vois tout le monde en 20 minutes.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Entre ficelle du métier (lorsqu'il s'agit de traduire le travail effectué en compétences valorisables), et transactions (inter et intra personnelles) pour rendre acceptable l'écart entre identité attribuée et identité incorporée (lorsqu'il est question de rationaliser les manières d'être soignant), la rhétorique de la rentabilité traverse l'ensemble des discours sur le travail concret des « obésologues ». Tout se passe comme si leurs carrières au sein d'institutions hospitalières, soumises à une intensification des contraintes financières et managériales, représentent, paradoxalement, la possibilité de retourner le stigmate du « travailler à ne pas guérir ». Un peu comme si, déplacer le cœur du métier de soignant en éducation thérapeutique, de la ferveur induite par des interactions de proximité (avec leurs patients, leurs collègues) vers la rigueur d'actes administratifs et raisonnés, se constitue en ressource principale pour valoriser les positions. Autrement dit, un peu comme si assurer ces tâches, participer à l'effort collectif de

¹ **Arborio A.M. (1995)**, « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. », art. cité.

rationalisation néo-libérale de l'activité de soin, revient à faire valoir auprès de la communauté médicale, en général, de ses décideurs, en particulier, qu'ils prennent leur part de responsabilité. Le nombre de patients admis, le nombre d'actes de soins effectués, se substituent au nombre de kilos perdus, à celui de patients guéris, moins pour faire oublier l'absence de résultats médicaux que pour être un travailleur qui produit. Cette manière de transformer l'objet même de leur tâche ne signifie une adhésion pleine et entière, plutôt une résignation pour publiciser la conformité de leurs compétences à l'hégémonie de la responsabilité individuelle qui s'impose pour définir tant le civisme que le professionnalisme de chacun.

2.3 Du monopole de l'expertise au partage du discrédit, quelle place pour les associations de patients ?

« Je ne considère pas les associations exactement comme des partenaires. Je pense que c'est une offre tierce qui est dans la ville ! Qui doit pas être confondue avec le service, d'aucune manière. »
[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Aux côtés des « obésologues », des médecins « fournisseurs de patients », qu'ils soient généralistes ou spécialistes, et des dirigeants, les associations de patients constituent une autre catégorie d'acteurs qui s'organise afin d'accompagner les acteurs obèses dans la gestion de la maladie. Les nouvelles normes sociales qui érigent, à la fois, la participation des usagers en principe de fonctionnement du système de santé, et la reconnaissance des savoirs d'expérience¹ des patients en complément des savoirs d'expertise des soignants, désignent, dans le cas de nombreuses pathologies, les collectifs de malades comme les partenaires des professionnels de santé². L'obésité n'échappe pas à cette reconfiguration de l'espace médical. Localement, leur apparition est intimement liée à l'essor de la chirurgie bariatrique puisque la première association est créée à l'initiative de l'un des chirurgiens. Depuis, plusieurs collectifs se sont succédés sur le territoire pour laisser place, aujourd'hui, à deux groupements qui se partagent le secteur sur des critères géographiques puisque que leurs sièges sociaux sont situés dans la

¹ Rabeharisoa V. et Callon M. (2002), « L'engagement des associations de malades dans la recherche. », art. cité ; Lochard Yves (2007), « L'avènement des savoirs expérientiels. », *La Revue de l'Ires*, n°55, pp.79-95.

² Broqua C., Jauffrey-Roustide M. (2004), « Les collectifs d'usagers dans le champ du sida et de la toxicomanie. », *Médecine/Sciences*, n°20/4, pp. 475-479 ; Callon M., Rabeharisoa V. (1999), *Le pouvoir des malades. L'association française contre les myopathies et la recherche*, Paris, Presses de l'école des mines de Paris ; Huyard C. (2011), « Pourquoi s'associer ? Quatre motifs d'entrée dans un collectif dans les associations de maladies rares », *Revue française de sociologie*, n°52/4, pp. 719-745.

préfecture et une sous-préfecture du département, à 50 kilomètres l'une de l'autre. Dépourvus de la présence active de soignants au sein de leurs bureaux, ils n'en revendiquent pas moins une position d'alliés du corps médical dans l'accompagnement des personnes souffrant d'obésité. D'ailleurs, les professionnels de santé y sont régulièrement conviés pour y présenter, à tour de rôle, les spécificités du programme qu'ils défendent, ou les apports de chacune de leur discipline dans la prise en charge globale de l'obésité. Plus, encore, l'institution, qui héberge le service B, prête régulièrement l'une de ses salles de réunion à l'association la plus proche, afin qu'elle y organise certaines de ses soirées thématiques, pendant que Mathieu prodigue ses conseils aux bénévoles de l'autre association pour qu'ils assurent eux-mêmes des séances d'activité physique, ou co-anime des séances de formation auprès des étudiants en STAPS avec une délégation de patients-adhérents afin de les sensibiliser aux spécificités de la patientèle obèse.

Si le partenariat entre professionnels et bénévoles s'est transformé au fil du temps, allant d'une gouvernance du chirurgien sur le fait associatif local vers des relations de service entre les deux entités, il n'en demeure pas moins que chaque immersion des soignants au sein de ces instances les met potentiellement en position de devoir assumer des traitements dysfonctionnels en termes de résultats. Dès lors trois types d'attitudes se dégagent pour gérer ce risque.

La plus extrême consiste à refuser catégoriquement tout contact. Cela signifie décliner les diverses invitations mais également s'abstenir de signaler leur existence auprès des patients. Ce positionnement est justifié par une défiance à l'égard de ce type de collectifs, considéré comme un facteur aggravant de la pathologie. Soit parce qu'il n'est pas admissible que les patients détiennent des savoirs suffisamment pertinents pour qu'ils soient transmissibles de manière fiable à d'autres. Cette posture nie autant la possibilité des savoirs expérientiels de venir compléter les connaissances académiques, que toute compétence pédagogique à ces acteurs dont l'histoire pondérale est interprétée comme le symptôme de leurs multiples incompétences. Manières, en somme, de conserver le monopole de ce qui définit l'expertise « obésologique » dont ses soignants se revendiquent, tout en mettant en scène un mépris social à l'égard de ceux qui représentent un risque de souillure en cas d'interactions non policées par la blouse blanche :

Je vais dire une bande d'illuminés ... Toutes ces femmes qui ont été opérées n'ont plus, n'ont pas la capacité de mettre en garde les autres parce que c'est pas leur rôle mais elles entraînent des personnes dans ce processus alors que ce sera juste une catastrophe ! Moi je comprends pas ! Ce fanatisme-là il est délétère, il est tout ce qu'on veut.

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Et puis sur les forums, il se dit tout et n'importe quoi ! Souvent n'importe quoi, d'ailleurs. Quand les patients racontent ce qu'ils ont vu, c'est la cata ! Avoir l'expérience de l'obésité ça permet certainement de se comprendre ! Pas d'apprendre aux autres. La connaissance ne vient pas de là. Comme s'il suffisait d'avoir été obèse pour savoir quoi faire ! Ben non, sinon y'a belle lurette qu'y aurait plus d'obèse !

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

Soit parce que l'amoralité associée à la pathologie paraît comme le seul bien transférable entre patients : qu'ils pêchent par excès ou par roublardise, le contact entre acteurs obèses, sans l'intervention régulatrice d'un tiers, est alors perçu comme un terreau pour cultiver ces vices qui font l'obésité autant qu'ils empêchent sa guérison. Manières, ici, de pointer la pathologie pondérale comme un empêchement en soi de l'« obésologie », de déporter la responsabilité de l'absence d'effets du travail médical sur ceux qui sont l'objet de cette tâche :

Quand ils se font des sorties ensemble, je me dis : mon dieu, c'est pas possible ! Elles m'amènent tout ce qu'ils mangé dans le week-end et ... ah ben c'est vraiment le problème de chacun qu'ils mutualisent tous ! [...] Ça les met vraiment en grande difficulté.

[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]

Après, du coup, on peut avoir aussi cette sensation que finalement ... parce que on a eu des retours aussi comme ça, que ces associations de patients, elles discutent entre eux et pis elles discutent aussi des magouilles possibles !

[Mélanie, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]

Soit parce que les associations sont perçues comme une façon de rester entre soi qui, en évitant de se confronter aux autres, à leurs jugements, à leurs réactions, accentue une désocialisation perçue comme le pendant de l'obésité, qu'elle en soit la cause ou la conséquence. Comprise comme le produit d'une incapacité à gérer les normes sociales (que ce soit par excès d'hermétisme ou de porosité à celles-ci), une fois installée, la pathologie paraît agir à la manière d'une institution totale qui impose le stigmate corporel comme identité sociale. C'est à ce titre que les associations de patients obèses représentent un danger aux yeux de cette catégorie de soignants : le processus d'identification qu'elles favorisent est interprété comme un risque d'enfermement au sein d'un groupe de déviants, régulé par ses propres normes qui, à terme, empêche toute normalisation des interactions avec les autres. Manière, certes, de tenter de freiner l'auto-ségrégation à laquelle sont exposées les personnes obèses, mais aussi d'étiqueter les pratiques, prêtées à ces patients, comme amORAles tout en les qualifiant par leur seule obésité, leur niant ainsi toute autre ressource sociale ou disposition à agir :

Alors je trouve ça à double tranchant parce que ça peut être un refuge et offrir un recours défensif supplémentaire. C'est-à-dire : j'en ai déjà pour me défendre, j'ai aiguisé certains arguments face aux quolibets que j'ai pu subir à l'école, au collège, au lycée ou même après de certains collègues ou de certains médecins mais en plus j'ai un groupe refuge où on se fait du bien. L'objectif c'est quand-même de faire partie de la société. Alors c'est ma façon de m'inscrire dans ma discipline, hein ! Je travaille pour qu'il y ait ... j'ai une définition forte de l'individu qui est un individu libre et responsable mais qui doit être un individu bien debout dans cette responsabilité et cette liberté, et au sein du monde ! Du monde tel qu'il est. Pas d'un monde rêvé, pas d'un abri quelque-part, dans un ghetto ! Mais dans le monde tel qu'il est. Donc j'aurais plus tendance à penser avec eux la norme et ce qu'est la norme mais pas uniquement dans cet endroit-là, y'en a plein d'autres ! Qu'est-ce qu'on fait par rapport à cette norme qui nous est imposée, mais elle l'est à tous ! [rires] On est tous marginal un peu quelque-part ! Donc j'ai plus envie de travailler ces questions-là plutôt que de me dire : chic ! Tant mieux ils ont un groupe où ils pourront se retrouver, échanger des vêtements, échanger des idées, faire du sport ensemble et finalement vivre des parenthèses de vie où être à cet endroit-là pourra se vivre entre soi, entre ceux qui auront pu expérimenter l'obésité. [...] Parce que : quelle identité subsidiaire on est en train de construire incidemment ? C'est toujours ma question. On n'y reste pas pour rien. Y'a ceux qui s'y maintiennent et y'a ceux qui en sortent. Ceux qui ont besoin d'y rester, besoin de transmettre, besoin d'en faire une vocation, un métier de passeur, d'initiateur, ceux qui vont être une voix qui a besoin de rassurer, de sécuriser, probablement de s'identifier aussi ou besoin que les autres s'identifient !

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Quelles que soient les raisons qui motivent la défiance de ces « obésologues » à l'égard des associations de patients, cela revient à construire une frontière entre experts et profanes, normaux et stigmatisés, qui permet à ces soignants de dominer une situation définie par un travail qui ne guérit pas. Investis des ressources sociales que confèrent l'activité de soin, en général, et de la distinction morale par corps qui se joue au sein de l'espace singulier de l'« obésologie », s'engager dans le rôle d'entrepreneur de morale nécessite autant de pointer les incompétences des bénévoles à participer au traitement de la maladie, que de se protéger du risque de souillure qu'ils représentent, tant les tensions générées par l'absence d'effets du travail médical sont importantes. Tout se passe, en fait, comme si la subjectivation des acteurs obèses, dans le travail de soin, n'était possible qu'au sein de l'espace sanctuarisé des institutions hospitalières, redevenant, lorsqu'ils font groupe en dehors des murs, objets d'un traitement social qui érige l'obésité en identité aussi déficitaire que contagieuse.

Une autre attitude à l'égard des associations de patients, beaucoup plus exceptionnelle chez les soignants interviewés, consiste à investir intensément le secteur. Plus que d'y intervenir occasionnellement, il s'agit de s'engager aux côtés des patients pour qu'ils mènent à bien leur

travail d' « auxiliaires médicaux »¹. Sur le modèle de ce qui se joue au sein de l'institution hospitalière, où il est attendu que les patients participent à la division du travail pour gérer la chronicité de leur maladie, les professionnels considèrent que les bénévoles peuvent s'inscrire dans une délégation de l'activité thérapeutique. Cette représentation du rôle des associations n'exige pas que les soignants soient membres actifs ou adhérents. Leur seul statut d'expert justifie leurs interventions qui visent à orienter les pratiques associatives afin qu'elles soient conformes au traitement dont ils sont les garants. Manière de faire preuve d'ingérence qui si, elle est motivée (et perçue par les patients eux-mêmes) comme un engagement sans limite pour l'accompagnement des personnes obèses, érigé en véritable cause, assigne, inévitablement, les bénévoles au rang des profanes, autant qu'elle donne corps à l'expertise des « obésologues » :

Donc là aussi j'ai fait une petite intervention pour les former à faire de l'activité physique entre eux, simplement pour qu'ils sachent quels exercices faire, quelles répétitions, combien de répétitions ... euh ... la bonne position à avoir, tout ça.

[Mathieu, 26 ans, enseignant d'APA, obésologue depuis 3 ans]

Nul doute que la bienveillance est aux fondements de ce type d'engagement. Cependant, croiser les pratiques de ces soignants avec la construction rétrospective qu'ils font de leurs insertions au sein de ces collectifs révèle une manière inconsciente de dominer la situation. Ainsi Mathieu en tire une plus-value identitaire manifeste puisqu'il jouit d'une notoriété qui n'a d'égale que celle des chirurgiens, sans pour autant faire acte de magie puisque, dépourvu de bistouri, il ne sait pas plus faire maigrir que ses collègues d'éducation thérapeutique. Sa légitimité puise sa source dans cet engagement en dehors de ses heures de travail, mais aussi dans sa proximité physique avec des patients qu'il accompagne dans leurs mouvements, avec des bénévoles à qui il transmet les ficelles de son métier. Pour autant, tomber la blouse n'annihile pas toutes les frontières entre lui et eux. Non pas simplement parce qu'il demeure l'expert certifié au sein de ces assemblées de profanes, mais également parce que sa rhétorique à propos des pratiques des patients, en général, des associés, en particulier, et, singulièrement, de ses propres interactions avec les bénévoles, est ponctuée de « petits » : « *petites balades* », « *petits repas* », « *petite intervention* »... Manière, en somme, de préserver sa propre hauteur, tout en minimisant l'importance de sa mission auprès des associations, la reléguant au rang des loisirs, alors qu'il s'emploie, au contraire, à rendre visible la professionnalisation de l'activité physique auprès des autres professionnels qui interviennent à ses côtés dans la prise en charge

¹ Terminologie empruntée à Vololona Rabeharisoa et Michel Callon lorsqu'ils dressent une typologie des formes d'engagement des associations de malades dans la recherche. **Rabeharisoa V. et Callon M. (2002)**, « L'engagement des associations de malades dans la recherche. », art. cité.

hospitalière de l'obésité. Un peu comme si son titre lui était déjà acquis lorsqu'il interagit avec les profanes alors qu'il continue de faire ses preuves auprès des experts. L'observation des différentes soirées thématiques, animées par les différents « obésologues » montre, d'ailleurs, qu'il bénéficie d'un traitement particulier de la part des adhérents puisqu'il est le seul à ne jamais être interrogé sur les résultats de la prise en charge hospitalière (ni à propos de déceptions pondérales, ni à celui des effets secondaires de la chirurgie). Plus encore, que ce soit en sa présence ou non, les adhérents ne tarissent pas d'éloges à son sujet. Finalement, le rapport de force qui se joue entre patients associés (éprouvés par des relations d'auscultations vécues comme distantes, voire sentencieuses) et soignants dépossédés de l'ascendant que leur prête la blouse blanche, se transforme en une docilité volontaire des premiers à l'égard de celui qui produit une performance qui se distancie du rôle attendu des « obésologues ». Perçu comme ni jugeant, ni distant, les adhérents peuvent assumer leur ignorance face à lui et s'en remettent totalement à son expertise, laissant libre court à son entreprise de moralisation de l'activité physique adaptée à leurs besoins spécifiques de personnes qui tentent de guérir de leur obésité :

Ben moi je suis la référence, Mme sport ! Et ça me va bien. Je le vends ! Moi il m'a tellement apporté, il m'a tellement aidé que voilà ! J'applique tout ce qu'il dit pour moi, mais aussi pour les autres.

[Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an]

Moi, je pars du principe que c'est notre rôle de proposer du sport aux adhérents. Parce que bouger c'est indispensable mais faire du sport dans une salle quand t'es obèse ça peut être violent. Alors comme Gym sans complexe, avec le coach de l'hôpital, on propose du sport. Bientôt on va prendre un coach sportif mais jusque-là c'est moi qui fait le sport pour les femmes et un de nos adhérents qui coache les hommes. Mais bon ça s'invente pas de savoir montrer les bon mouvements alors il a gentiment bien voulu tout nous apprendre.

[Nadine, 35 ans, Assistante d'achats, opérée depuis 1 an]

Autant les associés, lorsqu'ils font équipe avec ce professionnel pour former les futurs enseignants d'APA, formalisent leur intimité avec l'obésité pour compléter son discours afin d'améliorer les solutions à mettre en œuvre pour adapter la pratique d'activités physiques. Autant, dans l'espace de l'entre-soi, ils semblent grés à transformer ce partenariat en position de simples auxiliaires, substituant la formalisation de leur expérience de la maladie par celle d'un suivisme de l'expertise professionnelle dans « la production et de la diffusion des savoirs et des pratiques »¹. Ainsi, dans les relations qui se tissent avec ce soignant, l'ingérence n'est le

¹ Rabeharisoa V. et Callon M. (2002), « L'engagement des associations de malades dans la recherche. », p.69, art. cité.

fruit que de l'analyse de l'observatrice, en aucun cas, celui des acteurs concernés qui y voient un transfert d'intérêts dont la plus-value est symétrique : en échange de sa notoriété, Mathieu partage son titre de *coach* (« *je suis la référence, Mme sport !* ») tout en rentabilisant des associations qui peuvent se passer, au moins temporairement¹, de prestations payantes.

Cependant, ce transfert entre professionnels et bénévoles n'est pas opérant lorsque Angélique, médecin au service C, tente de générer chez ses patients une dynamique associative. Convaincue des bienfaits de l'entraide mutuelle, entre acteurs qui tentent de soigner leur obésité, sur la pérennité de la compliance après les 5 semaines du programme qu'elle leur propose, elle et son équipe, ont motivé quelques-uns d'entre eux à créer leur propre groupe. C'est ainsi qu'une tierce association a vu le jour. A la fois dédiée à cette catégorie particulière de patients et pensée comme le prolongement profane d'une activité professionnelle éphémère, cette instance peine à susciter les vocations bénévoles autant que les adhésions. Après 3 ans d'une existence précaire, elle finit par être dissoute. La lecture de cet échec par Angélique montre à quel point la reconnaissance de l'expertise des patients demeure difficile puisqu'elle l'associe, avec culpabilité, à la seule absence de professionnels réellement actifs au sein de l'association :

Moi j'ai été assez déçue que l'association ne marche pas. On avait un petit peu participé au lancement, enfin on avait essayé de ... après c'est vrai qu'on n'avait pas mis un professionnel dedans, y'avait aucun professionnel qui participait à l'association. Je sais que ça se fait, ça aide sûrement. Mais après ça veut dire s'investir. C'est vrai que je pense que ça serait très bénéfique pour créer des liens entre les patients qui souvent, dans leurs remarques, c'est le fait qu'ils soient seuls, ça rend plus compliqué de mettre en place des bonnes habitudes. Alors que quand ils arrivent à créer des liens avec des personnes ben ils peuvent faire des marches, faire une activité physique, hein ! C'est ce qu'on voit dans Weight Watchers, où les personnes se rencontrent régulièrement ben ça a un impact majeur sur la mise en place de changements dans leur quotidien.

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Pour cette médecin, le partage des prérogatives entre soignants et patients assigne le fait associatif à la seule entraide, autant qu'il exige des premiers de s'investir auprès des seconds afin de pallier leurs lacunes (« *parce que finalement les personnes qui étaient prêtes à s'y investir avaient des difficultés pour organiser* »). Autant de manières, finalement, d'évincer toute reconnaissance d'une réelle expertise profane qui saurait compléter celle des experts,

¹ Le prêt d'une salle municipale, par la municipalité, équipée de vestiaires, pour la pratique sportive, est conditionné par l'affiliation à une fédération sportive qui, en retour, impose la prestation d'un entraîneur diplômé contre une indemnité annuelle. Au moment de l'enquête, l'association envisage cette perspective dont le coût, après un an de fonctionnement, serait de doubler les cotisations de ses adhérents.

imposant l'immixtion du corps médical (et paramédical) dans toutes les facettes de l'activité qui a pour objet de traiter l'obésité.

Dans les deux cas, que les bénévoles s'en remettent totalement aux savoirs de l'enseignant d'APA ou que la médecin considère qu'elle et son équipe sont passés à côté de leur rôle de garants, « travailler à ne pas guérir » nécessite moins de se justifier que de persévérer auprès de patients qui expérimentent, en s'associant, que participer au traitement de cette maladie est tout aussi exigeant qu'incertain. C'est de ce principe que ces deux professionnels semblent tirer une plus-value symbolique qui leur permet de trouver, malgré tout, leur compte mais aussi leur place au sein de l'univers associatif avec qui ils partagent une partie de leur patientèle. Pendant que le premier en tire la notoriété unanime décrite ci-dessus, la seconde explique qu'en échange du conseil qu'elle prodigue à certains patients de rejoindre l'une ou l'autre des deux associations locales, celles-ci deviennent, à l'occasion, « fournisseuses de patients » dans un contexte où son programme a des difficultés à recruter.

Une dernière catégorie d' « obésologues », la plus nombreuse, partage le territoire avec les associations sans crainte ni reconnaissance particulière. Leur existence ne représente ni un danger pour la prise en charge, ni le lieu d'une réelle réflexion autour de la maladie, elle suscite parfois de l'indifférence, souvent de la condescendance. Dans le premier cas, les soignantes expliquent, à peine au fait de leur actualité, ne jamais évoquer ce sujet spontanément avec leurs patients, ni ne jamais donner suite, par faute de temps, aux éventuelles invitations formulées pour animer une soirée thématique :

Q : Est-ce que vous connaissez des associations de patients ?

R : Alors ... euh ... ben on connaît ... euh ... de nom, plutôt ! Parce que quand elles passaient les patientes elles nous laissaient des petits flyers et puis ben ça arrivait que ... voilà, moi j'ai des patientes qui adhèrent dans ces associations, qui me parlent de la vie associative. Donc je connais qu'à travers ce biais-là.

Q : D'accord, vous conseillez pas à des patients ?

R : Alors si quelqu'un me demande, je lui dis que ça existe et puis je peux lui donner le nom des associations mais c'est tout. Honnêtement c'est pas le plus fréquent parce que y'a tous les affichages. Après, moi, en tant que professionnelle, je crois qu'on m'avait sollicité une fois, un soir, je pouvais pas et c'est vrai que je l'ai pas fait.

[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]

Dans le second cas, les professionnelles honorent avec plus ou moins de régularité, et de conviction, les différentes propositions de communication en considérant, pour certaines, que c'est l'occasion de reformuler les prescriptions dispensées à l'hôpital (« *ben moi j'ai toujours le même discours, de toutes façons : l'activité physique c'est important !* »), pour

d'autres, qu'il s'agit plus d'une formalité induite par leur mandat d' « obésologue ». A côté de l'organisation de ces soirées thématiques, le rôle principal que ces soignantes reconnaissent aux associations est de proposer à leur patientèle, majoritairement perçue comme démunie (tant du point de vue des capitaux culturels et économiques que du réseau de sociabilité) un soutien moral et social :

Q : Et les associations de patients, est-ce que vous intervenez ?

R : Alors des fois vite fait ou on fait une présentation de notre service, quoi.

Q : D'accord, y'a pas plus de relations que ça. Et est-ce que les patients, ici, vous en parlent ?

R : Oui.

Q : Et quel est votre regard sur les associations de patients ?

R : Euh ... y'a des bonnes choses, aussi à prendre. Y'a des choses qui sont mis en place pour que le patient se sente pas seul aussi. Ils organisent des marches, des choses comme ça, enfin des réunions pour discuter.

Q : Vous les considérez comme des partenaires ?

R : Ben oui parce qu'ils font partie du ... même si on n'a pas trop de liens avec eux ils font quand partie du parcours du patient. Le patient, pour certains, ils y vont donc ça fait quand même partie intégrante.

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

Ainsi les associations sont-elles envisagées, plus comme un palliatif à ce qui est considéré comme faisant défaut à un épanouissement nécessaire, que comme des partenaires qui pourraient formaliser un savoir qui saurait être utile à la guérison des patients ou compréhensible par les soignants pour qu'ils améliorent leurs pratiques. La qualité attribuée aux acteurs obèses est bien de savoir ce que veut dire de vivre avec la maladie, ou avec un système digestif transformé par la chirurgie. Le travail mis en œuvre, entre associés, se circonscrit à ce seul partage d'expérience commune.

En fait de division du travail, les associations sont assignées à la seule entraide mutuelle, avec pour support l'identification, et donc l'entre soi, où les adhérents pourront, protégés des jugements que produisent habituellement leur stigmata, continuer de mettre en œuvre, dans un mouvement collectif, le bon usage du corps prescrit par les « obésologues » : pratique d'activités physique, confection et partage de repas équilibrés, attention à l'image de soi, ... Cette frontière entre professionnels et amateurs, qui cohabitent à distance les uns des autres, se transforme en rapports de domination lorsque qu'il s'agit, pour les premiers, de justifier des effets des traitements qu'ils proposent. L'observation des soirées thématiques montre que, de leur côté, les adhérents se saisissent quasiment systématiquement du collectif pour unir leurs voix afin de convoquer les soignants à des mécontentements qu'ils se sentent souvent contraints de taire dans la relation d'auscultation. Ces tentatives de revendications, d'inversement du

rapport de domination entre experts et profane, avec le groupe comme support, restent balbutiantes et peinent à rééquilibrer l'asymétrie entre normaux et stigmatisés, entre entrepreneurs de morale et déviants. Si l'objectif de ces protestations n'est pas d'obtenir réparation, plus de confronter les « obésologues » à une réalité sociale et biologique dont ils sont perçus comme éloignés (« *il faut quand-même qu'ils sachent !* »), elles ne rencontrent que peu d'échos chez les soignants. Les griefs exposés par les acteurs obèses s'expriment principalement en termes du déséquilibre du rapport coût-bénéfice de la prise en charge, pendant que les soignants martèlent qu'effectivement le prix à payer pour guérir sa propre obésité ne peut être qu'onéreux au regard de la gravité de la situation. Ainsi lorsque les patients abordent la lourdeur de certains effets secondaires de la chirurgie (calvitie, lombalgie, asthénie¹, ...) les professionnels confirment l'existence de ces risques tout en rappelant aux plaignants qu'ils ont fait le choix d'être opérés en connaissance de cause et que le seul moyen de contenir ces symptômes est de faire preuve d'une compliance absolue. Les différentes déceptions pondérales sont, elles, traitées par la seule chronicité de la maladie (« *on ne guérit pas de l'obésité, ce sont des efforts pour la vie* »).

En complément de ces atteintes physiques, les associés tentent de sensibiliser les professionnels au fait que leurs capitaux sociaux et économiques peuvent également être altérés par un traitement parfois plus coûteux que bénéfique. Dans le premier cas, maigrir trop vite, reprendre du poids ou n'en perdre que très peu, implique des tensions identitaires marquées par une difficile acception de soi, des dissensions au sein du cercle familial, amical ou professionnel qui, soit renvoient une transformation trop radicale pour être acceptable, soit mettent en doute l'utilité de maintenir un tel engagement pour si peu de résultats. Ces questions sont l'occasion, pour les « obésologues », de rappeler que, là encore, les patients étaient prévenus : la transformation de soi est perturbante pour soi autant que pour son entourage. A l'instar du discours qui domine au sein des équipes de soignants, ils profitent de ces récits pour signifier que l'obésité ne se traite pas simplement au sein des institutions hospitalières mais qu'il s'agit bien d'un partage de tâches avec les patients eux-mêmes et avec leurs proches. Du travail domestique dépend le travail thérapeutique. Par conséquent, l'absence de soutien est un frein à l'efficacité de leur propres prescriptions (« *nous on vous donne des conseils, on est là pour vous guider mais c'est vous qui êtes acteurs de votre guérison et comme ce qu'on vous dit c'est de changer, c'est sûr que si vos proches font de la résistance, ça devient compliqué* ») . Manière, en somme, de partager d'emblée le discrédit d'un travail qui ne guérit pas, tout en valorisant

¹ État d'épuisement général chronique.

leurs propres attributs d' « obésologues » puisqu'en fait de découvrir la réalité sociale et biologique de la maladie, ils démontrent qu'ils sont parfaitement au courant de l'ensemble des difficultés auxquelles est confrontée leur patientèle, à force de « *on vous avait prévenus* ».

Dans le dernier cas, lorsque c'est le capital économique qui est en jeu, notamment parce que la Sécurité sociale ne prend en charge que partiellement le traitement (les suppléments prescrits en post-opératoire ne sont pas toutes remboursées ; les trois journées d'hospitalisation hebdomadaire prévues par le programme de cinq de semaines ne font pas l'objet d'arrêts de travail), les soignants relèguent ce type de contraintes en arrière-plan :

La chirurgie règle un certain nombre d'addictions. Il suffit de revoir vos postes de dépenses. Ce que vous ne dépensez plus en grignotages, passez-le en suppléments. En plus, là, vous investissez pour votre santé, c'est quand-même pas mal !

[Médecin anonyme¹]

C'est vrai que la sécu ne prend pas en charge le programme, il n'existe pas de forfait de ce type mais ce programme exige un réel engagement, il faut poser des R.T.T. ou des vacances.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Finalement, quelles que soient les critiques émises par les associés sur les effets des traitements, la réponse des professionnels les reconvoque toujours au nécessaire engagement qu'implique la normalisation des corps. Ainsi, les propos de cette psychiatre, lorsque les acteurs obèses expriment leurs doutes sur la pertinence de la durée du parcours préopératoire, sont assez emblématiques de l'attitude que ces « obésologues » adoptent lorsqu'ils interviennent au cours de ces soirées associatives :

Après une obésité de 15 / 20 ans, parfois de toute une vie, le parcours préopératoire peut bien durer 1 an.

[Psychiatre, du service D]

Tout se passe comme si la solution la plus rentable, pour gérer l'inconfort de traitements incertains, sans être protégés par leurs blouses blanches qui, habituellement, les tiennent à distance d'éventuelles prises de positions de patients assignés (et attachés) à faire preuve de bonne volonté, était d'endosser l'apparat symbolique d' « obésologues » qui maîtrisent la situation, par opposition aux associés obèses qui s'étonnent du coût de leur engagement. Non

¹ Ce médecin participait au suivi des patients opérés avant que le service B n'ouvre ses portes. Depuis, il intervient ponctuellement sur le recrutement des patients pour les services A et B. Ayant refusé de participer à l'enquête, aucune donnée sociodémographique n'est recensée.

seulement cette attitude leur permet de neutraliser d'emblée toute tentative de diatribe, mais également de publiciser la responsabilité partagée des patients quant aux effets contestables de la prise en charge puisque leurs plaintes prouvent qu'ils n'ont pas su tenir compte de leurs avertissements.

Que les professionnels se tiennent à l'écart des associations de patients, qu'ils y fassent preuve d'ingérence ou qu'ils y tissent des contacts aussi distanciés qu'utiles, moduler leurs relations avec les associés consiste à préserver leur monopole du titre d' « obésologue ». L'égalité entre experts et profanes n'est d'ailleurs pas plus décrétée par les seconds que les premiers. Si les uns ne sont pas enclins à remettre en cause le partage des tâches entre monde médical et patientèle, les autres semblent ne pas s'en sentir légitimes. Considérées comme dépourvues d'un savoir formalisé sur la maladie qui leur soit propre et qui pourrait montrer l'intérêt d'un réel partenariat entre professionnels et bénévoles, les associations de patients sont, au mieux, déléguées au seul soutien social, à condition que sa mise en scène soit conforme aux prescriptions thérapeutiques. En définitive, le seul espace où ces groupes ne sont plus simplement réduits à des organisations *ad hoc*, au sens où l'entend Pierre Bourdieu¹, c'est-à-dire où les adhérents ne sont plus maintenus dans leurs seuls statuts de simples consommateurs d'un service rendu par le corps médical, c'est lorsque la question du « travail à ne pas guérir » est discutée. Dans ce cas de figure précis, une majorité de soignants paraît plus disposée à associer les patients à leurs prérogatives. Leur expertise expérientielle n'est alors pas spécialement sollicitée pour comprendre ce qui empêche la thérapeutique d'agir mais plutôt pour partager le discrédit généré par une telle situation, puisque spécialistes et malades font l'expérience commune d'un traitement incertain qui perturbe l'identité professionnelle des premiers et l'identité sociale des seconds. En écho, le désintéressement apparent de ces deux catégories d'acteurs, lorsqu'ils donnent de leur temps pour nourrir le fait associatif, leur procure les profits symboliques classiquement associés au travail bénévole dont Maud Simonet² a montré qu'il incarne l'idéal de la réalisation de soi et de l'engagement auxquels sont incités travailleurs et citoyens.

Faire profession d' « obésologue » ne se joue pas dans les seuls espaces clos du traitement. Cela exige également de publiciser les effets du travail auprès des autres médecins

¹ Bourdieu P. (1979), *La Distinction. Critique sociale du jugement*, op. cit..

² Simonet M. (2010), *Le travail bénévole. Engagement citoyen ou travail gratuit ?* Paris, La Dispute.

qui participent au réseau de santé locale et, à ce titre, interviennent dans le parcours de soin des patients qui leur sont confiés ; auprès des dirigeants qui ont à charge, à leur échelle, de manager la rationalisation de l'établissement de santé qu'ils supervisent ; auprès des associations de patients qui, bon gré, mal gré, s'engagent à leurs côtés pour proposer aux personnes obèses un traitement complémentaire des effets de la maladie. Dès lors, on peut comprendre le poids des enjeux qu'induisent ces interactions lorsqu'il s'agit de justifier que le travail pour lequel ils sont mandatés ne produit pas les effets attendus par les uns et les autres.

Les relations avec les autres praticiens de santé engagent les « obésologues » dans la définition d'une culture professionnelle qui, en leur étant exclusive, les distingue de leurs pairs. Positionnés en second recours et désignés pour traiter une maladie dont la médecine se détourne tant elle représente un risque pour la figure-même de soignant, leurs carrières leur ont enseigné que les traitements actuels sont loin de garantir une perte de poids. Malgré tout dépendants de la donnée pondérale pour être identifiés comme les experts de la situation, ils déplacent, de manière clandestine, l'objet-même du travail thérapeutique qui leur revient.

Les relations avec les dirigeants engagent également les « obésologues » à être, quoi que les résultats médicaux en disent, des travailleurs qui travaillent. Ici, nul besoin de situations de coprésence entre dirigeants et salariés pour que les professionnels prennent leur part à l'effort de rationalisation de l'activité de soin. C'est précisément le risque de l'absence de résultat, au sein d'un dispositif où les injonctions à la performance sont diffusées de manière aussi implicite que constante, qui les conduit à se conformer à l'impératif financier en constituant la rigueur des actes administratifs en véritable ficelle du métier. Loyauté résignée à un système qui, s'il bouleverse l'identité de soignant, permet aux « obésologues », dans les transactions avec eux-mêmes et leur hiérarchie, de redonner de l'éclat à leurs blouses blanches ternies par l'objet et les effets du travail thérapeutique auquel ils sont délégués.

Enfin, les relations avec les associations de patients les engagent dans une verticalisation de la division du travail de normalisation, en même temps que dans une horizontalisation de la division du travail qui ne guérit pas. Dans le premier cas, partager le territoire revient, non pas à solliciter les associés pour qu'ils formalisent une expertise d'expérience mais à leur déléguer une mise en scène conviviale de leurs propres prescriptions. L'entraide mutuelle est ainsi perçue comme une manière aussi implicite qu'efficace de mettre en œuvre des « *technologies du corps* » au sens de Foucault, c'est-à-dire comme des ensembles de connaissances et de

pratiques qui disciplinent, conditionnent, reçoivent les corps »¹. Un moyen finalement de travailler à guérir à distance. Dans le second cas, la défiance de certains « obésologues » à l'égard de ces collectifs considérés comme un agrégat d'acteurs déficitaires les conduits à y voir un empêchement supplémentaire à l'exercice de leur propre art. Un moyen, ici, de redistribuer vers le bas les risques d'un travail qui ne guérit pas.

¹ **Laberge S. (2004)**, « Les rapports sociaux de sexe dans le domaine du sport : perspectives féministes marquantes des trois dernières décennies », *Recherches féministes*, n°17, p.19.

Conclusion du chapitre 5

Confrontés à des résultats peu probants, les « obésologues » développent une croyance commune : l'obésité est « obésogénique » à tous points de vue (métabolique, psychologique, social). Selon que leurs interlocuteurs soient objets du soin ou tiers de son organisation, s'ils adoptent différentes stratégies d'arrangement avec ce désenchantement d'une médecine qui ne parvient pas à guérir, ils s'inscrivent dans un processus d'homogénéisation des manières d'interagir avec ceux à qui ils doivent des comptes.

« Dominants dominés », maintenir le déséquilibre d'une relation thérapeutique qui délègue le « sale boulot » et la responsabilité des échecs aux patients, se construit comme la manière la plus sûre de valoriser le positionnement social des experts qui, de toutes façons, se justifie par les corpulences. Pendant que ces professionnels laissent les seules mesures biologiques gouverner leurs échanges avec leurs pairs, assurant ainsi leur position dans les parcours de soin, dans l'espace de l'entre-soi, ils leur substituent des données sociales. Cette stratégie a vocation de continuer de donner du sens à leur action : eux, prennent le problème à bras le corps et savent évaluer les effets de leur travail alors qu'ils peuvent demeurer imperceptibles ou insignifiants pour des professionnels profanes. Dans un contexte où la rhétorique de la rentabilité et de la responsabilité individuelle gouverne le travail hospitalier, à défaut de guérir, ils assimilent un ensemble de connaissances et de pratiques qui refaçonnent leurs manières de penser le métier. Déplacer, de manière subjective, l'objet-même du travail qui leur revient, et les critères de son évaluation, devient une ficelle du métier à part entière pour capter patientèle et ressources. Alors que l'obésité menace l'autorité médicale, les interactions avec les associations de patients varient de l'ingérence à la défiance. Manières de rester maîtres de la situation en scellant la profanité des patients, aussi engagés soient-ils dans la quête de solutions. Dans tous les cas, la solidarité d'un « nous », conscients que l'obésité ne se guérit pas, par opposition à eux (patients, partenaires médicaux et dirigeants) qui attendent des « obésologues » de remplir ce rôle, rend le travail moins pénible autant que la position acceptable.

Dans l'espace des négociations avec ceux à qui ils doivent rendre des comptes, « travailler à ne pas guérir », gérer le risque d'illégitimité engagé par l'écart entre travail prescrit et travail réel, suscite la prolongation d'un entre soi déjà élaboré pour tenir à distance les patients qui incarnent le danger de la situation. Mais cette appartenance est-elle suffisante pour faire

carrière ? Autrement dit se résignent-ils à la passer dans ce « *monde diminué* » où seuls les autres « obésologues » pourraient comprendre la réalité du travail qui leur revient ?



CHAPITRE 6 :

Entre contraintes et possibles :

stratégies d'ajustements des carrières.

Investir le champ de l'« obésologie » pour faire carrière relève d'emblée du défi : l'utilité collective de trouver une solution pour enrayer cette pathologie s'inscrit comme une opportunité de faire fructifier des aptitudes thérapeutiques peu valorisées. A la fois, les spécialités concernées sont reléguées aux rangs inférieurs de l'échelle de prestige qui structure la communauté médicale ; et les compétences liées à l'amaigrissement sont perçues comme transversales, autant que secondaires, dans l'activité de soin. Pour autant, la pleine reconnaissance de ce mandat spécifique exige justement qu'il prouve son utilité alors qu'aucun traitement ne peut encore garantir suffisamment d'efficacité pour être validé. Un défi, donc, puisqu'il s'agit de composer avec une maladie visible, au point que son diagnostic est une compétence universelle, des disciplines initiales dont la visibilité demeure précaire et des traitements discrédités. Alors que les « obésologues » s'emploient à « faire bonne figure » lorsqu'ils interagissent avec leurs créanciers (patients (associés ou non), professionnels de santé, dirigeants) en donnant une dimension distinctive à l'« obésologie » dont ils seraient les seuls à maîtriser les codes et les valeurs, que font ses arrangements aux trajectoires professionnelles des praticiens ?

Dans un monde où division du travail et corporatisme se font écho pour établir la légitimité des professions paramédicales sur le marché sanitaire, que fait l'*in situ* du travail concret aux collectifs d'appartenance professionnelle lorsqu'il est empreint de tels écarts entre attendus et résultats ? Rentrer dans le détail des interactions où se jouent le partage du travail entre professionnels délégués à une même tâche, au nom de titres distinctifs, donne l'occasion de mieux cerner comment se négocie chaque poste¹. Comment les diététiciennes, les psychologues et les infirmières s'y prennent-elles pour allier désenchantement, sentiment d'impuissance et identification au groupe professionnel ? Comment la mise à mal du traitement de l'obésité affecte-t-elle l'unité de corps de chacun de ces segments ?

¹ Boltanski L. et Bourdieu P. (1975), « Le titre et le poste : rapports entre le système de production et le système de reproduction », art. cité.

Après avoir observé les effets concrets des contraintes du travail « obésologique » sur les identités professionnelles, c'est aux manières de refaçonner les perspectives de carrières que ce chapitre s'intéresse. S'identifier au groupe des « obésologues » est-il suffisant pour faire carrière ? Comment s'invitent les autres socialisations dans les trajectoires morales de ces soignants ? En s'intéressant concrètement aux continuités et discontinuités des aspirations professionnelles, le cas des « obésologues » contribue aux travaux qui se questionnent sur ce qui fait tenir les engagements dans le métier.

I – Partage d'expertises et recompositions des identités corporatistes.

Certaines spécialités paramédicales, qui font la pluridisciplinarité de l'« obésologie », se partagent au sein même des équipes. C'est le cas pour les diététiciennes, les psychologues et les infirmières. Trois professions paramédicales qui ne sont pas positionnées dans les catégories supérieures de la hiérarchie sanitaire. Les infirmiers, si après d'âpres batailles, font désormais partie des professions établies, restent les subalternes directs des médecins. Les psychologues et diététiciens, malgré leurs efforts de professionnalisation, ne sont pas reconnus, *stricto sensu*, en qualité de corporations. Les premiers, malgré l'existence d'un code déontologique qui leur permet de contrôler les conditions d'accès et d'usage du titre, restent en quête d'« *une visibilité, d'une cohérence et d'une représentativité sociale* »¹. Les seconds peinent à s'imposer dans la définition du contenu de leur formation et dans la juridiction de leur licence². Dans le champ plus restreint de l'« obésologie », la diététique est la discipline, spécialiste de l'alimentation, qui s'adresse aux acteurs en surpoids depuis que la dénutrition a fait place à la surcharge pondérale dans les préoccupations hygiénistes, bien avant que l'obésité soit qualifiée de maladie. Les sciences infirmières, de par leur place prépondérante au sein de l'hôpital, sont, de fait, amenées à prendre en charge cette pathologie à partir du moment où elle fait son entrée dans des structures hospitalières, notamment avec la mise en place de cures. La psychologie est la dernière de ces trois spécialités à prendre place dans le traitement de la maladie, en parallèle du développement des programmes d'éducation

¹ Source : site de la FFPP (<http://www.psychologues-psychologie.net/>)

² Si l'AFDN (Association française des diététiciens nutritionnistes) a obtenu, en 2007, un cadre juridique pour définir le métier, ses conditions d'exercice et l'inscription de ses praticiens au fichier ADELI, elle continue de militer pour obtenir l'harmonisation d'un enseignement aujourd'hui divisé en deux cursus (DUT et BTS) ainsi que son insertion dans l'espace universitaire et donc l'appui d'une recherche pluridisciplinaire spécifique. Source : site de l'AFDN (<http://www.afdn.org/>)

thérapeutique. Ceci se vérifie au sein du service A puisque sa médecin coordinatrice précise que les derniers arrivés au sein de son unité sont les psychologues.

Derrière cette généralité, se cachent deux façons différentes de partager chacune de ces trois spécialités. D'un côté, un écart de positionnement dans la hiérarchie décisionnelle puisque les propositions faites par les soignantes du service B sont soumises à validation par leurs homologues du service D. D'un autre côté, une interchangeabilité des mandataires qui limite le pouvoir des praticiennes du service A d'incarner la discipline qu'elles représentent puisque leur présence aux différentes instances du programme est soumise à la concordance entre leurs emplois du temps et les besoins du service. Dès lors que ces professionnelles partagent toutes, autant la revendication d'une culture corporatiste, l'attachement à leur discipline, que le même vécu d'une « obésologie » inspirante puis décevante pour rendre leur métier valorisant, à quel point ces deux formes de division du travail interviennent dans les manières gérer ces incertitudes ? Que font ces situations, d'être à la fois considérées comme tenantes d'une discipline pilier du traitement de l'obésité tout en étant privées de l'exclusivité d'une expertise propre, à leurs identités professionnelles lorsque, finalement c'est sur l'ensemble des « obésologues » que risque de se porter l'opprobre de l'inefficacité thérapeutique ?

1.1 L'expérience : une compétence naturalisée.

« Les pratiques ont énormément changé en 10-15 ans. Moi j'ai changé, j'ai compris. Je sais que prodiguer la bonne parole comme quand je suis sortie de l'école, ce n'est pas tenir compte de la réalité des gens. [...] Moi ce que je constate c'est que j'ai encore des collègues qui pratiquent encore comme moi j'ai pratiqué. »

[Julie, 35 ans, diététicienne,
obésologue depuis 11 ans]

La sociologie des professions a déjà montré que l'avènement de la compétence dans les espaces de travail, comme intelligence pratique s'appuyant sur des connaissances et un empirisme¹, a conduit à rationaliser le traitement de l'expérience sur un modèle unique dont les enjeux sont aussi bien sociaux qu'économiques, mais aussi de pouvoir. Les conséquences sont une hiérarchisation des individus, au sein d'un même groupe professionnel, qui opère en violence symbolique puisque toutes les expériences ne sont pas valorisées de la même manière

¹ **Zarifian P. (2009)**, *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris, Presses universitaires de France.

et que seule l'aptitude à la formalisation légitime l'accès aux positions supérieures¹. Les matériaux d'enquête (notamment les entretiens ethnographiques pour relever comment chacune formalise son expérience mais aussi signale celle des autres, qu'ils soient co-mandataires de la même discipline ou non ; mais également l'observation des interactions entre professionnels pour décortiquer, à la fois, comment l'expérience est mise en scène par chacun et comment ce jeu est reçu par les autres) révèlent que si ces enjeux sont bien incorporés par les soignantes, les usages de l'expérience, comme qualification des compétences individuelles, sont soumis à des variations qui dépassent le seul cadre des pratiques mêmes de travail.

L'expérience en éducation thérapeutique ou celle auprès de la patientèle obèse sont des atouts certains. La première, gage d'une maîtrise des outils pédagogiques et de la relation thérapeutique dont la qualité conditionne les effets du traitement. La seconde suppose une connaissance aiguisée de patients dont la corpulence serait le symptôme d'un *ethos* singulier, qui serait propre aux acteurs obèses, défini par un écart incompréhensible entre une image idéalisée des normes esthétiques de minceur (« *ils formalisent souvent sous forme de chiffres, perdre 30 kilos [...] retrouver mon poids de quand j'avais 20 ans ou retrouver le poids d'avant mes grossesses* ») et des comportements corporels qui s'éloignent des normes d'hygiène de vie indispensables à la mise en forme des corps (« *qui ont pas d'allant, non plus, pour modifier leur hygiène de vie.* »). Plus les soignantes cumulent ces deux types d'expériences, pensées comme interdépendantes l'une de l'autre, et qui se formalisent par un *curriculum vitae* qui fait preuve de longévité dans ce type de prise en charge, plus elles sont promptes à une auto-évaluation positive de leur rôle d'« obésologue », mais surtout plus elles gagnent en notoriété auprès de leurs collègues. Ceci est d'autant plus vrai que toutes s'accordent pour admettre que l'accompagnement des patients obèses est une mission particulièrement difficile, au regard du faible taux de réussite (aussi bien en terme pondéral que comportemental) et des complications psychologiques qui complètent le tableau symptomatique de la maladie :

De travailler avec les obèses, je trouve qu'y a énormément de comportements qui se ressemblent donc ça peut être agaçant à un moment donné. [...] Surtout, là, au bout de 5 ans, je pense qu'on s'essouffle un peu.

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Parce que l'épuisement est un spectre qui les guettent, être capable de persévérer, de continuer d'accumuler de l'expérience, pour tenter de comprendre les tenants et les aboutissants de cette pathologie, et d'innover, pour espérer trouver des outils opérants, assoit la notoriété des

¹ Demailly, L. (2001), « La rationalisation du traitement social de l'expérience professionnelle. », art. cité.

plus anciennes. C'est ainsi que les professionnelles qui ont consacré la majeure partie de leur carrière au traitement de l'obésité, ayant évolué dans leurs pratiques au gré des transformations du regard médical sur la maladie et ses porteurs, et qui continuent d'afficher une motivation, un intérêt pour l'« obésologie », font fructifier leurs capitaux pour se hisser au sommet de la hiérarchie réputationnelle interne. Ainsi aux côtés de la médecin du service A, Irène et Mélanie (respectivement infirmière et diététicienne, les plus anciennes de l'unité) jouissent d'une réelle reconnaissance, par leurs collègues paramédicaux, tant de leur expertise que de leur capacité à maintenir leur engagement auprès « *d'un public particulier, en termes de motivations* ». Contrairement à Emma, cette légitimation interne ne s'exprime pas en termes d'éloges particulières, qui valorisent son titre et ses moyens de tenir le rôle pour faire progresser la prise la charge. Cette reconnaissance est plus discrète, au détour de discours qui font apparaître qu'Irène et Mélanie font figures de référence, de piliers du service. D'un côté, Irène a traversé toutes les époques, depuis les cures jusqu'au programme actuel de trois ans où les patients sont devenus acteurs de leur transformation. D'un autre côté, Mélanie a initié sa carrière lorsque les prescriptions de la diététique étaient tout autant génériques que fondées sur une morale hygiéniste (« *détentrice de la bonne parole* ») pour se consacrer, aujourd'hui, à l'éducation thérapeutique, comme une occasion de construire un programme individualisé, adapté aux besoins de chaque patient (« *pas de donner des directives à appliquer* »). Autant de preuves de leur bonne volonté puisque, non seulement, elles persistent dans une prise en charge incertaine, mais les étapes de leurs carrières, ponctuées de formations formelles et d'apprentissages informels, sont en parfaite adéquation avec la figure idéale de l'acteur proactif qui domine le système des classifications individuelles¹. C'est ainsi que lors des entretiens, comme lors des interactions observées entre les soignants de l'équipe, ces deux professionnelles sont systématiquement citées comme références de l'« obésologie » interne (comme science et comme pratique).

L'infirmière, par l'ensemble de ses collègues paramédicaux, pour :

- sa vision globale de l'organisation du soin tant sur la journée d'hospitalisation que sur la durée intégrale du programme,
- sa maîtrise du mode de fonctionnement de l'institution hospitalière,

¹ Référence aux contributions croisées qui traitent de la transformation du projet social de droit à la formation permanente en obligation sociale qui responsabilise les individus dans leur insertion ou leur maintien sur le marché du travail. (2017), « La formation continue, entre droit personnel et injonction sociale. », *Sociologies pratiques*, n°35.

- sa connaissance des problèmes liés à la surcharge pondérale mais aussi au projet de transformation de soi,
- sa capacité à faire coïncider les exigences d'un *planning* resserré avec le *care* nécessaire pour accompagner les patients dans leur projet (souvent tenu en échec d'un point de vue pondéral, ce qui accroît la visibilité de l'empathie nécessaire au travail concret),
- son savoir-faire en termes de soins techniques et d'usages des multiples instruments de mesures¹ (du calibrage et nettoyage à l'édition de résultats).

Autant d'éléments qui concrétisent et valorisent son positionnement en qualité d'exégète bilatérale puisque le recueil de données qu'elle effectue auprès des acteurs obèses permet à la fois d'établir une anamnèse, indispensable à une prise en charge adaptée, mais aussi d'évaluer les effets du traitement ; en même temps que c'est à elle que revient le soin de transmettre à chaque patient, et de lui faire accepter, les décisions thérapeutiques prises lors des journées d'évaluation.

La diététicienne, elle, fait surtout figure de référence auprès de ses homologues qui voient dans son engagement, une source d'inspiration, qui leur permet de revaloriser une formation initiale qu'elles perçoivent comme peu adaptée aux besoins spécifiques de la patientèle obèse. C'est au contact de ces acteurs hors normes qu'elle a construit son expertise clinique qui ne peut se contenter des seuls conseils diététiques mais doit prendre en compte une multiplicité de facteurs sociaux et psychologiques afin d'espérer trouver écho chez chaque patient. Ainsi sa façon de mener les entretiens individuels (être plus dans l'écoute active que dans la prescription de normes), le temps qu'elle consacre à l'analyse de la situation socio-économique de chacun pour adapter son discours (notamment le calcul du budget disponible pour l'alimentation), la multiplicité de ses participations aux journées de diagnostic et de bilan d'ETP et sa contribution active au CLAN² sont souvent cités en exemple par ses collègues diététiciennes. Collaborer avec elle fait fonction de formation continue :

On partage le même bureau. En fait je m'imprègne de ce qu'elle dit pour savoir comment elle pratique.

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

¹ Bodpot (appareil qui distingue masses grasses et non grasses par densitométrie), électrocardiogramme, Dynamap (tensiomètre), balance impédancemètre (afin de distinguer masse musculaire et adipeuse), débitmètre (afin de mesurer la calorimétrie), ...

² Comité de liaison alimentation nutrition.

Cependant, l'expérience spécialisée dans l'éducation thérapeutique des patients obèses, pensée comme un perfectionnement progressif, n'annule pas la hiérarchie interne des professions : les IDE restent à la fois subalternes et généralistes ; les diététiciennes souffrent d'un mandat pensé comme trop simpliste voire désuet pour pouvoir répondre au problème complexe de l'obésité. En même temps qu'Irène, cette infirmière expérimentée, jouit d'une notoriété certaine dans les discours, personne (pas même elle) ne remet en cause sa mise à l'écart des décisions collectives ni l'évidence de sa désignation pour l'accomplissement du « sale boulot ». Personne (sauf elle) ne perçoit non plus, la restructuration du travail hospitalier comme une surcharge de travail qui risque de mettre à mal son identité professionnelle. Un peu comme si tous ces éléments étaient, en soi et pour soi, la définition même du mandat infirmier, à l'instar de ce qu'a déjà démontré Everett Hughes : « *le travail des infirmières comprend tout ce qui doit être fait dans un hôpital, mais qui n'est pas fait par d'autres catégories de personnes.* »¹ Quant à la renommée Magalie, elle se cantonne auprès de ses seules homologues. Les autres soignants ne personnifient pas le rôle. Il s'agit de « la ou des diététiciennes ». Un peu comme si le titre effaçait les individualités. Dans les deux cas, c'est bien à condition qu'elles restent à leur place de professionnelles expérimentées comparativement à leur groupe d'appartenance, que leur perfectionnement représente une plus-value, plus ou moins visible, en termes d'expertise, de reconnaissance interne.

Un autre facteur s'impose pour distinguer les soignants selon leur dotation expérientielle. Loin de se fonder sur une hyperspécialisation dans la prise en charge médico-éducative de l'obésité, la notoriété interne rétribue au contraire, et de manière unanime, la psychologue qui fait figure d'allogène. Laure jouit, en effet, d'une légitimité sans égale au sein de son équipe, malgré son double statut de dernière arrivée et de novice en « obésologie ». Ce qui lui permet de se hisser au sommet de la hiérarchie réputationnelle interne est l'atypie de son parcours. Ingénieure commerciale, chercheuse à l'INSERM en psychologie clinique sur l'infertilité, temporairement chasseuse de têtes puis désormais psychologue du programme d'ETP ; cette multiplicité d'expériences professionnelles est d'emblée mobilisée par ses collègues pour saluer la richesse de sa récente contribution au traitement de l'obésité. D'ailleurs, même la médecin de l'unité ne tarit pas d'éloges en ces termes lorsqu'elle évoque l'intégration récente de cette psychothérapeute à son équipe. Croiser ces discours spontanés

¹ Acker F. (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. », art. cité, p.161.

avec les représentations qu'a cette soignante de sa propre mission au sein du programme¹, confirme l'édification de la mobilité, de la flexibilité et de l'autonomie² comme la somme des qualités requises pour définir le professionnel idéal. Croiser ces mêmes discours avec les représentations qu'ont les uns et les autres des différents titres, révèle également que derrière la diversité des expériences professionnelles, comme gage de la valeur individuelle, c'est bien la double hégémonie du diplôme et du mérite qui dicte les critères de ce classement interne des paramédicaux. Non seulement elle est la seule à être titulaire d'un doctorat mais elle a pris le risque de reprendre un *cursus* universitaire alors qu'elle était installée dans un métier rémunérateur et mère de famille.

Au total, au sein de ce service, où les disciplines paramédicales se partagent entre plusieurs mandataires, se distinguer de ses pairs est d'emblée conditionné par la hiérarchie qui classe les groupes professionnels au sein de l'espace médical. À un grade inférieur du point de vue de l'autorité, ou en périphérie de l'activité médicale, l'« obésologie », comme perfectionnement longitudinal, permet à Irène ou Magalie de se singulariser tout en restant marquées par les stigmates qui caractérisent leur groupe professionnel. Un peu comme si la spécialisation était une manière de donner une plus-value circonscrite au territoire accordé à la participation de leur discipline à l'art thérapeutique. Se spécialiser dans cette voie ne peut prétendre à aucune forme de certification, transposable dans un autre champ, ni à aucune gratification financière qui accélérerait l'évolution dans la grille de salaires appliquée aux personnels de la fonction publique hospitalière. L'expérience auprès de la patientèle obèse, qui permet de perfectionner le travail infirmier ou diététique, ne légitime pas d'aspirations à évoluer professionnellement. Ces deux soignantes l'ont incorporé, c'est alors le gain de notoriété interne qui donne de la valeur à leur engagement. Le bénéfice pour l'institution hospitalière est conforme à ce que montre, notamment, Catherine Paradeise³ : elle se garantit un capital en main-d'œuvre expérimentée, non certifiée⁴, rentabilisé par sa fidélité⁵. D'un autre côté, parce que diplôme et proactivité sont en position de supériorité par rapport aux compétences,

¹ Justement parce que son *ethos* professionnel n'est pas façonné par la seule « obésologie », Laure argumente sa mission comme un devoir de contrôle du travail « obésologique » *en faisant prendre conscience aux patients, comme aux soignants, que « la prise en charge pluridisciplinaire au sein d'un service de nutrition formate le discours »* autour de la mesure des corps comme preuve de la transformation de soi.

² Maillard F. (2015), *La fabrique des diplômés*, Paris, Le bord de l'eau.

³ Paradeise C. (1984), « La marine marchande française : un marché du travail fermé ? », *Revue française de sociologie*, n°25/3, pp.352-375.

⁴ Après plusieurs tentatives les deux soignantes ont fini par abandonné tout espoir de bénéficier de formations professionnelles qui viendraient valoriser leurs compétences expérientielles.

⁵ Irène et Mélanie sont là depuis que l'obésité s'est vue dédiée une prise en charge spécifique.

tributaires de la nature même de chaque activité professionnelle, l'« obésologie » garantit à Laure, docteure en psychologie qui n'hésite pas à bifurquer de discipline ou de mode d'exercice, un mandat tacite pour contrôler le travail pluridisciplinaire sans même que la médecin coordinatrice ne se sente dépossédée ou que les autres paramédicaux n'y voient une prise illégitime de pouvoir.

1.2 La probité : un outil de légitimation.

« Les RCP c'est les professionnels libéraux qui la font et nous, ici, on est payé par une structure et y faut qu'on soit présent sur la structure ! Donc si on venait en RCP, on fait pas de groupe donc c'est pas ... ça serait bien mais c'est pas rentable, donc ! »

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

L'organisation du travail au sein de l'institution qui accueille le service B participe, de fait, à un écart de visibilité entre la diététicienne, la psychologue et l'infirmière qui participent à l'éducation thérapeutique qui prépare à la chirurgie et leurs homologues qui prennent part à la validation des dossiers lors des RCP¹. D'un côté, donc, des soignantes qui sont à la base de la prise en charge, en qualité de techniciennes du traitement médico-éducatif ; et de l'autre, celles qui ont un suffrage à la décision, sanctionnent le travail fourni. Le tout dans un contexte où la médecin, qui coordonne l'activité des premières, se réserve le droit de formaliser les résultats, aussi bien pour motiver auprès des secondes les avis émis à propos de chaque candidature, que pour restituer à son équipe les verdicts finaux. Violence symbolique qui, dans un espace où la chirurgie est au cœur de l'activité, se double d'un écart de proximité avec ceux qui en maîtrisent l'art, éloignant les soignantes de l'équipe B du faisceau de prestige qu'ils diffusent².

Cette segmentation, qui produit une hiérarchisation interne de ces trois groupes professionnels qui interviennent dans le traitement chirurgical de l'obésité, engendre un véritable travail de légitimation pour celles qui expérimentent un mandat moins visible alors qu'elles partagent la même licence que leurs consœurs. Sur le modèle de la « bonne volonté culturelle », faire preuve de probité devient la transaction la plus rentable pour gérer les écarts

¹ Réunion de concertation pluridisciplinaire.

² Sur le site internet de l'institution, le nom de la diététicienne, de la psychologue et de l'infirmière du service D figurent aux côtés de ceux des chirurgiens alors que le rôle de l'équipe médico-éducatif est résumé en ces termes : « Vous participerez également à plusieurs séances d'évaluation et ateliers d'éducation thérapeutique. »

entre identités attribuées (par l'assignation à des tâches subsidiaires) et identités incorporées (par l'affiliation aux valeurs du métier). Il ne s'agit alors ni d'adhérer sans réserve à un système qui surclasse leurs homologues, ni de s'engager dans une résistance à cette hiérarchisation interne, mais de s'appliquer aux tâches qui leurs reviennent avec discipline et sérieux. Cette volonté se décline à plusieurs niveaux de leurs pratiques et discours.

Invitées à coopérer avec leurs collègues du service D, elles renseignent les dossiers des patients avec le plus grand soin. A la fois, elles respectent les protocoles informatiques prévus à cet effet, manière silencieuse, mais traçable d'acter leur goût pour le travail bien fait ; et instaurent, entre elles, des échanges non prévus par l'organisation interne, dans l'objectif de parfaire leurs connaissances de la maladie et des patients, leurs diagnostics ainsi que leurs prescriptions :

Y'a les réunions pluridisciplinaires mais on échange principalement entre deux couloirs, donc entre deux ateliers. Quand les patients y changent de salle, y partent d'ici, ils vont en cuisine, par exemple, je croise Vinciane : oh, est-ce que, j'ai une petite question sur un dossier ! On s'enferme dans le bureau, on échange nos points de vue, ça nous permet de mieux adapter nos discours avec les patients mais aussi d'apprendre l'une de l'autre.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Si elles expliquent que ne pas participer aux RCP est source de frustrations, notamment lorsqu'après avoir supplanté les réserves qu'elles avaient émises quant aux bénéfices d'une intervention chirurgicale, l'acte opératoire se révèle effectivement inopérant pour un patient qui revient, plus tard, en situation d'échec (reprise de poids ou état dépressif) ; elles n'optent pas pour une attitude moralisatrice ou vindicative à l'égard d'un système et de ses acteurs qui n'ont pas tenu compte de leurs arguments. Au contraire, elles y voient l'occasion d'une mise en scène, discrète, de la plus-value de leur expertise dans un tel dispositif. Reprenant l'accompagnement là où elles l'avaient laissé, elles rendent alors leur travail indispensable auprès des patients concernés. Soit pour que l'éducation thérapeutique transforme l'essai chirurgical, soit pour motiver auprès de l'équipe du service D un second recours à la voie opératoire, cette fois-ci dans ce qu'elles considèrent comme conforme aux règles de l'art.

Que ce soit en amont ou en aval de la chirurgie, tout l'enjeu est de démontrer aux chirurgiens comme à leurs homologues, mais aussi aux patients et à elles-mêmes, que le faisceau de tâches qui leur revient, s'il est défini par l'activité chirurgicale, n'en est pas pour autant secondaire. Manière de rendre acceptable leur situation paradoxale puisque passer par

leurs ateliers est indispensable pour accéder à la chirurgie alors que leurs observations n'ont que peu d'incidence sur la décision d'opérer.

Inscrites au sein d'une institution soumise aux lois de la rationalité économique, ne pas participer aux RCP est également présenté comme une façon d'être loyales à la culture dominante, en participant de manière active à la rentabilité du service, en faisant fructifier leur temps de travail par la production effective du service vendu : proposer entre six et sept ateliers par jour afin de gérer efficacement la file active de patients qui, par ailleurs, est l'outil de mesure de l'activité et donc d'allocations de ressources :

Ils se voient à la RCP mais nous on n'est pas forcément sollicitées. On a pas le temps d'y aller. Avant on y allait parce qu'on avait le temps mais là maintenant on n'a pas le temps et pis c'est au détriment de la présence auprès des patients. Si y'en a une qu'est pas disponible, on peut plus faire d'entrées donc ça retarde le chiffre.

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

Se concentrer consciencieusement et exclusivement sur l'animation des ateliers, sur le faisceau de tâches qui leur est délégué au détriment de tout pouvoir décisionnel, révèle l'incorporation d'un *ethos* professionnel qui exige une responsabilisation individuelle quant à la contribution active à la performance économique de l'institution. Elles-mêmes garantes de l'outil de production qui sécurise leur emploi, leur quête de légitimité professionnelle se traduit également par un véritable travail de distinction à l'égard de leurs homologues du service D. C'est alors leur statut de salariées qui fait preuve de leur probité au rôle d'obésologue puisque, contrairement aux paramédicaux (et chirurgiens) libéraux du pôle chirurgical, leur participation au traitement est pécuniairement désintéressée (« *c'est pas un salaire mirobolant* ») :

Eux c'est des libéraux et nous, on est pris en charge dans la structure donc c'est vrai, que nous, le nombre de patients qui se fait opérer c'est pas du tout, ça change pas notre salaire. Et puis nous on voit vraiment le ... je pense la vision pas médicale mais pluridisciplinaire, on voit les patients dans leur globalité. Et pour moi, ben une prise en charge d'une maladie chronique, en plus c'est une pathologie plurifactorielle, l'obésité, donc c'est vraiment une vision globale. Quand ils viennent, ils viennent pas que pour la diet, ils viennent pas que pour l'activité physique, pas que pour la psy, ils viennent vraiment pour tout. Et parce, moi je suis convaincue que c'est vraiment l'équilibre de vie sur ces trois piliers qui va leur permettre de maintenir, sur le long terme, les bénéfices de la chirurgie.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Façons d'acter, dans leurs pratiques comme dans leurs discours, ce qu'elles ont assimilé comme la figure du soignant idéal, dévoué à sa patientèle. Et ce, même si leur carrière dans le

champ de l' « obésologie » leur apprend que le bien convoité de la guérison est doublement contraint à la complexité d'une maladie qui résiste aux thérapeutiques classiques, ainsi qu'à la subordination de leurs activités à la chirurgie (« *disons que dans la chirurgie bariatrique, globalement, les gens vont dans le bon sens mais nous on est sur un temps péri-opératoire où 60% des gens font pas, ne prennent pas le chemin que je voudrais quoi !* »)

Enfin une autre manière de signifier leur « bonne volonté culturelle », faite de déférence à l'égard de l'érudition de la médecin qui coordonne leur équipe, et d'imiter la manière d'être « obésologue » de cette dernière. Il s'agit alors de revendiquer un goût pour l'actualisation de leurs connaissances individuelles quant à l'avancée des recherches sur la maladie mais aussi à propos des outils pédagogiques à disposition des thérapeutes médico-éducatifs, tout en participant au débat scientifique qui anime cette prise en charge par une inscription active aux colloques. Ces pratiques ne se concrétisent pas par un rééquilibrage de leurs relations avec les paramédicaux qui officient directement aux côtés des chirurgiens :

Ce que nous allons remarquer en groupe peut être interprété ou non, par la psy, la diét et l'infirmière coordinatrice de la RCP. En fait, on est surtout consultées par rapport aux évaluations de l'activité physique

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

La plus-value visée se joue au sein de l'équipe plus restreinte du service B. Il s'agit de s'approprier les attributs de celle qui, par sa licence et son mandat, domine la situation, de légitimer socialement la proximité que leur offre l'organisation du travail : faire équipe avec ce « *puits de sciences* », avec la médecin dont la notoriété est telle que l'institution l'a arrachée à son activité libérale, à la retraite. Une manière de faire bonne figure auprès de celle qui fait référence dans l' « obésologie » locale, tout en construisant, pour soi, une identité professionnelle qui accroît la valeur d'une position reléguée à la périphérie, de l'activité médicale en général, à celle de la notoriété chirurgicale en particulier.

Loin d'annuler l'assignation à des statuts subalternes dans la division du travail, ou même la distance sociale avec la praticienne médicale, l'*ethos* de la probité¹ dans lequel s'engagent ces soignantes, fédère l'équipe en tant que groupe distinct, avec ses codes et ses valeurs propres qui fonctionnent comme un stigmat retourné :

¹ A l'égard de l'institution, de son fonctionnement ; de leur mandat, de leur identité professionnelle et de la médecin.

J'imagine que vous allez le voir en nous interviewant et oui je pense qu'on est vraiment des professionnelles de santé très consciencieuses, toujours en question, on essaye toujours d'améliorer la prise en charge.

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

C'est en cela que faire preuve de sérieux et de discipline devient nécessité faite vertu pour se distinguer de leurs paires, libérales, dont l'intérêt pour la chirurgie est suspect puisqu'il paraît les éloigner, à la fois, de l'hétéronomie soignante¹ et des recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

1.3 L'empathie : un outil de distinction.

« Y'a cette relation de confiance qu'ils ont avec nous. Ils ont toujours une appréhension quand ils viennent à l'hôpital et le fait de savoir qu'ils ont les mêmes infirmières et ben ça c'est ... ça les met plus à l'aise. Et plus à l'aise à se confier ! »

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Que ce soit pour formaliser leur expérience ou leur probité, comme gages de leur professionnalisme, ces soignantes usent des multiples outils à leur disposition pour en distinguer les aspects cognitifs. Si les réunions pluridisciplinaires, par la voie d'une exposition orale de l'expertise, et les systèmes d'information numérique, par la formulation écrite de l'ensemble des actes accomplis, permettent de donner de la visibilité au travail délégué à celles qui sont assignées à la périphérie de l'activité médicale (et chirurgicale), se distinguer de ses paires nécessite de recourir à un facteur complémentaire de comparaison. Engagées dans des interactions avec une patientèle dont la corpulence est nécessairement le signe d'une souffrance, aussi bien en termes de causes que d'effets, la compétence distinctive qui classe ces « obésologues » entre elles est leur capacité à l'empathie. Maîtriser la technique et les outils de sa discipline, de l'éducation thérapeutique est indispensable. Toutefois, cela ne suffit pas pour être reconnue, par ses pairs, comme une praticienne de qualité. Ce qui fait la qualité de l'« obésologie » par rapport aux autres champs, médicaux et sociaux, c'est sa sollicitude à l'égard de ceux qui ont expérimenté, dans la plupart des autres scènes sociales (médecine incluse), leur poids comme une assignation à la périphérie des activités considérées comme

¹ De nombreuses recherches en sciences sociales ont montré que cette hétéronomie est héritière d'un ancrage historique qui associe le travail des auxiliaires de soin au dévouement.

normales, induisant des interactions éprouvantes avec les autres acteurs. L'ensemble des instruments médicaux et du mobilier est adapté pour que les habituelles stigmatisations matérielles auxquelles sont confrontés ces patients ne se jouent pas dans ces espaces¹. En complément, les soignantes ont construit un savoir commun : pour pouvoir aider les patients, et donc effectuer leur mission, il est essentiel de savoir instaurer un climat de confiance qui se distingue des habituels jugements sociaux :

Ils ont toujours, aussi, peur du jugement. On les a tellement jugé pendant des années, le jugement de la société, le regard de la société. Et ça, ça reste, ça peut pas partir comme ça. Nous on doit les aider à reprendre confiance en eux.

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Le but aussi c'est pas de leur dire : ce que vous avez fait, c'est pas bien ! Non ! Au contraire : c'est comme ça, maintenant on fait un point d'où vous en êtes rendus et pis c'est reparti, quoi ! On y va !

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

Ils ont cet espace-là, où on s'occupe d'eux, de leurs problèmes de poids, où même si ça les solutionne pas, au moins ils ont un espace pour en parler.

[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]

Se servir de sa propre expérience de vie fait qu'on est capable aussi de percevoir ce que l'autre nous dit parce que ça fait écho en nous !

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Véritable habileté humaine qui vient majorer les compétences cliniques et éducatives, l'empathie est un outil de mesure des aptitudes professionnelles de chacune, en même temps qu'elle est mal définie. Pour certaines, il s'agit avant tout de se distinguer des habituels jugements sociaux portés sur les acteurs obèses, pour d'autres, d'en finir avec les injonctions normatives d'un hygiénisme moralisateur et, pour de tierces soignantes, d'offrir un espace d'écoute où le poids est entendu comme une souffrance, ou encore d'être capable de s'identifier aux patients. Autant d'indicateurs qui confirment que si l'empathie est pleinement revendiquée comme une prérogative des « obésologues », elle n'en demeure pas moins un terme polysémique qui convoque, à la fois, savoir-être (éprouver de l'empathie) et savoir-faire (exprimer de l'empathie). Et c'est probablement du degré d'équilibre entre ses deux expressions que découlent les multiples facettes de cet attribut.

¹ La majeure partie des patients explique qu'effectivement, ailleurs, s'asseoir sur une chaise, passer un portillon ou même prendre sa tension sont des rappels systématiques que leurs morphologies sont hors normes : apprentissage par corps qui confirme une déviance déjà largement signalée dans la plupart de leurs interactions teintées de multiples sarcasmes qui mettent en doute leurs aptitudes physiques, sociales et morales.

De cette situation paradoxale où il est, à la fois, communément acquis, au sein des équipes, qu'il est nécessaire de savoir faire preuve d'empathie pour gager de sa qualité d'« obésologue », mais où la confusion domine pour s'accorder sur ce que cela signifie, ne naît pas un outil commun de formalisation de ce pouvoir de distinction mais plutôt autant de mesures que d'individus, où chacun se définit différemment empathique.

Voici une caractéristique qui permet à chacune de se situer (sans pour autant que ce positionnement soit validé par les pairs) dans l'espace social du traitement d'une maladie qui, elle-même, est aux prises entre plusieurs façons de la comprendre. Les perspectives interactionnistes ont montré que les caractéristiques des maladies chroniques¹ se sont traduites par de multiples négociations de la relation entre soignants et patients. L'analyse de la prise en charge de l'obésité laisse supposer que la conviction du rôle essentiel de l'empathie dans l'efficacité thérapeutique est une tentative de réponse collective, aux différentes résistances pondérales, qui se heurte à autant de cadres interprétatifs que la maladie elle-même. La question du « comment devient-on obèse » fait alors écho à celle du « comment être empathique » pour tenter d'élucider l'énigme de cette résistance à la transformation des corps. Qu'elles travaillent en périphérie de la chirurgie ou au sein de programmes purement médico-éducatifs, les soignantes ont acquis la certitude que c'est sur les comportements qu'il faut agir. À la fois, dépourvues de la technicité médicale et chirurgicale et indispensables pour que ces techniques opèrent, ces praticiennes doivent soigner la relation pour espérer un changement. Encore faut-il savoir si cela signifie d'imaginer, à partir de son propre vécu, ce que cela peut faire d'être obèse ou de projeter, à partir de ce que dit la science, ce que fait l'obésité chez l'autre². Ces deux façons de comprendre l'empathie n'entrent pas frontalement en concurrence, dans le sens où elles ne suscitent pas de débat pour imposer une définition ou même s'accorder sur un *consensus*, laissant la liberté apparente à chacune de s'attribuer la détention de ce capital. Si recevoir seules les patients lors d'entretiens individuels évince probablement cette nécessité, co-animer un atelier ou échanger lors des réunions pluridisciplinaires confronte les différentes manières d'être, de penser et d'agir l'empathie, soit dans la façon de s'adresser aux patients, soit dans celle de parler d'eux. Pour autant, de ces situations ne naissent pas de tensions palpables (en tout cas lorsque la tiers sociologue est présente) : pour faire équipe, les disciplines se complètent, les différentes manières de faire preuve d'empathie aussi. Ceci est d'autant plus

¹ Multiplicité des intervenants, incertitude de la compliance des patients et issue incertaine des traitements. **Baszanger I. (1986)**, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié. », art. cité ; **Strauss A. (1992)**, *La Trame de la négociation*, op. cit.

² Ce que Jean-Claude Ameisen formule en ces termes : « *Avoir mal à l'autre ou avoir mal pour l'autre.* ». **Ameisen, J.-C. (2014)**, *Sur les épaules de Darwin. Retrouver l'aube*, Paris, Les liens qui libèrent, 448p.

aisé que les instances où plusieurs mandataires d'une même spécialité sont présentes sont exceptionnelles.

En fait, c'est lors des situations d'entretien ethnographique que cette prérogative devient un véritable instrument de mesure de la valeur professionnelle : la sienne, bien-sûr, mais aussi celle des autres. Toutefois, cet élément évaluatif majeur, puisqu'il est systématiquement mobilisé alors qu'aucune question n'aborde directement cette thématique, ni même celle des compétences requises pour exercer le métier, ne s'immisce pas dans toutes les formes de récit du travail fourni et des interactions professionnelles. Toujours employé pour se décrire soi, son goût pour l'activité, ses façons de faire et d'être « obésologue », ses relations avec les patients ; lorsqu'il est utilisé comme élément de comparaison, cela se cantonne aux frontières de chaque groupe professionnel. Soit pour se comparer, soi, à ses homologues, soit pour classer, entre eux, les professionnels d'une autre discipline. Un peu comme si, en surenchère des compétences techniques propres à chaque profession, et plus ou moins maîtrisées par chacune en fonction de l'expérience, de la formation et de l'(im)application, l'empathie était la valeur absolue de distinction. Qualité humaine, dans le sens où elle est pensée comme un don, qui se construit en véritable compétence professionnelle, elle permet à la fois de se distinguer de ses pairs et d'être légitime pour comparer, sur leur territoire, celles et ceux dont l'expertise est plus ou moins distante de sa propre culture professionnelle :

Je sais que prodiguer la bonne parole comme quand je suis sortie de l'école, ce n'est pas tenir compte de la réalité des gens. [...] Moi ce que je constate c'est que j'ai encore des collègues qui pratiquent encore comme moi j'ai pratiqué.

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Je ne suis pas enseignante APA, et j'en serais bien incapable. Mais ce que je sais c'est que son attitude, sa façon d'être en relation avec les patients, toujours bienveillant et prévenant, est propice à déclencher des réactions, provoquer des déclics pour qu'ils se décalent de cette question de poids.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Pour une médecin, au niveau relationnel, elle est plus que limite. Elle avait même une pratique, je veux dire déontologiquement parlant, c'était plus que moyen, quoi ! Incapable de convivialité ou même de comprendre que le poids c'est une souffrance. Ce qui me gêne, c'est que derrière y'a des patients quoi ! Enfin, nous, la chance qu'on a eue c'est que c'était pas notre médecin chef, c'est-à-dire que comme on était en soin de suite, nous on avait un médecin chef. Moi j'ai bossé toute ma carrière avec elle et je peux vous dire que c'était autre chose, quoi ! C'est elle qui a été à l'origine de la création de ces centres anti-douleur, donc, voilà, une vraie médecin, soucieuse du bien-être des patients.

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Posée comme une aptitude naturelle, l'empathie est ce qui crée un lien entre les professionnelles qui en sont dotées, ce qui définit la précellence des « obésologues » à l'intérieur d'un champ segmenté, sans pour autant bouleverser la hiérarchie établie entre groupes professionnels. Il ne s'agit pas de se comparer à un médecin ou à un autre expert, mais de s'autoriser à l'évaluer, parmi ses propres pairs, à partir d'une disposition commune qui fait la culture d'une « obésologie » en construction. L'obésité, comme symptôme du déséquilibre de la balance énergétique, est une maladie installée. Les mandataires de la discipline, au gré de restrictions et de sermons qui se sont révélés inefficaces, ont appris deux choses :

- Intervenir sur l'alimentation ou sur la pratique d'activités physiques induit de convaincre les patients de changer de comportement. L'empathie, pour faire alliance, s'impose pour faire accepter les prescriptions et leur suivi au long cours.
- Agir sur l'équation thermodynamique ne suffit pas : la compliance ne garantit pas de résultats en termes pondéraux. L'empathie, pour soutenir, devient alors le seul recours que ce soit pour garder le patient motivé ou pour lui faire accepter que malgré son enveloppe corporelle, son métabolisme s'est amélioré.

L'empathie, comme construit social de l'*ethos* professionnel, est ainsi devenue un outil essentiel pour faire adhérer à un traitement qui ne produira pas les effets escomptés tout autant que pour accepter que le mandat de soigner est contraint par les incertitudes que l'obésité adresse à l'activité thérapeutique en préservant une utilité sociale auprès de la patientèle. Que cela signifie « avoir mal à l'autre » ou « avoir mal pour l'autre » soigner la relation a un triple bénéfice : être en accord avec son identité de soignante, retourner le stigmate d'un mandat doublement relégué à la périphérie de l'activité de soin (paramédical et délégué au traitement de l'obésité) et se distinguer de l'ensemble des acteurs qui traitent l'obésité avec dégoût.

Au sein des équipes rencontrées, les sciences infirmières, la diététique et la psychologie ne sont pas, contrairement à la nutrition et à l'activité physique adaptée, représentées par un seul mandataire. Ces soignantes sont, à la fois inscrites dans des professions soit subalternes aux médecins, soit en quête de juridiction pour s'établir, toujours maintenues à la périphérie de l'activité médicale, et soumises à une division du travail (verticale pour le service B et horizontale pour le service A) à l'intérieur de leur propre groupe professionnel. Dans ces conditions, elles allient critères hégémoniques de classements des travailleurs en général (expérience et formation), des soignants en particulier (empathie) ; outils de formalisation du

labeur accompli prévus par l'organisation interne (écrits et oraux) et échanges discrétionnaires entre coéquipiers pluridisciplinaires pour tenter de se distinguer de leurs pairs. Tant que le projet professionnel est de continuer à faire équipe, la vocation de telles (im)applications n'est pas de publiciser l'expertise individuelle au-delà des frontières de leur institution mais d'œuvrer à ce que le partage de titre n'induisse pas une invisibilité des individualités, des mérites personnels. Pendant que l'« obésologie », privée de guérison, atténue l'opportunité de valoriser l'expertise propre à chaque discipline, dominer le classement interne de son groupe professionnel¹ légitime les actions individuelles accomplies pour majorer la mention d'« obésologue » tout autant que cela permet de maintenir son engagement au sein d'une prise en charge incertaine². Une manière, en somme, de faire en sorte que l'« obésologie » et les compétences attribuées à chaque profession finissent par être réciproquement une plus-value l'une pour l'autre et ainsi attester de sa valeur professionnelle. Ces enjeux ne bouleversent pas spécifiquement l'ordre établi mais s'apparentent plutôt à un engagement dans le rôle³. Se conformer à la conduite prescrite, à l'*ethos* professionnel, est une stratégie aussi bien intrapersonnelle pour gérer les tensions produites par la nature même du travail (ses objectifs, son organisation, ses résultats), qu'interpersonnelle pour réguler les interactions professionnelles. Reste alors à savoir si ces autodéfinitions du canon de l'obésologue sont suffisantes pour continuer de faire carrière.

II – Les carrières à l'épreuve de l'« obésologie ».

Ainsi qu'on l'a vu tout au long de ce travail, dans un contexte où l'hégémonie de la performance constitue la compétence en véritable atout individuel, la résistance des corps obèses à ceux qui ont mandat pour les transformer devient un véritable défi. Que les freins au changement soient pensés comme psychologiques, métaboliques ou mécaniques, chaque spécialiste est à pied d'œuvre pour innover et ainsi trouver les clés de ce qui déblocuera la situation dans son domaine d'expertise. Occupés par le traitement d'une maladie dont la position dans l'espace médical est paradoxale, à la fois reléguée dans des zones peu visibles mais en même temps potentiellement significative en termes de notabilité, le bénéfice escompté de tels engagements varie selon les statuts qui hiérarchisent le secteur sanitaire et selon l'organisation locale du travail. De ce double enjeu naît une variation de stratégies où chacun

¹ Autrement dit, incarner la figure de la psychologue, de l'infirmière ou de la diététicienne idéale.

² Aussi bien en termes de résultats pondéraux que de perspectives d'ascension dans l'espace médical.

³ **Goffman E. (1963)**, *Comment se conduire dans les lieux publics. Notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, Paris, Economica.

négoce avec lui-même, ses homologues et les autres entités professionnelles qui font la pluridisciplinarité, pour capitaliser l' « obésologie » comme mention de disciplines par ailleurs soumises à la violence symbolique qu'impose l'ordre social qui structure la communauté thérapeutique. Dans ces conditions, que fait la persistance du manque de résultats aux carrières d' « obésologues » ? Des « définitivement convaincus » aux « foncièrement déçus », en passant par ceux qui aspirent à convertir l'usage de leur blouse blanche vers d'autres pratiques, différentes figures d'engagement possibles se dessinent. Ce faisant ce sont différents types de ressources individuelles qui seront observés pour penser les processus d'engagements professionnels.

2.1 Protection : stratégies différenciées pour demeurer « obésologue ».

« Les bons côtés c'est l'équipe. C'est mes conditions de travail, mes conditions de salaire. Mes horaires. Mes conditions matérielles de travail. La réussite que j'ai quand-même pour certains patients. [...] Le négatif c'est que je fais toujours un peu la même chose, en fait. C'est toujours le même public donc du coup c'est pas varié comme l'ensemble de la rééducation, par exemple. Et ben c'est des fois l'épuisement de me dire que ben ça marche mais que les gens ils mettent pas en pratique et que ça, ça me frustre un peu. Je me dis que c'est dommage parce que moi je sais que ça marche. »

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Neuf soignants sur quatorze, malgré toutes les difficultés qu'implique la prise en charge de l'obésité, demeurent motivés par la perspective de poursuivre leur carrière en continuant de s'investir dans le champ de l' « obésologie ». D'après les données recensées, les variables (Cf. encadré 33, p.490) qui peuvent permettre d'expliquer cette volonté de maintenir leur engagement ne sont :

- Ni l'âge : toutes les catégories d'âge sont représentées ; les deux « obésologues » qui se trouvent aux extrêmes de cette variable (26 et 64 ans) s'inscrivent dans cette perspective, l'enseignant APA déclarant « *ma situation actuelle me convient très bien ! [...] J'ai trouvé un équilibre professionnel.* » pendant qu'Anne, doyenne des soignants, affirme « *je fonctionnerai ici tant que l'équipe sera capable de tenir bon* ».

- Ni la part que représente le temps consacré à l' « obésologie » au cours des carrières sanitaires : l'ancienneté « au chevet » des patients obèses varie de trois à 20 ans ; elle peut représenter tout ou partie des trajectoires professionnelles.
- Ni le service au sein duquel les « obésologues » exercent puisqu'ils ont tous représentés.

Encadré 33 : Carrières d' « obésologues » : s'inscrire dans le temps

Profession	Service	Age	Durée carrière (secteur sanitaire)	Durée carrière (« obésologie »)
Enseignant APA	Service A	26 ans	3 ans	3 ans
Enseignante APA	Service B	32 ans	9 ans	6 ans
Médecin	Service A	47 ans	16 ans	13 ans
Médecin	Service B	64 ans	44 ans	20 ans
Médecin	Service C	35 ans	8 ans	6 ans
Diététicienne	Service A	45 ans	24 ans	13 ans
Diététicienne	Service B	32 ans	10 ans	5 ans
Psychologue	Service A	50 ans	3 ans	3 ans
Infirmière	Libérale	59 ans	38 ans	6 ans

La variable de la profession retient, en revanche, l'attention pour comprendre la nécessité de cette persévérance, en tout cas pour les enseignants APA et les médecins puisque l'ensemble des représentants de ces deux groupes professionnels se retrouvent au sein de cette catégorie.

Lorsque les deux enseignants d'APA expliquent vouloir prolonger leur mandat d' « obésologue », ils décrivent par ailleurs, à plusieurs reprises, un marché du travail qui continue d'offrir peu d'opportunités aux professionnels de l'activité physique adaptée, notamment dans le secteur de la santé. Plus précisément, la difficulté consiste à trouver un emploi typique. La trajectoire de l'une et les interactions des deux, avec leurs pairs, leur ont enseigné que les CDI, temps plein sur un poste unique sont rares. Ainsi expérimentent-ils leurs conditions de travail comme un privilège : le CDI à 70% de Mathieu lui permet de continuer une pratique rémunérée de l'enseignement du tennis, celui à temps complet d'Alexandra est un gage de sécurité. En complément de l'intérêt que peuvent avoir ces deux jeunes professionnels pour l'éducation physique des acteurs obèses, vouloir rester en poste est également le fruit d'un calcul rationnel dont le coût varie selon leur situation. Mathieu, à temps partiel, fait fructifier la stabilité de son emploi pour développer, en parallèle, une activité auto-entrepreneuriale qui, si elle n'a pas vocation à se substituer à son mandat d' « obésologue », lui garantit d'user de son goût pour la pratique tennistique afin de renouer, en partie, avec son projet initial d'enseigner

le sport à des enfants tout en bénéficiant d'une sécurité financière. Sa collègue, elle, fait le calcul entre le coût d'une pratique générique de l'activité physique, qui l'éloigne de son goût pour la technicité des corps, et les avantages que son poste pérenne lui apporte en matière de revenus et de position sociale. Ceci lui permet de conclure que sa situation est rationnellement satisfaisante :

J'ai un très, très bon poste parce que je suis en CDI à temps plein, y'en a pas beaucoup. Euh ... je suis bien payée donc voilà, je quitterai pas ce poste-là pour autre chose mais je commence à regarder autre chose de plus diversifié. La rééducation un peu plus sur les plateaux techniques. Voilà, je sais que j'irais jamais, c'est clair mais voilà plus, si je pouvais avoir plus de pluri-pathologies, c'est vrai que ça ce serait quelque-chose qui me plairait. Et puis après des opportunités y'en a très peu donc ... Dans le monde des bisounours, j'aimerais bien garder un peu d'obésité mais faire par exemple de l'orthopédie, de la diabète, de la cardio, de la lombalgie. Parce que là c'est vraiment hyper précis, quoi. Ça me manque un peu de faire de la cardio. Et puis la rhumato, tout ce qui est prothèses.

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Si la structure même des modalités d'emploi associées à l'enseignement d'APA pèse sur le rapport que ces deux professionnels ont à l'« obésologie », pour les médecins, c'est la singularité du mandat médical qui opère dans leur volonté de prolonger leurs carrières auprès de la patientèle obèse. L'opportunité que représente cette option varie alors selon leurs trajectoires, sociales et professionnelles, et le regard qu'elles portent sur la définition du rôle qui leur revient.

Angélique, la plus jeune, considérant que le cœur du métier est avant tout défini par l'activité de conseil et de soutien, y voit une occasion d'être conforme à l'image morale d'un médecin de proximité qui conditionne les vertus de l'alliance thérapeutique entre les patients et le praticien. Être dépossédée de « *l'aspect un peu valorisant de la technique* » est le prix à payer pour exercer la médecine sociale dont elle se revendique :

L'obésité ce serait quelque-chose, même si je pouvais pas continuer ici, je chercherais très certainement à travailler avec ce public-là, même si c'est pas valorisant. Parce que moi je vois les bénéfices, voilà c'est pas des bénéfices de santé, sur la prise de sang, mais par contre c'est des bénéfices sur la qualité de vie des personnes. Je le vois et j'y crois !

[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]

Se spécialiser en « obésologie » est un moyen de donner toute sa dimension à la conception qu'elle a de l'activité médicale. Dépourvue de traitements pharmacologiques, c'est ses propres ressources humaines qui sont investies dans la médication des patients obèses («

c'est une manière d'être et un savoir-être qui sera le traitement »). Être médecin-médicament, telle est la plus-value de s'envisager « obésologue » à long terme.

Sa collègue, Anne, doyenne de l' « obésologie » locale, assoit son enthousiasme non pas sur les bénéfices que lui procurent ses interactions avec les patients, elles sont rares, mais sur ceux que lui procurent ses positions de praticienne émérite, de *mentor* auprès de sa jeune équipe, de censeur auprès des chirurgiens, dont elle tire une légitimité charismatique (« *ils ont besoin de moi* »). L'objet de son mandat est moins de consulter que de transmettre, à celles et ceux qui lui succéderont, les bons usages de la blouse blanche et de la bariatrique. Être médecin-prescripteur des autres soignants, tel est le bénéfice à demeurer « obésologue » au-delà de l'âge de la retraite.

La troisième, Emma, considère que si les « consultations obèses » la prive de la mise en œuvre de ses compétences techniques (« *on a pas de thérapeutique autre que de leur proposer de changer leur hygiène de vie* »), l'obésité, dépourvue de traitement, est, par répercussion, une opportunité pour espérer faire prospérer son autorité scientifique :

J'ai toujours espoir qu'on ait des nouvelles thérapeutiques et qu'on puisse les proposer aux patients ! [...] c'est ça qui me passionne, c'est que y'a plein de choses à faire encore et même si c'est à développer.

[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

Avoir consacré les trois-quarts de sa carrière à une maladie qui, jusque-là, résiste à tout ce que le corps médical a entrepris, n'altère pas sa motivation mais l'engage dans un processus heuristique. Après avoir tenté la restriction cognitive (aujourd'hui considérée comme « obésogénique »), la mise en place de protocoles médicamenteux (finalement retirés du marché en raison des effets secondaires), la collaboration avec la chirurgie bariatrique (dont les bénéfices ne font pas l'unanimité), la mise en place de son propre programme d'éducation thérapeutique, elle poursuit ses investigations. Être médecin-chercheuse, qui travaille à produire la connaissance scientifique qui saura guérir l'obésité, telle est la gratification de persévérer en « obésologie ».

Trois manières d'interpréter le rôle de médecin, et de disposer du flou thérapeutique qui règne autour de la prise en charge de la patientèle obèse, pour être conformes à leur engagement.

A côté des enseignants d'APA et des médecins, chacun des autres groupes professionnels est représenté parmi ceux qui envisagent de maintenir leur engagement dans le champ de l' « obésologie ». Preuve que si l'obésité adresse une fin de non-recevoir aux traitements existants, ces soignants ne considèrent pas que l' « obésologie » est incompatible

avec la discipline qu'ils incarnent. Les deux diététiciennes (Vinciane et Mélanie), la psychologue (Laure) et l'infirmière (Jocelyne) sont même très claires à ce sujet, elles sont toutes convaincues qu'elles ont quelque-chose à apporter à la patientèle obèse et, qu'en retour, elles tirent du bénéfice de cette activité. « Travailler à ne pas guérir » n'entame pas suffisamment les avantages qui les ont poussées, initialement, à faire ce choix. Que les raisons soient pratiques¹ et/ou idéologiques², pour ces neuf soignants il apparaît plus profitable de demeurer « obésologue ». Cependant, derrière cette unanimité, se cachent des variations de stratégies pour continuer de faire concorder titres et rôle.

2.1.a) L'éducation thérapeutique des patients obèses : un mandat parmi d'autres pour valoriser les professions.

Le premier constat est qu'envisager de maintenir son engagement auprès de la patientèle obèse n'a pas le même sens pour tous. Pour six de ces soignants, cela implique de pouvoir diversifier leurs pratiques. Que ce soit déjà le cas, parce qu'ils ne travaillent pas exclusivement au sein des programmes d'éducation thérapeutique ou que ce soit une aspiration, ces « obésologues » ne se voient pas consacrer l'intégralité de leur temps de travail à la seule prise en charge de l'obésité.

Emma, qui, en parallèle de ses multiples implications en « obésologie »³, mobilise sa spécialisation en nutrition pour consulter les patients diabétiques, Mathieu qui complète ses activités auprès des acteurs obèses⁴ par des cours de tennis et Mélanie, diététicienne au service A, qui alterne ses missions entre ETP et CLAN (afin de prévenir la dénutrition à laquelle sont exposés les patients hospitalisés), n'envisagent pas une organisation différente de leur temps de travail. Avoir une activité ailleurs est une condition *sine qua non* pour continuer d'intervenir en « obésologie ». Leur conviction est que cette diversification gage de la qualité de leur motivation et de leurs interactions avec les patients obèses, puisque ce type de prise en charge est associé au double risque de la routine et de l'absence de résultats :

Faut toujours être à l'écoute, faut être motivé pour trouver le petit truc qui va motiver le patient. Faire que ça, toujours avec, en plus des résultats, en termes pondéraux qui sont quand-même pas extraordinaires. [...] Voilà, donc c'est

¹ Pouvoir concilier vie de famille et vie professionnelle, bénéficier d'un emploi salarié stable, être dégagé de la charge mentale associée à d'autres pratiques thérapeutiques.

² Proposer une prise en charge bienveillante aux patients obèses, chercher des solutions pour enrayer cette maladie ou au moins contenir ses effets.

³ Coordination du programme d'éducation thérapeutique, consultations péri-chirurgicales, suivi de grossesses de patientes opérées en bariatrique, animation d'EPU (Enseignements post-universitaires), membre actif de l'AFERO (Association française d'étude et de recherche sur l'obésité).

⁴ A côté de son 70% de temps hospitalier, il anime des séances d'activités physiques adaptées aux personnes en situation d'obésité, sous l'égide de l'association Sport pour tous.

*vraiment indispensable de faire d'autres activités. Moi je pourrais pas faire ça,
toute la journée, tous les jours, hein !*
[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]

La chirurgie de plaies de pieds en diabétologie pratiquée par Emma, les progrès sportifs des apprentis *tennismen* constatés par Mathieu, l'amélioration des pratiques des personnels hospitaliers que Mélanie accompagne sur la thématique de la dénutrition, sont de véritables ressources, autant en termes de mesures concrètes du travail fourni, que de matrice d'entraînement pour prolonger leurs mandats d'« obésologues ». Agissant en véritable valorisation de leur identités professionnelles, ces expériences, à la fois à la périphérie de l'« obésologie » et en même temps au cœur du métier de chacun, sont capitalisées pour nourrir leur acharnement heuristique à développer de nouveaux outils, techniques et relationnels, dont la vocation est d'améliorer les effets de la thérapeutique qu'ils proposent. Le savoir-faire qu'exigent la chirurgie de plaies de pied, le dosage d'insuline ou de toute autre hormone pour réguler un dysfonctionnement métabolique rendent Emma disponible pour cultiver son savoir-être (« *on est là pour écouter* ») auprès des patients obèses alors que ces consultations ne sont pas cliniquement rentables (« *En diabéto [...] on a des médicaments et on va voir la glycémie se normaliser* », « *En obésité [...] y'a pas de médicament ! [...] on n'a pas grand-chose à leur proposer* »). Les réseaux qu'elle développe en multipliant ses insertions professionnelles sont autant d'appuis pour développer les modalités du programme qu'elle coordonne, aussi bien en termes de partenariats que de contenus. La double casquette d'« obésologue » et de professeur de tennis permettent à Mathieu d'être un passeur de culture sportive complet alliant naturalisation et technicisation de la mise en mouvement des corps. Son rôle de formateur, auprès des étudiants en STAPS, le maintient dans une dynamique d'innovation pédagogique (« *l'objectif c'est d'évoluer, un petit peu, dans notre pratique et pis pas de rester sur ses acquis, quoi.* »). Mélanie, en poste¹ depuis 13 ans, expérimente son activité au CLAN comme une manière de formaliser ses connaissances en éducation thérapeutique qui, en retour, lui permet d'engager une amélioration de ses propres pratiques auprès de la patientèle obèse (« *c'est un partage d'expériences, ça permet de revoir ses positions, de faire évoluer notre prise en charge, nous, au fur et à mesure des connaissances* »). La mise en œuvre, dans d'autres champs, des compétences propres à chacune de leurs disciplines, semble les prémunir contre les effets de la

¹ Poste dont l'organisation est atypique au sein de la structure hospitalière puisque, contrairement à ses collègues diététiciennes qui sont référentes dans plusieurs services de soin, elle consulte exclusivement en ETP. La seconde moitié de son temps de travail est consacrée à ses activités au CLAN.

lassitude « de travailler à ne pas guérir », voire, même, être motrice d'inventivité pour réussir à techniciser la médecine sociale qu'est l' « obésologie » médico-éducative.

A côté de ces trois soignants, qui cultivent leur volonté de persévérer en ETP dans un ailleurs qu'ils expérimentent de manière concrète, trois de leurs collègues considèrent également que diversifier leurs pratiques serait la manière la plus sûre de prolonger leur carrière. Le calcul coûts/avantages à demeurer « obésologues » confronte les mauvais côtés du métier aux bons. D'un côté, l'absence de résultats, la routine, le manque de technicité, des contacts avec une seule catégorie de patients dont la pathologie est comprise comme consubstantielle d'une identité sociale typique. De l'autre, la valorisation symbolique, la conformité au rôle de soignant lorsque leurs prescriptions opèrent (« *y'a certains patients qui ont pu sortir de l'obésité* »), qu'elles impulsent un changement (« *on voit des résultats aussi au niveau comportement* ») ou qu'elles suscitent la reconnaissance des patients. Dans les discours, le rapport entre ces deux aspects de la prise en charge est déséquilibré au profit des points négatifs : les situations de désillusions sont plus nombreuses que celles de ré-enchantements. Pour autant ce sont de ces succès que ces professionnelles tirent leur motivation à demeurer « obésologues », un peu comme s'ils validaient le potentiel du traitement qu'elles mettent en œuvre et par conséquent la nécessité de maintenir leur propre engagement. Dans le même temps, la rareté de ces preuves constitue, au fil des carrières, un risque de dépossession qu'il est nécessaire de contenir afin de ne pas perdre le sens des convictions qui les ont menées vers leurs desseins de soignantes. « Tenir bon » est possible, voire indispensable, mais implique de pouvoir exploiter, de manière concrète, dans d'autres champs, les compétences associées à leurs titres. Tout en conservant un temps d' « obésologie », Alexandra, enseignante d'APA, espère pouvoir prendre en charge une multiplicité de pathologies normalisables, sa collègue diététicienne (Vinciane) aspire à devenir formatrice, pendant que Laure, psychologue au service A, envisage de créer son entreprise de *consulting* en psychologie du travail.

Pour Vinciane et Alexandra, la contrainte de devoir renoncer à des conditions de travail, qu'elles considèrent comme un privilège, serait compensée par l'opportunité de pouvoir atteindre les objectifs qu'elles poursuivent depuis qu'elles ont initié leurs carrières de soignantes.

Alexandra, si elle expérimente que sa volonté, de promouvoir l'activité physique adaptée comme un remède à l'obésité, est empêchée par les multiples résistances (physiques, psychologiques, sociales) des patients eux-mêmes, n'est pas encline à se résigner à la capitulation (« *je me dis que c'est dommage parce que moi je sais que ça marche* »). Pouvoir

corriger les effets d'autres pathologies, en mobilisant ses compétences en *cardio-training*, ou en rééduquant des personnes dont les techniques du corps sont à adapter à l'usage de prothèses, s'érige alors en possible pour neutraliser les situations d'interactions avec ceux qui, entre incompétence et résistance métabolique, pourraient compromettre sa motivation. Un peu comme si le contact récurrent avec « *un public parfois particulier, en termes de motivations* » représente un risque de contagion dont il faut se prémunir afin de préserver son propre engagement, sa vision enchantée de l'APA :

Y'a vraiment quelque-chose à faire et, en fait, ce qui m'intéresse c'est de prouver aux gens qu'ils sont capables de faire en faisant adapté à eux.

Mais moi j'ai beau tenter de leur montrer qu'ils sont capables, je dois être à 60-40, 60% de gens qui font pas. Ils ont pas le temps, ils ont pas le matériel.

Et ben c'est des fois l'épuisement de me dire que ben ça marche mais que les gens ils mettent pas en pratique et que ça, ça me frustre un peu.

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

La perspective de partager son temps entre plusieurs pathologies apparaît comme la transaction la plus rentable pour que la frustration que lui impose l'obésité (parce qu'il n'est pas question d'une pratique sportive intensive, parce que l'accompagnement est plus social que technique, parce que malgré ses encouragements les patients demeurent sédentaires) ne soit pas une épreuve insurmontable. Alors que sa carrière d'« obésologue » a transformé l'éducation des patients obèses en *challenge* adressé à son identité de compétitrice, « tenir bon » est un défi à relever, au sens d'une quête de limite, dans un environnement « obésologique » caractérisé par l'absence de repères (sociaux et moraux) des malades. Diversifier sa patientèle est, sur le modèle des dispositions acquises durant sa socialisation sportive, un moyen de savoir gérer son effort grâce à la valorisation que pourraient lui procurer les objectifs atteints.

Vinciane, sa collègue diététicienne, décrit, elle, un véritable plan de carrière qu'elle s'applique à mettre en œuvre étape par étape. Dès le départ, elle associe son orientation vers la diététique au choix d'exercer auprès de la patientèle obèse (« *quand j'ai fait diététicienne je voulais absolument travailler dans l'obésité [...] ça correspondait vraiment à ce que je voulais faire, faire des cours de cuisine, des choses comme ça* »). Les quatre années passées au service B la convainquent qu'elle est à sa place (« *je me retrouve dans l'obésité chez l'adulte, c'est parfait !* »), c'est ce qui explique qu'elle s'envisage « obésologue » sur le long terme. Les difficultés rencontrées, aussi bien celles liées à la pathologie elle-même, que celles liées à l'organisation de la prise en charge, en particulier, de la structure hospitalière, en général, sont

en soi des motivations pour améliorer sa pratique. Elle a appris à gérer le récit des histoires de vie compliquées, l'animation de groupes et les aléas de la bureaucratie¹. Quelle que soit la nature des événements qui ponctuent son expérience en « obésologie », ils sont lus comme autant de situations concrètes d'appréhender la réalité de son mandat sur le terrain et deviennent ainsi de nouvelles cordes à son arc. Manière, en somme de formaliser, sur le modèle de « *la construction solitaire de l'expérience* »², l'importance de la pratique dans la construction de son savoir-faire professionnel, où la maîtrise des inconvénients deviennent les ficelles du métier. Mais cette volonté de demeurer « obésologue » n'est pas le point final de sa carrière, pour que ses objectifs soient atteints, elle doit encore devenir formatrice :

J'ai été en libéral, c'était un de mes objectifs, j'ai été dans l'obésité, je suis dans mon objectif aussi, et j'aimerais être formatrice, en fait, en diététique. Donc je me dis que tôt ou tard, voilà ... Tout en complément de travailler en milieu hospitalier, avoir toujours un pied dans la réalité, quoi ! Dans l'actualité, plus que la réalité. Mais dans l'actualité de l'alimentation qui évolue tout le temps. Mais je me dis pourquoi pas à long terme être un peu ici, un peu formatrice.

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

Tout comme elle considère que c'est en exerçant qu'elle est devenue « obésologue », la perspective de doubler cette expérience d'un rôle de formatrice lui permettrait de développer sa maîtrise de la diététique et ainsi d'atteindre le sommet de son art. Si ce projet est présenté comme le moyen d'aboutir son plan de carrière, (« *avoir toujours un pied dans [...] l'actualité de l'alimentation qui évolue tout le temps* »), il est également conforme aux injonctions de Anne, médecin qui encadre son service et qu'elle considère comme son *mentor*. A l'identique de cette « obésologue » émérite qui l'a prise sous son aile et qui incarne l'excellence d'une trajectoire ascendante qui la désigne comme détentrice d'une culture légitime (« *au niveau de l'obésité y'a des années qu'elle y travaille donc c'est plein de petites choses pour nous aider* »), s'envisager « à long terme » former les futures diététiciennes est un *summum* à atteindre. Une

¹ Si les premières confessions de viols ou de pensées suicidaires l'ont déstabilisée, elle sait aujourd'hui adopter la posture adaptée pour accueillir ces paroles sans que cela ne perturbe ni les ateliers qu'elle anime, ni sa propre sensibilité (« *des fois, moi je me suis retrouvée des fois en atelier où le patient avoue des choses : oui ! Alors je, moi j'étais pas personnellement prête à les entendre [...] Maintenant j'ai plus de recul. Et puis je sais comment faire pour pas que ça empiète sur l'échange collectif.* »). Initialement peu encline à la conduite d'activités de groupes, elle maîtrise aujourd'hui son rôle d'animatrice, aussi bien dans la transmission de connaissances que dans la gestion des interactions (« *Moi, être devant un groupe c'était une catastrophe ! Finalement je, voilà j'ai l'expérience, c'est facile. [...] Y'a des ateliers, je pourrais presque les faire les yeux fermés* »). Après avoir travaillé en libéral, l'expérimentation de l'organisation bureaucratique de l'administration hospitalière l'a d'abord interloquée (« *j'ai une histoire de moulin à purée que j'ai mis un an à avoir* »), aujourd'hui, elle s'accommode de cet ordre social en développant des techniques d'évitement qui lui permettent d'adapter les règles à son propre avantage (« *aujourd'hui, je sais à qui m'adresser, le DR X obtient tout beaucoup plus rapidement, il suffit de lui demander !* »).

² Demailly, L. (2001), « La rationalisation du traitement social de l'expérience professionnelle. », art. cité.

manière de rejoindre ce qu'elle considère comme la position la plus élevée dans le champ de l'« obésologie » puisque, comme son initiatrice, cette étape de sa carrière est pensée comme nécessaire à sa propre veille sur ce qui se fait en diététique, en général, en bariatrique en particulier (« *les stagiaires disent bien qu'au niveau du BTS, ils parlent bien de l'obésité mais pas de, pas de la chirurgie !* »).

Enfin, Laure, psychologue du service A, qui a négocié, dès son entrée dans la prise en charge de l'obésité, pour que son poste soit à mi-temps et non à temps complet, aspire à mettre à profit cette situation pour rentabiliser son DEES de psychologie clinique du travail ainsi que son expérience d'assistante auprès de son conjoint, chasseur de têtes, pour créer sa propre entreprise de *consulting*. Après avoir évalué qu'ouvrir un cabinet en libéral serait trop chronophage, pour pouvoir maintenir un juste équilibre entre vie de famille et vie professionnelle, cette perspective, en accord avec son projet initial « *de pouvoir aller sur deux cliniques* » est d'emblée présentée comme la concrétisation cohérente et rationnelle de son parcours. Non seulement cela lui permettrait d'user de l'ensemble de ses compétences¹ mais également de les valoriser financièrement :

Je suis en train d'essayer de voir si je ne crée pas, finalement, une entreprise, qui me laisserait un petit peu de liberté de ce côté-là, qui serait rémunérateur de ce côté-là en gardant un mi-temps ici.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Cependant, au détour d'autres questions sur son travail concret en « obésologie », il apparaît que ce projet est aussi le fruit de transactions qui lui permettent de travailler les distorsions qu'imposent son rôle dans le suivi des patients obèses à son *ethos* professionnel. Les tensions entre ses socialisations universitaires (lorsqu'elle apprend le métier) et professionnelles (lorsqu'elle le met en pratique auprès des patients obèses) semblent suffisamment fortes pour supposer que la rémunération d'une possible activité de *consulting* ne soit pas que pécuniaire. La contrepartie d'intégrer une équipe pluridisciplinaire pour traiter « *un phénomène qui s'inscrit dans la société très fortement* », est une position de psychothérapeute qui heurte les croyances et les valeurs qu'elle a incorporé comme les normes de la profession :

¹ Docteure en psychologie, allier éducation thérapeutique des patients obèses et *consulting* en entreprise lui permettrait d'activer la pratique clinique associée à ces deux DEES (psychologie clinique du travail, psychologie clinique et pathologies). Ces dispositions professionnelles acquises lors de son expérience en qualité d'ingénieur commerciale, elles, seraient réinvesties dans le *marketing* de sa démarche entrepreneuriale.

Sur le fond, y'a quelque-chose de gênant, éthiquement, dans notre métier, à se voir mobilisés comme ça, parce qu'il le faut, parce qu'on est sur une liste et qu'il va falloir passer par nous.

[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

En qualité de psychologue, l'objet de son travail diffère de celui de ses collègues : au corps se substitue l'esprit. A écart d'objectifs, écarts de principes pratiques. La construction socio-historique de l'activité psychothérapeutique l'éloigne du précepte de la prescription injonctive qui définit l'usage des autres mandats de soignants. Être sollicitée pour valider les aptitudes des patients à observer les prescriptions des autres « obésologues » entre ainsi en conflit avec l'idée même qu'elle se fait de son métier. Pour régler les tensions générées entre *ethos* de psychologue et *ethos* d'« obésologue », elle procède à plusieurs arrangements (« *néanmoins ça se parle, y'a possibilité d'aller au-delà* ») qui lui permettent d'ajuster son poste à ses représentations. Chaque entretien est l'occasion d'activer ses compétences soit cliniques, soit pédagogiques. Dans le premier cas, elle propose aux acteurs obèses une démarche rétrospective afin de comprendre leur prise de poids, ou elle les accompagne, de manière plus synchronique, vers une analyse réflexive du traitement en lui-même (« *ça permet de dessiner des reliefs à cette demande, de mettre en perspective cette demande, cette candidature, de faire jouer tout ce qui a pu présider à ce choix* »). Dans le second cas, Laure initie les patients, venus pour une modification biologique de leur morphologie, à la culture du travail psychothérapeutique (« *ça permet de présenter, aussi, le psychologue de manière différente à des personnes qui n'auraient eu forcément idée de recourir au psychologue* »). Toutefois, son appartenance à l'espace correctif des corps la maintient sur une liste, la désigne comme celle par qui « *il va falloir passer* », loin de l'orthodoxie de sa discipline. C'est en ce sens qu'une activité de *consulting*, garante de l'entièreté du volontariat des clients qui sollicitent ce service, s'érige en transaction rémunératrice, lui permettant de renouer avec ses croyances.

Pour ces six praticiens, faire concorder titres et poste implique qu'ils interrogent leur positionnement dans l'activité médicale, en général, dans l'activité « obésologique », en particulier ; autant qu'ils défendent les valeurs qu'ils ont intériorisées lors du processus d'acquisition de leurs licences et qu'ils concrétisent lorsqu'ils sont mandatés pour soigner les patients obèses. Si traiter l'obésité n'est pas plus valorisant que leurs spécialités reléguées à la périphérie de la noblesse médicale, la croyance en leur devenir d'« obésologue » perdure. Ils déploient alors de nouvelles raisons pratiques et morales pour continuer de « travailler à ne pas

guérir ». Tenir leur engagement est, en soi et pour soi, l'un de ces principes, conforme à la construction socio-historique de l'*ethos* de soignant puisqu'il s'agit de s'obstiner pour remédier à la maladie. La méthode consiste à user de l'espace des possibles, produit par leur discipline initiale, pour y puiser les ressources nécessaires au maintien de leur dévouement pour cette pathologie qui suscite l'intérêt de la communauté médicale (trouver le bon traitement serait gage de notoriété) autant qu'elle l'effraie. Que diversifier ses pratiques soit une manière de rester dans une dynamique de réussite, de valoriser des compétences techniques qui définissent la singularité de chacune des professions impliquées dans la prise en charge de l'obésité, ou de se protéger du risque de contamination morale que représente une immersion totale dans le champ de l'« obésologie », il s'agit avant tout d'harmoniser les significations des valeurs que ces soignants associent à chacun de leurs métiers et celles que le travail concret d'« obésologue » les contraignent à reconfigurer.

2.1.b) L'« obésologie » comme seule voie de salut possible.

Une autre stratégie¹ employée par certains de ces professionnels, pour que leurs titres de soignants continuent d'être en concordance avec leur rôle d'« obésologues », consiste à renouveler leurs connaissances sur la pathologie, l'éducation thérapeutique ou encore la chirurgie bariatrique. Cette dynamique vise deux objectifs distincts : ajuster au mieux leurs prescriptions à mesure que les connaissances scientifiques sur la maladie progressent ou que les techniques thérapeutiques s'affinent, et tenir leur rôle d'informateur averti auprès des patients en traduisant, de manière concrète et compréhensible, les informations sur les techniques médicales mises en œuvre pour remédier à leur obésité.

Dans le premier cas, les stratégies pour renouveler les connaissances, mais aussi la plus-value que cela est censé produire pour rester dans le métier, varient selon les statuts, distinguant clairement médecins et paramédicaux.

Pour les paramédicaux, la nécessité de renouveler ses connaissances pour demeurer « obésologues » part d'un double constat : non seulement les formations initiales ont peu ou pas abordé les thématiques de l'obésité, de l'éducation thérapeutique et encore moins de la chirurgie bariatrique, mais le manque de résultats probants du travail concret laisse supposer qu'il ne suffit pas à combler les lacunes. Dans un contexte où, sur le modèle méritocratique, la formation continue s'impose pour promouvoir la responsabilisation individuelle dans la

¹ Les deux stratégies ne s'excluant pas nécessairement.

construction des trajectoires professionnelles¹, se former s'impose comme la manière la plus sûre pour pallier la situation. La perspective d'acquérir des savoirs valorisés et valorisants est synchronisée à celle de prolonger son engagement en « obésologie ». La formation la plus convoitée est le DU spécialisé en éducation thérapeutique. Alors que les soignants ont l'obligation de se former à cette pratique pour pouvoir exercer (« *on peut faire un programme, on peut demander l'autorisation, commencer à intervenir mais faut avoir une date de formation prévue. C'est-à-dire : je commence mais je suis formé dans l'année.* »), ils déplorent que l'enseignement qui leur a été financé soit non-diplômant. Au point que deux d'entre elles négligent totalement l'utilité de cette étape dans leurs carrières :

Là après moi j'aurais voulu me former, en fait, parce qu'on n'est pas formés en fait, formés à l'éducation thérapeutique. Ça c'est un problème. Donc là-dessus moi j'aimerais bien faire un DU donc là je m'y suis pris trop tard. J'ai eu l'acceptation de ma direction mais j'ai pas de fonds pour financer. Donc pour moi c'est trop tard, donc on verra l'année prochaine. C'est vraiment quelque-chose qui me tient à cœur.

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

On a eu trois jours de formation d'éducation thérapeutique non-validante pour un diplôme. Donc, je dis pas que ça a servi à rien mais ... euh ... ça nous a aidé pour se lancer dans le projet mais sinon non pas beaucoup.

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

La formation certifiante reçue par ces deux collègues a été dispensée simultanément à l'ensemble de leur équipe. Du côté de l'institution, cette démarche lui permet de se conformer de manière rentable aux injonctions de la HAS². Cependant les professionnels de cette unité, ne peuvent se satisfaire de cette seule certification, l'obtention d'un DU leur paraît indispensable. Pour ces deux soignantes, comme pour ceux qui associent le prolongement de leurs mandats d'« obésologues » à l'obtention de cette licence, le diplôme est un label de qualité : pas simplement pour leur garantir une mobilité au sein de l'espace médical (même à temps partiel), pas simplement non plus parce qu'ils ont incorporé le caractère classant des diplômes, surtout pas parce qu'ils espèrent une revalorisation salariale (le DU n'a pas cette valeur juridique), mais avant tout parce que cette démarche est personnelle. Il apparaît, ici, que c'est la dialectique entre transformations sociales de la figure du (bon) professionnel et parcours individuels qui

¹ Référence, ici, aux travaux de Michel Lallement qui montre comment la compétence s'est construite comme un révélateur des capacités des professionnels à donner du sens à un cheminement personnel et à y mettre de la cohérence. **Lallement M. (2007), *Le travail. Une sociologie contemporaine*, op. cit.**

² Dans le cadre de la loi HPST, l'arrêté du 2 août 2010 précise : « *L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme.* » Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022664581>

opère : responsables de leurs trajectoires, ils écrivent le scénario de leur destin de soignants. Mandatés pour le traitement médico-éducatif des patients obèses et dépourvus des techniques propres à l'ETP (ou en tout cas d'une labélisation de leurs acquis), comme de résultats, s'orienter vers des dispositifs pensés comme producteurs de savoirs s'impose comme une évidence, en concordance avec leurs dispositions sociales à la « bonne volonté culturelle », autant qu'avec un *ethos* professionnel défini par la persévérance. Un peu comme s'il fallait éliminer l'hypothèse de leurs propres incompétences pour comprendre pourquoi ils travaillent à ne pas guérir : « *j'aurais fait tout ce que j'ai pu après c'est pas que de ma faute* ».

C'est sur ce modèle heuristique que Jocelyne construit sa nouvelle identité. Après avoir initié sa carrière d'« obésologue » de manière autodidacte (« *j'ai commencé à bouquiner obésité. Moi je connaissais pas du tout* »), puis s'être formée à l'éducation thérapeutique, elle met à profit son nouveau statut d'indépendante pour enchaîner les occasions de renouveler ses connaissances sur la pathologie et sur différentes approches thérapeutiques qui pourraient lui être associées. Sa conviction est que la prise en charge hospitalière, telle qu'elle l'a expérimentée et telle qu'elle continue de se faire depuis son départ, est inadaptée aux besoins spécifiques de la patientèle obèse. À cela deux raisons : non seulement le cadre est trop rigide pour laisser place à toute inventivité¹, et en même temps l'« obésologie » étant en train de se faire, les connaissances sur les causes de l'obésité étant trop restreintes, les traitements le sont nécessairement. C'est ce qui justifie son exil vers le GROS et ce qui préside à son appétence intellectuelle pour tout ce qui s'expérimente autour de la pathologie :

Les choses évoluent, c'est en perpétuel questionnement. Si demain on nous dit : chez les personnes obèses, on sait qu'au niveau intestinal y'a ceci, y'a cela et que si on fait ça ben ça va améliorer ça, nous on l'intégrera dans notre prise en charge ! On n'est pas statique ! C'est ça qui est intéressant !

[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Adhérer au GROS devient la condition pour prolonger sa carrière d'« obésologue ». Suivre les formations qui y sont proposées, y puiser de nouvelles pistes pour réfléchir à d'autres manières de comprendre et de traiter l'obésité, en deviennent les moyens.

Pour l'ensemble de ces soignants paramédicaux, que renouveler leurs connaissances signifie convoiter un diplôme conforme à la culture légitime qui définit la pratique dans laquelle ils sont inscrits, ou explorer d'autres savoirs afin d'élargir le champ des possibles de cette même pratique, ces processus poursuivent le but commun d'échapper au stigmate de l'incompétence.

¹ Aux yeux de Jocelyne, l'hôpital vit sur ses acquis et l'éducation thérapeutique qui s'y pratique reproduit le modèle de la restriction cognitive.

Les travaux fondateurs sur la légitimité professionnelle¹ montrent que la notion managériale de la compétence s'est construite comme une *doxa* qui domine la structure sociale. Leur métier étant relégué à la périphérie de l'activité médicale, « obésologue » n'étant pas un titre, ces soignants qui « travaillent à ne pas guérir » sont d'autant plus disponibles pour adhérer au principe que la formation permanente, et à leur initiative, est la ressource la plus sûre pour promouvoir leurs pratiques professionnelles autant que la valeur que leur engagement. C'est sans doute ainsi que demeurer « obésologue » impose l'évidence de renouveler ses connaissances.

De leur côté les deux médecins qui opèrent cette même association d'idée, entre persévérance professionnelle et quête de savoirs, la concrétisent par une activité intense de lecture des publications scientifiques qui traitent de l'obésité, avec une préférence marquée pour les données de chirurgie bariatrique. Au regard de leur position dans la division du travail, il apparaît plausible que cela serve leurs pratiques professionnelles, que ce soit une manière de faire concorder travail prescrit et travail réel. Relativement aux rapports qu'elles entretiennent avec l'activité chirurgicale², il semble également cohérent de supposer que cela soit un moyen d'étayer leur positionnement, manière, ici, d'asseoir leur légitimité. Pour expliquer et interpréter cette dialectique, ce raisonnement sur leurs carrières, recourir à l'*ethos* discursif, comme constitutif de l'*ethos* professionnel, paraît opportun. Ce qui retient l'attention est, en effet, la récurrence de cette rhétorique sur leurs pratiques de lecture, à la fois lorsque ces médecins interagissent avec leurs équipes, mais également lorsqu'elles font le récit rétrospectif et projectif de leurs trajectoires³. Dans cette seconde situation chaque étape est associée à cette pratique, jusqu'à (comme leurs collaborateurs paramédicaux à l'égard des formations continues) la décrire comme allant de soi lorsqu'elles envisagent leurs destins dans le champ de l'« obésologie ». C'est à ce titre que l'*ethos* discursif permet d'appréhender comment ces deux praticiennes, dont la trajectoire les a déplacées dans l'espace social, se positionnent lorsqu'elles énoncent leurs manières d'être « obésologues ». Filles d'ouvriers, leur

¹ Boltanski L. et Bourdieu P. (1975), Le titre et le poste : rapports entre le système de production et le système de reproduction, art. cité.

² Emma, après avoir travaillé pendant sept ans en périphérie de la chirurgie, voue une profonde défiance, voire une certaine animosité, à l'égard de cette thérapeutique, au point que malgré son rôle d'« obésologue en chef » (au sens de référence institutionnelle) elle n'adresse qu'exceptionnellement ces patients au service de chirurgie nouvellement créé au sein de son établissement. Ces lectures à propos de la bariatrique sont d'ailleurs systématiquement mobilisées pour en souligner les limites aussi bien que les dangers (manque de recul, nombre de patients perdus de vue, effets secondaires néfastes, ...). Anne, prolonge sa carrière au-delà de l'âge de la retraite, pour mettre son expérience à profit de l'activité péri-chirurgicale, s'attribuant des fonctions de régulation pour que les actes opératoires demeurent sous contrôle.

³ En comparaison, la troisième médecin ne mentionne qu'une fois cette activité, lorsqu'elle est invitée à décrire de manière concrète son travail. C'est précisément de cet écart qu'est né la nécessité d'une démarche d'analyse.

investissement pour conquérir le titre de médecin, induit par un sentiment d'incomplétude sociale (« *moi j'avais qu'une hâte, c'était de passer mon Bac pour foutre le camps* »), est total, motivé par la volonté de visibiliser les capitaux culturels détenus par la branche familiale maternelle, pour l'une ; par les incitations paternelles, pour l'autre. Si le modèle d'une tante et d'une mère érudits ou les encouragements du père limitent les effets d'acculturation de leur ascension¹, il n'en demeure pas moins que la première continue d'expérimenter ses origines comme une honte sociale, la seconde comme une dette, les encourageant, dans les deux cas, à redoubler d'efforts pour légitimer leur position. S'investir totalement dans leur rôle d'« obésologue », tant que ce sera possible, ou sans compter ses heures, sont des manières de l'objectiver. Cultiver leurs connaissances médicales s'impose comme une nécessité pour se conformer au travail prescrit et s'identifier au groupe social d'appartenance. Le publiciser assure une image d'elles-mêmes « *dans un espace intersubjectif criblé de valeurs et de normes et dans lequel les interactions sociales sont vécues comme importantes* »². Lorsqu'elles interagissent avec les autres soignants, cet *ethos* discursif permet certes d'organiser les rôles au profit de la démonstration énonciative de la supériorité de leur situation objective. Mais lorsque ce même *ethos* traverse l'ensemble de la description de leurs carrières (de la reconstruction rétrospective à la projection), il révèle combien leur *ethos* professionnel est le produit d'un *ethos* du travail modelé par un effet d'hystérésis de l'*habitus* de classe les conduisant à prouver (à elles-mêmes, à la sociologue) qu'elles se donnent les moyens de rester en place.

Les manières de capitaliser des savoirs, comme moyen d'accompagner les projets professionnels dans le champ de l'« obésologie », en restant au fait de l'actualité scientifique, varient selon les positions au sein de la hiérarchie des postes de soignants. Néanmoins, elles ont en commun d'être des tentatives de résoudre le *hiatus* qui existe entre le métier de soignant dont la finalité est de rétablir la santé des patients et l'activité d'« obésologue » qui, malgré les soins administrés, ne parvient pas à guérir. L'objectif de cette démarche, raisonné par la durée des carrières déjà faites (« *j'ai compris que je suis pas sauveur de l'humanité* »), n'est pas tant d'y puiser la formule d'un traitement salvateur (« *on fera pas de miracles* ») que de se donner les moyens d'être des « obésologues » engagés. Se former à toutes les techniques à disposition, être informés de l'état de la connaissance scientifique sur la pathologie et ses traitements, sont

¹ Référence aux travaux de Ludivine Balland qui montre que les tensions identitaires produites par les écarts entre groupe d'appartenance et groupe de référence peuvent être réduites lorsque ces déplacements s'inscrivent dans une stratégie familiale de mobilité ascendante. **Balland L. (2012)**, « Un cas d'école. L'entrée dans le métier de professeur d'une « enfant de la démocratisation scolaire » », art. cité.

² **Jorro A. (2013)**, « L'*ethos* professionnel », in **Jorro A. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation**, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, p. 110.

autant d'entreprises, pratiques comme morales, d'y parvenir. L'acculturation fondatrice que provoque leur immersion dans une médecine qui ne guérit pas, alors que leurs projets initiaux étaient précisément de remédier à l'obésité (« *je croyais que j'allais les sauver* »), confrontée à l'impossibilité de lâcher prise (le mandat est trop rémunérateur), se résout par le besoin de maîtrise de la culture indigène.

A côté de cet objectif, autant intra-personnel qu'interprofessionnels, renouveler ses connaissances, comme moyen de prolonger sa carrière d'« obésologue » peut également viser à tenir un rôle d'informateur auprès des patients. Cette perspective est mobilisée par Vinciane et Alexandra, qui travaillent en périphérie de la chirurgie bariatrique, et Jocelyne, thérapeute du GROS. Elles ont en commun de côtoyer d'autres prises en charge que l'éducation thérapeutique hospitalière. Ainsi les soignantes de l'unité B expliquent qu'au-delà de mettre en œuvre les compétences propres à chacune de leurs deux disciplines, leur mandat nécessite de maîtriser suffisamment la bariatrique, aussi bien le geste chirurgical que ses conséquences anatomiques, pour pouvoir transmettre des informations précises aux patients en passe d'être opérés. Cette nécessité implique de continuer à fréquenter ponctuellement aussi bien le bloc opératoire que le congrès de la SOFFCO-MM¹ :

J'ai déjà été au bloc pendant mon stage puis au début de la création mais je vais demander à y retourner, ben pour expliquer aussi au patient comment ça se passe, quoi ! Comme ça on est capables de donner des détails du bloc, en fait : comment, réellement, vous allez le vivre, quoi ! C'est bien aussi, pour le patient y'a un peu le côté réconfortant en disant que c'est pas que de la théorie, on a été voir au bloc ce que c'est aussi, quoi !

[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]

Le congrès annuel de chirurgie bariatrique aussi, où faut essayer d'aller tous les ans pour essayer d'être le plus performante possible, quoi !. Par exemple, au début, j'osais rien faire faire aux patients. Les post-op, voilà je les mettais dans du coton. Maintenant trois semaines allez hop ! C'est pour ça, ça fait du bien, ça rassure, moi je continuerais d'y aller, ça permet de faire des petits ajustements ! Tous les ans, je me rends compte que je suis trop prudente et que ben non, y'a pas de raisons d'être trop prudents. Faut y aller, quoi ! Mais je sais pas à chaque fois, je me fais rattraper par le truc, je redeviens toujours trop prudente.

[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]

Leur mission, institutionnellement définie, est un travail d'éducation. En amont de l'acte chirurgical, elles ont à charge de préparer les corps, les comportements à la transformation mécanique du système digestif par le biais du fractionnement alimentaire, à l'amaigrissement par celui du renforcement musculaire. *A posteriori*, leur fonction consiste à s'assurer que les

¹ Société française francophone de chirurgie de l'obésité.

patients sont capables d'auto-observance afin de contenir les risques inhérents à l'amputation viscérale : vomissements et *dumping* syndrome¹ dans le cas d'une alimentation inadaptée, sarcopénie² et lombalgies dans celui d'une pratique physique insuffisante. Leurs carrières leurs ont enseigné que, dans la phase préopératoire, les patients sont plus préoccupés par l'intervention en elle-même que par ses effets secondaires. Plus encore, les écarts de compliance entre l'avant et l'après chirurgie s'érige en certitude que l'éducation préalable à la chirurgie est vaine, les patients appliquant les prescriptions, pour la forme, dans l'unique but d'être éligibles, sans en comprendre le sens, en mesurer le fond (« *avant la chirurgie, ils ne pensent qu'à la chirurgie* »). A force de discours inaudible c'est leur travail qui risque de devenir invisible, ceci d'autant plus que c'est bien la chirurgie que les patients ont délibérément choisie pour guérir, honorer les ateliers qu'elles animent n'est finalement qu'un protocole à respecter, une conséquence, latérale et imposée, de ce choix phare. Alors, puisque l'acte opératoire est au cœur du dispositif et des préoccupations, montrer qu'elles en maîtrisent les contours par une expérience concrète au bloc est une manière de donner de la visibilité à leur utilité, vécue comme faiblement identifiée par les patients ; autant qu'une façon de dominer la situation puisqu'à ce stade, excepté les équipes chirurgicales, ce sont les seules à savoir ce qu'est réellement l'intervention. Et puisque les techniques évoluent, prolonger son mandat impose de renouveler ses connaissances.

Pour Alexandra, le profit attendu d'un rapprochement ponctuel avec les chirurgiens n'est pas simplement motivé par les effets d'un travail à la lisière de ce qui compte vraiment pour les patients, mais également par la proximité avec ces acteurs opérés, que lui impose sa mission post-chirurgicale. Chaque année, l'inspiration qu'elle puise, lors des congrès, pour mettre en œuvre des programmes intensifs d'activité physique s'effrite au fil du temps et nécessite d'être réactivée. Un peu comme si, irrémédiablement usée par l'attentisme qu'elle prête aux patients (« *faut toujours insister, chez eux c'est pas inné* »), ce rendez-vous annuel en point de repère pour confirmer qu'il n'y a pas de contre-indication à les pousser à se dépasser, était le garde-fou pour limiter les effets socialisateurs de ses contacts prolongés avec ceux qui résistent à ces prescriptions. Plus qu'une condition pour demeurer « obésologue », ce renouvellement annuel d'appuis sur les connaissances des chirurgiens des effets de leur art sur les corps, des possibles pour les discipliner, fabrique sa carrière. Cette étape cyclique lui permet, indications chirurgicales à l'appui, de réaffirmer aux personnes opérées (au moins pour un

¹ Malaise multi-symptomatique provoqué par l'arrivée d'aliments non digérés dans l'intestin grêle.

² Fonte musculaire conséquente qui dégrade de manière conséquente les performances physiques.

temps) que, contrairement à la maladie, la convalescence n'est en rien une autorisation à la déviance (ici, la sédentarité). Manière, en somme, de les informer qu'avisée, elle est légitime à vouloir leur faire éprouver leurs limites, à y voir un chemin vers une guérison totale, aussi bien physique que morale

Diversifier ses connaissances est également une nécessité pour continuer d'interagir avec ses patients lorsque Jocelyne envisage son avenir professionnel. L'accession au statut de thérapeute du GROS s'ancre dans cette démarche qui a transformé ses manières d'être, d'agir et de penser l'« obésologie ». Les tensions générées par l'écart entre sa mutation et les pratiques conventionnelles se soldent par une rupture de contrat (sous la forme d'une retraite anticipée) avec l'institution hospitalière pour qui elle a travaillé pendant 38 ans. Non résolue à abandonner la partie, elle s'installe en auto-entrepreneuriat, avec ses preuves à faire. Preuve, bien-sûr, que cette entreprise est viable, la pérennité de son autonomie en dépend. Preuve, aussi, que sa tentative de distorsion des savoirs et des pratiques, établis dans le champ de l'« obésologie » locale, est justifiée : d'autres vérités existent. Preuve, enfin, qu'elle est digne de sa nouvelle affiliation au GROS, et surtout de son titre de thérapeute déléguée à sa cause. « *Je suis thérapeute officielle du GROS* » raisonne autant comme une victoire que comme une conquête, elle a beaucoup à apprendre. Se constituer une patientèle, maîtriser les contours de consultations à domicile¹, gérer son chiffre d'affaires sont autant d'éléments éloignés des savoirs acquis en qualité d'infirmière salariée. Pratiquer la « pleine conscience » n'est pas, non plus, en concordance avec l'*épistémè* qui organise l'éducation thérapeutique hospitalière au sein de laquelle elle s'est professionnalisée. Adapter les outils de cette thérapeutique émergente à la singularité des patients obèses, pensés comme définis par un défaut de conscience de soi, est encore au stade expérimental. Cultiver ses savoirs, pour proposer un traitement et des conditions de prises en charge attrayantes, qui sauront légitimer (auprès des patients, de ses anciens collègues, de son nouveau groupe d'appartenance mais aussi d'elle-même) son engagement, est une manière interprétative de se conformer aux normes en vigueur au sein du GROS. Autoproclamé comme le lieu de l'émulsion (et de l'émulation) intellectuelle autour de la question épineuse d'une panacée de l'obésité, ce groupement de soignants, par ce qu'il revendique et par ce qu'il agit, est un terrain propice pour cultiver son goût pour la dissidence (révélé lors de ses insertions totalisantes au sein de l'hôpital). Appartenir à ce groupe valide également sa croyance aux vertus d'une capitalisation culturelle, à la fois acquise au gré de ses

¹ Frais et temps de déplacements, tarification, durée des rendez-vous et de la prise en charge, ...

expériences sociales précédentes, en train de se faire¹, mais aussi héritée² de l'idéologie méritocratique au fondement de la démocratisation scolaire. Dès lors, lorsqu'elle interagit avec sa patientèle, la détention de savoirs confidentiels gage de sa conformité à ce quelle marchande : une thérapie qui se démarque de celles qui dominent le marché local et qui ont échoué (« *on m'envoie souvent un peu les cas désespérés* »).

Renouveler ses connaissances pourrait passer pour allant de soi lorsque les projets de carrières sont de rester en place. Cette posture paraît en adéquation avec les injonctions de se former continuellement, d'améliorer ses pratiques pour être conforme au modèle d'un professionnel investi et autonome. Perfectionnisme et orthodoxie dont la quête pourrait d'ailleurs prendre un sens et une valeur majorés lorsque, comme pour ces « obésologues » qui travaillent à ne pas guérir, les effets du travail réel divergent considérablement du travail prescrit. Mais cette apparente évidence abrite, en réalité, plusieurs façons de la comprendre, de s'y intéresser, de se l'approprier. Le lien est finalement ténu entre le renouvellement cyclique des connaissances et l'espoir de guérir. Leurs carrières en « obésologie » pondèrent ce deuxième aspect, dans l'espace de l'entre-soi ce rapport raisonnable au métier est d'ailleurs dicible. Cette recomposition, plus ou moins totale, de l'identité de soignant façonne une convoitise de connaissances qui s'éloigne de la morale attendue lorsqu'un professionnel de santé se forme ou s'informe. Plus que de pouvoir transformer ces nouveaux savoirs en actions concrètes auprès des patients, il s'agit avant tout de capitaliser une culture pensée comme légitime et donc variable selon les expériences sociales de chacun. Obtenir un diplôme pour visibiliser des compétences pratiques mises en œuvre depuis plusieurs années, s'appuyer sur des données scientifiques pour attester du bien-fondé de son positionnement, être avisé de ce qui se fait sur la table d'opération ou de ce qui se dit entre chirurgiens, se revendiquer ambassadrice locale d'une « obésologie » hétérodoxe, sont autant de manières de composer entre ce que fait l'incertitude des connaissances sur l'obésité à ceux dont le mandat les désigne pourtant comme les détenteurs du savoir et les variations de nécessités pratiques et morales de rester en place.

¹ Référence aux logiques plurielles de la socialisation réactualisées par Murielle Darmon. **Darmon M. (2007)**, *La Socialisation*, Paris, Armand Colin.

² Annie Collovald montre que plus que les rôles sociaux incorporés, « *les individus sont aussi habités, sans forcément le savoir, par l'histoire sociale passée de toutes les institutions qui ont forgé et forgent encore le monde social* ». **Collovald A. (2002)**, « Pour une sociologie des carrières morales des dévouements militants. », in **Collovald A. et al.**, *L'humanitaire ou le management des dévouements : Enquête sur un militantisme de « solidarité internationale » en faveur du Tiers-Monde*, Op. Cit.

La force symbolique de la blouse blanche, autant que l'hégémonie de la performance qui traverse l'ensemble de la structure sociale, sont suffisamment puissantes pour que « travailler à ne pas guérir » déstabilise l'ensemble des « obésologues » aussi bien dans leurs convictions que dans leurs manières d'interagir avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le traitement de l'obésité. Pour autant, cette tension entre travail prescrit, dont ils s'emparent comme autant de perspectives de valoriser des spécialités invisibilisées par le système de rétributions symboliques qui structure le champ médical, et travail réel qui, par l'absence de résultats tangibles, circonscrit le champ des possibles à des hypothèses incertaines, n'agit pas en repoussoir pour neuf des quatorze soignants enquêtés. Parmi eux, les deux professionnels qui sont devenus soignants précisément pour se consacrer à la patientèle obèse, les trois médecins qui, en orchestrant les prises en charge, sont identifiées comme spécialistes de la pathologie¹ et Jocelyne qui, pour préserver son identité professionnelle, préfère rompre avec des pratiques hospitalières jugées comme inadaptées aux besoins spécifiques des patients. Les raisons d'être « obésologue » au long cours, sont variées et peuvent d'ailleurs impliquer des motifs purement matériels tels que des modalités d'emploi avantageuses (forme juridique du contrat, horaires de travail). Toutefois, pour tous, envisager de demeurer « obésologue » nécessite quelques ajustements sur lesquels l'emprise de la figure du « bon professionnel », suffisamment investi et autonome pour accroître ses compétences (aussi bien pratiques que théoriques), agit différemment selon la place de chacun au sein du dispositif de soin, autant que selon les socialisations qui façonnent leur régime cognitif. Si les voies empruntées, ou envisagées, pour rester en poste sont conformes à ce modèle, diversifier ses pratiques et renouveler ses connaissances ne visent pas particulièrement à solder ces expériences par un travail collaboratif vers de meilleurs résultats grâce à une prise en charge améliorée par les efforts de chacun pour perfectionner ses compétences. Cette démarche est avant tout une affaire de dignité personnelle. Il s'agit de s'aménager des espaces pour soi-même pour que « travailler à ne pas guérir » continue de ne pas altérer le « sens de soi ». La gamme des logiques plurielles qui président à ces stratégies s'étire alors de la crainte d'être contaminé par l'amoralité des acteurs obèses au désir d'émulation comme principe distinctif.

¹ Pour deux d'entre elles, cette réputation dépasse les frontières du territoire local.

2.2 Une blouse blanche à défendre : un sentiment au croisement de la morale et des raisons pratiques.

« Après je sais que je ferai pas ça toute ma vie. Premièrement parce que je pense que c'est important de changer régulièrement de services parce que à un moment donné on reste sur des acquis et ... voilà même si l'obésité c'est très riche, ça tourne en rond. Et voilà, le côté changer de perspective, changer de population, voir d'autres choses. »

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

Lorsque la question des perspectives professionnelles est abordée, trois soignantes envisagent d'exercer auprès d'autres patientèles : Irène (infirmière) et Sophie (psychologue), pour qui cet horizon demeure lointain, et Florence (diététicienne) pour qui cette réalité est déjà en train de se faire au moment de l'enquête. Profitant de l'organisation hospitalière, elle diversifie au maximum ses mandats dans l'espoir de pouvoir, à terme, exclusivement se consacrer aux patients hospitalisés dans le secteur traditionnel d'un service d'EDN. Cette volonté n'est pas nouvelle, elle s'est initiée dès que le service A s'est spécialisé dans une approche exclusivement médicale de l'obésité, la contraignant à abandonner le suivi des patients opérés. Cette reconfiguration de son poste l'éloigne d'une pratique qu'elle affectionne particulièrement, la mise en œuvre d'une technicité que Florence définit comme le cœur de son métier puisqu'il s'agit de calculer les besoins en nutriments à partir d'analyses biochimiques. Son expérience en ETP est d'emblée une frustration à laquelle elle pallie en assurant, dès qu'elle en la possibilité, des remplacements dans d'autres services (pédiatrie, pneumologie et médecine du sport), qui sont autant d'occasions pour renouer avec son goût pour une diététique plus technique que sociale. Depuis, elle réduit progressivement son temps en « obésologie » au profit des patients diabétiques ou dénutris. Ce n'est pas le traitement de l'obésité, en soi, qui pose un problème à son identité de diététicienne mais bien la méthode thérapeutique qui lui est associée, au sein de son service. Travailler en périphérie de la chirurgie bariatrique, et notamment accompagner les patients dans leur suivi post-opératoire, était conforme à ses représentations du métier, lorsqu'il est exercé en milieu hospitalier. Ce n'est pas le cas du programme médico-éducatif qui mobilise ses seules compétences relationnelles et pédagogiques. De plus, Florence a acquis la certitude que seul l'acte opératoire peut apporter une réponse pondérale à l'obésité

pendant que ses interventions en ETP la contraignent à interagir avec des patients qui « *espèrent toujours qu'ils vont perdre du poids.* »

A la fois, dépossédée des techniques qu'elle maîtrise, et persuadée que le travail est vain, participer à ce protocole de soins annule tout sentiment d'être utile. Le constat est sans appel : son destin de diététicienne hospitalière est ailleurs. Pour autant, et c'est ce qui la rallie aux deux autres soignantes qui envisagent de se tourner vers d'autres services les difficultés liées à une supposée « personnalité obèse »¹ sont très exceptionnellement évoquées. Seul le déni des patients obèses, à accepter qu'il soit trop tard, est un frein à l'alliance thérapeutique.

Ce n'est pas la routine d'interactions qui se répètent à l'identique avec des patients pensés comme tous les mêmes, ni l'usure d'un traitement qui n'opère pas, qui les amènent à questionner leur place « en obésologie ». Pour cette diététicienne c'est l'inadéquation entre une pathologie devenue « *organe qu'a sa vie propre* » et une pratique (para)médicale dépourvue de procédés techniques qui la pousse à exercer là où, elle l'a expérimenté, elle peut user de toutes les ficelles de son métier. Ce qui éveille ses collègues à un possible ailleurs, est avant tout l'organisation hospitalière.

Irène, infirmière depuis 34 ans, a consacré une grande partie de sa carrière au service EDN, se spécialisant progressivement en « obésologie », à mesure que l'organisation de la prise en charge se construit. Son insertion au sein du programme d'éducation thérapeutique est vécue comme une opportunité de diversifier ses pratiques alliant technicité du soin infirmier, compétences relationnelles d'écoute et d'accueil, et travail éducatif d'accompagnement à l'auto-observance. Autant d'occasions qui lui permettent de définir une aire d'action conforme aux valeurs qu'elle associe à son identité professionnelle. Mais après de nombreuses réformes de l'hôpital qui, en introduisant des techniques de *management* néo-libérales, ont profondément changé la réalité du métier, la contraignant à déplacer peu à peu son travail vers des tâches administratives, la loi de Modernisation du système de santé de 2016 s'inscrit comme celle de trop. Au moment de cet entretien, sa décision n'est pas prise, mais la perspective de devoir s'éloigner, toujours plus, de ce qui fait son cœur de métier rend possible un éventuel départ vers d'autres sphères :

R : C'est un métier varié mais des fois ça nous fait beaucoup et on voudrait pas ... comment vous dire ... c'est ça qui nous fait peur par rapport à la nouvelle organisation qui va arriver. Puisque nous, on considère que le patient c'est un être humain et que on veut prendre du temps aussi avec eux et que on a peur que ça devienne un peu une usine. C'est-à-dire qu'il va falloir faire, on va être dans le

¹ Cette croyance est très véhiculée par l'ensemble des autres « obésologues ».

faire et non dans le être. Et c'est ça qui nous fait peur. Et que moi ça va pas correspondre à mes valeurs.

Q : C'est-à-dire ? Qu'est-ce qui risque de changer ?

R : Je vous ai parlé de notre activité mais ça c'est le matin mais l'après-midi et bien on prépare tous les dossiers, tous nos dossiers qu'on doit préparer pour la semaine d'après. Donc on a un gros travail administratif à faire. Et dans la réorganisation ... c'est-à-dire que la programmation est faite actuellement par l'unité centrale mais après ce sera nous qui ferons la programmation, donc ce sera encore plus important.

Q : Et vous disiez que ça risque de plus vous plaire ...

R : Ouais. J'me pose des questions. Parce que le ... dans le programme ETP, ce qui est super important, parce que moi je demande toujours aux gens quand je leur dis au revoir, comment ils ont trouvé la journée et comment ils ont trouvé cette prise en charge. Souvent ils sont assez satisfaits mais ce serait dommage qu'on passe de moins en moins de temps auprès d'eux et qu'on raccourcisse le temps d'écoute auprès du patient. Moi j'adore être ici. Mais là c'est trop. Je commence à me dire que ben tant pis, faudra peut-être partir.

Q : Partir où ?

R : Oh je sais pas, y'a rien de concret, c'est juste que ... C'est-à-dire qu'on perd les valeurs du métier d'infirmière. On n'est pas simplement là, auprès du patient à faire notre petite prise de sang, c'est du temps de présence auprès d'eux.

[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]

Malgré les conditions idéales que lui permet son poste, tant sur le plan du travail concret, que sur celui des conditions pratiques qui encadrent son mandat (prise en charge pluridisciplinaire et modalités d'emploi) les frais de la rationalisation de l'activité font vaciller les bénéficiaires à être « obésologue ».

C'est également ce calcul coûts/avantages, opposant un système défaillant à son *ethos* professionnel, que mobilise Sophie, psychologue, lorsqu'elle affirme : « *je sais que je ferai pas ça toute ma vie* ». Si, là encore, rien de concret n'est réellement acté, cette psychologue ne conçoit pas cautionner, sur le long terme, l'organisation du dispositif de soins auquel elle participe. Deux griefs majeurs président cette conviction. Non seulement sa position l'empêche de participer aux décisions d'opérer les patients qu'elle accompagne. Si elle s'accommode de cette situation pour l'instant, être dépossédée de cette autorité ampute trop son mandat pour qu'elle l'intègre définitivement à la définition de son rôle. Mais, sa carrière lui a aussi appris à aiguïser le regard critique qu'elle porte sur les critères d'opérabilité. A force de constater que certaines décisions n'auraient pas dû être prises, mettant en danger la santé psychique de patients qui n'étaient pas prêts à une telle transformation d'eux-mêmes, rester en poste serait une caution des pratiques de l'équipe chirurgicale à laquelle elle ne peut se résigner indéfiniment :

C'est extrêmement frustrant. D'ailleurs des fois je fais des courriers en disant : ben cette personne-là il faut pas l'opérer mais une fois que le chirurgien a dit au

patient : on va vous opérer, si la psy elle dit non, c'est trop tard entre guillemets, quoi ! Mais oui, c'est extrêmement frustrant et je sais que par la suite ça va être très compliqué, pour nous ici, dans le service, on s'en fiche, mais dans la vie du patient ça va être compliqué.

[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]

À l'identique du regard que porte Irène, Sophie mesure les mêmes avantages de son rôle en éducation thérapeutique. La pluralité des troubles associés à l'obésité (« *les patients obèses, si vous voulez, c'est vraiment l'extrême de plein de troubles psychologiques* ») maintient son intérêt de psychologue (« *je pense que c'est quelque-chose de très intéressant* »). C'est l'occasion d'expérimenter un panel large de compétences propres au travail psychothérapeutique. Toutefois, la prégnance des failles agissant sur la réalité des pratiques en chirurgie bariatrique, entre de plus en plus en conflit avec les schèmes axiologiques qui façonnent son sens du métier, au point que la seule issue envisageable est de consacrer, à l'avenir, sa profession à d'autres prises en charge.

Le récit biographique des trajectoires professionnelles de ces trois soignantes montre que leurs licences sont l'expression d'une vocation, autant que leur professionnalisation dans le champ de l'« obésologie » a pu être l'occasion de faire concorder valeurs visées avec valeurs agies, compétences incorporées et compétences attribuées. Au gré de la réorganisation locale de la prise de la charge, des mutations du travail hospitalier, ou d'interactions avec des « obésologues » finalement peu enclins à coopérer à la définition qu'elles ont de ce que doit être le parcours de soins des patients obèses, le désenchantement s'installe. Régler ce conflit, entre le sens qu'elles ont de leur métier et la réalité du travail concret, n'est pas simplement une affaire de choix entre une fidélité à soi, à son éthique, et un maintien du poste qui impliquerait un dédoublement de soi entre valeurs et actes. Dans ce dilemme entrent également, à des degrés variables selon les trajectoires sociales, les linéaments qui caractérisent la réalité du marché du travail paramédical, la loyauté à des équipes et leurs *mentors* avec qui l'activité s'est construite, et l'utilité à rester au cœur du système pour tenter de contrôler les effets de ses dérives.

La professionnalisation de son goût pour une alimentation rationalisée¹ que permet le métier, l'ascension sociale que représente son BTS², l'autorisation sociale que fournit la blouse

¹ Le végétarisme précoce de cette diététicienne a été autorisé par sa mère à condition que les apports protéiniques ne soient pas supprimés de son alimentation. De cette expérience autodidacte fondatrice est né un véritable goût pour la rationalisation des apports alimentaires.

² Les faibles capitaux scolaires de ses parents (BEPC et CAP) sont décrits comme la cause de leur assignation à des métiers peu valorisés de la fonction publique territoriale (cantonnier et restauratrice de livres). Réceptive à l'idéologie méritocratique, cette professionnelle, malgré son goût pour la diététique, Bac A1 en poche, s'essaie à des études supérieures en philosophie avant de préférer rentabiliser son investissement scolaire par un diplôme professionnalisant (« *j'ai vite bifurqué parce que y avait pas de voie* »). Elle passe un Bac S puis un BTS diététique par correspondance.

blanche à posséder des compétences (para)médicales, la valorisation de la spécificité de son savoir-faire que lui offrent ses expérimentations de postes techniques, la sécurité financière et d'emploi que lui garantit son statut d'agent de la fonction publique hospitalière sont autant d'éléments qui façonnent l'identité de diététicienne de Florence, qui entend dissocier son titre du soin « obésologique ». Depuis sa mise à l'écart de l'activité chirurgicale, les logiques d'identification qui sous-tendent son engagement dans sa carrière en diététique sont en tension avec son appartenance à l'hôpital. Ne souhaitant abandonner ni son métier, ni l'institution et, en même temps, résignée à ce que le traitement de l'obésité, tel qu'il est professé par la seule prise en charge médico-éducative, ne soit plus une voie de salut pour l'exercice de son art, elle utilise les règles qui font le système. Prenant acte du régime d'auto-ajustement des effectifs pour gérer l'absentéisme, elle construit, patiemment, sa trajectoire de professionnelle de santé, au cœur de l'appareil hospitalier. A la fois loyale à elle-même et conforme à l'injonction paradoxale qui exige autant une implication individuelle qu'un détachement du poste de travail, Florence construit les conditions objectives pour que sa blouse blanche réassure l'identité valorisée de soignant. Mais cette entreprise n'est pas simplement le fruit du pragmatisme qu'elle s'attache à mobiliser lors de la construction rétrospective de sa trajectoire professionnelle. Les tensions entre chirurgie et médecine, plus que de déstabiliser ses seules pratiques, bousculent également sa représentation enchantée du monde médical. Ce passage brutal d'une communauté qui collabore, pour travailler à guérir, à une adversité qui oppose aussi bien les institutions, les thérapeutiques, que les ténors locaux de l'« obésologie » ternit subitement l'image d'une médecine qui passe de l'exemplarité à l'indignité :

Moi, quelque-part, j'avais pas envie d'appartenir à ce corps médical qui se tire dans les pattes parce que c'est quelque-chose qu'est pas très glorieux. [...] C'est quoi ? C'est des egos ? C'est des enjeux financiers ? Je sais pas trop. Je sais pas ce qui s'est passé et que je trouvais ça vraiment déplorable et que ça donnait vraiment une mauvaise image des professionnels de ce secteur-là !

[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]

Cette deuxième lecture des effets du déclin d'une prise en charge collaborative heurte l'idée qu'elle se fait de ce que doit être le soignant modèle et qui l'a poussée à faire profession. Mue par un attachement identitaire aux fonctions de diététicienne, dont elle est certaine qu'elles peuvent rétablir la santé grâce à une manipulation experte de la composition des aliments, la volonté, comme la nécessité, de demeurer soignante perdurent. Résoudre cette impasse morale l'engage à se distancier des « obésologues ». Crier *haro* sur « *les professionnels de ce secteur-là* » se construit comme une stratégie pour continuer d'endosser une blouse blanche qui acte

son appartenance à ceux qui travaillent à guérir. C'est dans ce double sens, pratique et moral, que changer de mandat est la condition pour que sa licence continue d'être l'instrument d'harmonisation entre identité réelle et identité virtuelle¹.

De son côté, Irène qui expérimente les reconfigurations de son travail², induites par les réformes hospitalières, comme une atteinte à son identité professionnelle, ne se résigne pas, deux ans après sa première *interview*, à concrétiser le départ alors envisagé. La difficulté de passer à l'acte mêle, là encore, pragmatisme et engagement moral. Proche de l'âge de la retraite, espérer trouver un poste qui lui offrirait les mêmes avantages en termes d'expression de soi et de modalités d'emploi, tout en se préservant des effets des mesures de rentabilisation, est peu probable. Dans un contexte qui se dégrade pour tous, le calcul le plus raisonnable reste encore de tirer les avantages d'un rôle qui, en alliant actes de soins infirmiers et accompagnement socio-éducatif, correspond à sa définition du métier. En complément de ce regard sur son parcours professionnel, intervient aussi la nécessité vertueuse de rester fidèle à une patientèle qu'elle affectionne. Fidélité également vouée à une médecin avec qui elle partage une transformation progressive du regard sur la pathologie, des façons d'intervenir auprès des patients (« *quand on a commencé à travailler sur l'obésité, on était plus directives dans notre façon de faire. Et puis ben on évolue, on se dit : ben que ça se fait pas, que ça marche pas* »).

Lors des interactions avec les acteurs obèses, sa position d'intermédiaire, entre eux et le reste de l'équipe dont les prérogatives sont moralistes³, lui vaut la place de celle qui, loin d'être attendue sur d'éventuels blâmes, est projetée comme capable d'accueillir aussi bien les difficultés inhérentes au programme⁴, que les réticences à rencontrer tel ou tel soignant⁵.

¹ Goffman, E. (1975), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, op. cit.

² Voir Acker F. (2005). « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. », art. cité.

³ Pendant que les données recueillies par les autres paramédicaux font l'objet d'injonctions immédiates qui visent à normaliser les comportements (manger moins ou mieux, bouger plus ou de manière plus adaptée, interroger le sens de l'histoire ou du projet pondéral), les informations médicales et sociales récoltées lors des consultations infirmières, elles, sont transmises à la médecin qui les traduit en prescriptions. Dépourvue de tout pouvoir prescriptif, les conseils dispensés par l'IDE sont plus aisément interprétés pour ce qu'ils sont, loin de tout jugement ou impératif.

⁴ Si les difficultés temporelles et financières liées à une prise en charge de trois ans sont évoquées avec l'ensemble des soignants, autant que celles rencontrées par un travail médical qui bouleverse l'ordre établi domestique (aussi en bien en termes de pratiques quotidiennes que de positions au sein de la sphère familiale), les doutes sur les modalités concrètes de prise en charge, eux, paraissent rarement dicibles. Si ce n'est pour certains patients mais qui réservent alors ces observations aux infirmières. Deux occasions sont alors privilégiées pour de telles formulations : la passation longitudinale d'un questionnaire, élaboré selon la méthode de Likert, sur l'estime de soi, certains patients jugeant les questions trop intrusives, voire stigmatisantes, et la récurrence de l'exercice insensée puisqu'il suffit de repérer les réponses attendues pour obtenir le score maximal ; le bilan de chaque journée d'hospitalisation où il revient aux IDE de retranscrire les décisions prises en équipe, Irène conclut systématiquement en recueillant l'avis des patients. Cette question peut alors donner lieu à l'expression de *griefs*.

⁵ Si cette professionnelle est la seule à évoquer ce type de confidences sur les craintes des patients, notamment à l'égard des médecins, plusieurs d'entre eux expliquent qu'effectivement les interactions avec les infirmières leurs

Attributs conformes à l'empathie dont elle se revendique et qui nouent l'attachement qu'elle a pour cette patientèle qui conforte son identité professionnelle autant que son sentiment d'« être utile ». Cette position privilégiée auprès de patients se double du sentiment d'être particulièrement favorisée par la médecin de son service puisqu'elle interprète la longévité de leur collaboration (13 ans) comme le crédit de ses propres compétences. Cette valorisation renforce son attachement à ne pas être l'instigatrice d'une rupture de cette fidélité mutuelle. Ces difficultés à rompre le lien avec les acteurs principaux de l'« obésologie » (les patients et la médecin référente) déplacent ses possibles, pour gérer l'atteinte identitaire que représente l'entreprise d'intensification du travail hospitalier. La perspective d'un changement de poste se transforme en un engagement dans une carrière militante. Jusque-là, peu coutumière du fait, elle investit le champ de la revendication sociale.

Infirmière depuis 34 ans, progressivement devenue « obésologue », malgré une succession de mobilisations de son corps de métier pour conquérir une identité professionnelle¹, sa carrière n'est marquée ni par un engagement politique, ni par une participation personnelle durable à l'action collective menée par ses pairs. Pourtant c'est bien cet héritage qui entre en œuvre lorsqu'à force de réformes, elle acquiert la conviction que l'« obésologie », cette médecine qui a du temps à consacrer à des patients difficilement guérissables loin de tout objectif de rentabilité, est en danger. Héritage parce que son immersion progressive au sein d'un programme spécifiquement dédié aux acteurs obèses l'a progressivement éloignée d'un sentiment d'unicité avec son groupe professionnel : ses missions et ses conditions de travail sont éloignées de celles de ses pairs. Pour autant, lorsque ses pratiques d'infirmière « obésologue » sont menacées, faire corps avec ses homologues lors de chaque mouvement de contestation, pour dénoncer les effets de l'intensification du travail sur la qualité des soins, s'impose comme une évidence. « Obésologue » en danger, c'est en mobilisant les formes d'actions qui font l'histoire de sa profession originelle qu'elle puise les moyens de faire concorder valeurs visées et valeurs agies. Loin de servir un projet de carrière individualisé², investir le champ de la contestation est une manière de revendiquer son rôle d'infirmière afin de militer pour la cause des patients obèses et de leurs soignants, autant que de mobiliser son expérience d'« obésologue » pour exemplifier la condition des infirmiers.

semblent suffisamment apaisées (parce que plus dégagées d'un sentiment de jugement moral) pour formuler leur inquiétude à propos de l'interprétation médicale de leurs résultats.

¹ Broutelle A.C (2009), « Infirmière : une profession problématique. », art cité.

² Les espoirs d'Irène d'infléchir la réorganisation hospitalière sont minces, elle ne vise non plus aucun mandat syndical.

Pour Irène, changer de mandat est un principe réactif lorsque la Loi de Modernisation du système de santé de 2016 se profile. Tout compte fait, le champ des possibles, pratiques comme moraux, d'une défection (*exit*) effective paraît trop restreint, exprimer son mécontentement (*voice*) se construit synchroniquement comme une redéfinition de son rôle et une modalité d'appartenance à son groupe professionnel¹.

Si Sophie est aux prises avec les mêmes négociations, entre le sentiment d'un *ethos* professionnel menacé par des enjeux de rentabilité et un attachement pour ceux qui font l'« obésologie » (les patients et son équipe péri-opératoire), entre son titre de psychothérapeute et la réalité de son poste d'« obésologue », les manières de gérer la situation sont totalement différentes. Agée de 28 ans, changer de service n'est pas une simple réaction à la tournure que prend le traitement de l'obésité, c'est, en soi et pour soi, une étape anticipée pour servir son projet professionnel (« *changer de perspective, changer de population, voir d'autres choses* »).

Héritière d'une histoire parentale avantageusement marquée par une dotation en capitaux sociaux, travailler dans le champ de l'« obésologie » est une étape pour construire sa carrière de psychologue. A ce titre, son adhésion à l'organisation de la prise en charge est d'emblée conditionnelle, elle doit être utile à sa progression personnelle. Véritable instrument de professionnalisation, son immersion auprès des patients obèses, atteints d'une pluralité de troubles psychologiques, lui permet d'acquérir des savoirs d'expériences qui légitiment les savoirs académiques attachés à son titre. En parallèle, pour que cette juxtaposition soit opérante, elle demeure vigilante à ce que cette opportunité participe réellement à son autonomie². Si son exclusion de la décision d'opérer constitue une atteinte à ce projet, les avantages curriculaires à demeurer en place et les contraintes du marché du travail psychothérapeutique (« *comme tous les étudiants de psycho, j'ai galéré pour trouver du travail* ») sont des conditions objectives pour qu'elle maintienne, malgré tout son engagement dans le champ de l'« obésologie ». Résolument tournée vers le futur, cette loyauté calculée ne peut être que temporaire, soumise aux effets de la permanence de ses dispositions critiques, par ailleurs cultivées par la posture de vigie adoptée par la médecin qui coordonne son service et qui fait figure de *mentor* auprès d'elle et de toute son équipe. A mesure qu'elle voit des patients subir les effets secondaires, quelques-fois dramatiques, d'une transformation brutale produite par l'acte opératoire (« *on a pris en*

¹ Voir les travaux d'Albert Otto Hirschman. **Hirschman A.O. (1970)**, *Défection et prise de parole. Théorie et application*, op. cit.

² Attitudes qui correspondent en tous points à l'identité de réseau déclinée par Claude Dubar. **Dubar C. (1995)**, *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, op.cit.

charge des patients en décompensation ici, qu'on a fait hospitaliser en psychiatrie »), elle aigüise ses arguments sur la nécessité de réactualiser son identité professionnelle ailleurs (« *ça me dérange un petit peu de, de participer à ça* »). L'inconséquence d'un chirurgien qui opère de manière abusive, l'autoritarisme d'une psychiatre qui ignore ses recommandations, les incohérences d'une prise en charge qui divise hermétiquement le travail entre ceux qui gèrent l'accompagnement péri-opératoire et la décision d'opérer, s'imposent progressivement comme autant de raisons pour ne plus accepter d'être soumise à une rémunération qui dévalue ses compétences (« *c'est pas un salaire mirobolant* »). Disponible à toute opportunité qui lui permettra de valoriser sa licence, ainsi se construit la concrétisation de son changement de mandat.

Attachées à leur blouse blanche, autant qu'au territoire de compétences propre à chacune de leur discipline, l'« obésologie », en tant que thérapeutique pluridisciplinaire, à la fois identifiée dans le maillage territorialisé des institutions de soins par la labellisation des CSO, et en quête de juridiction, se profile comme une opportunité de légitimer autant que de singulariser leurs savoir-faire. Cependant, pour ces trois professionnelles, c'est précisément parce que cette prise en charge se partage avec d'autres, plus puissants qu'elles, parce qu'elle se construit en même temps que les restructurations hospitalières, que leur mandat se distend finalement du sens qu'elles ont de leur licence. De plus-value potentielle, l'« obésologie », telle qu'elle se transforme¹, devient un risque pour leurs identités professionnelles. Un conflit s'installe entre les vocations initiales à travailler dans le secteur de la santé, où l'équilibre entre le *care* et le *cure* varie selon des attributs sociaux modelés par les trajectoires, et la construction contrariée de ce que pourrait être l'« obésologie » (spécialité médicale dont l'échelle des exigences professionnelles varie de la maîtrise technique à l'expertise relationnelle). Pour le résoudre ces trois soignantes usent de stratégies différentes. Pour toutes, l'enjeu est de tenter de réenchanter des carrières mises à l'épreuve par des expériences déclassantes. Les représentations qu'elles ont d'elles-mêmes, de ces vécus, sont autant de variables d'ajustement pour continuer de travailler à leur salut professionnel. Chacune puise dans le répertoire de comportements rationnels décrits par Albert Otto Hirschman lorsque le mécontentement s'installe. Défection, prise de parole et loyauté calculée sont autant de manières de dialoguer avec ce que fait la réalité de l'« obésologie » à leur blouses blanches.

¹ Au gré des luttes de pouvoir pour définir les positionnements des institutions (et des médecins) dans l'offre de soin, des réformes qui modifient les modes de fonctionnement internes des établissements et des arrangements discrétionnaires avec les recommandations de la HAS.

2.3 Un travail paramédical qui ne fait plus recette : rejets de la moralité du secteur sanitaire.

« On se rapproche d'une offre de soin territorialisée mais avec, du coup, une médecine à 2 vitesses parce que réservée à ceux qui en ont les moyens. Donc les plus ... euh ... les patients qui ont le plus de difficultés financières, il faut qu'ils viennent sur un hôpital loin, qu'ils aient des frais de déplacement pour ne pas payer de frais de consultations. Donc, en fait, on ne fait qu'augmenter les inégalités sociales. Ça c'est sûr ! »

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Un dernier groupe de soignantes se distingue franchement de leurs collègues puisque c'est de la blouse blanche dont il s'agit de se défaire lorsqu'elles envisagent leur avenir professionnel. Si Julie (diététicienne) et Clémence (infirmière) ont en commun que l'« obésologie », comme leurs expériences précédentes, n'est pas suffisamment rémunératrice pour cultiver leur goût pour leurs activités paramédicales respectives, autant que pour nouer des liens durables avec l'institution hospitalière, ce sont là les seuls similitudes entre leurs trajectoires.

Alors que la diététique est un second choix, pour rentabiliser de manière efficace une réorientation scolaire initialement organisée pour devenir clerc de notaire (suite à un stage décevant sur la réalité du métier), les expériences professionnelles de Julie sont successivement marquées par de multiples insatisfactions, confirmant que sa profession, quels que soient ses modes d'exercices, est une alternative temporaire. Une première expérience salariée, chez un prestataire privé de soins à domicile, confirme que poursuivre un objectif de rentabilité économique, en commercialisant savoir-faire et produits diététiques, ne correspond en rien avec le sens qu'elle a d'elle-même. Elle y découvre également qu'être managée plutôt que manager ne sera pas chose facile :

Donc j'ai été recrutée en tant que diététicienne sur la prestation à domicile. Au départ pas avec un volet commercial mais au bout de quelques mois, ben il en a été question. Euh ... donc avec une prise en charge que je ne trouvais pas optimale, un management qu'était loin d'être optimal non plus. Donc turn-over dans l'entreprise ... Bon voilà, une première expérience professionnelle et 1 an et demi où vraiment la partie commerciale devenait de plus en plus prégnante. Donc

*voilà ... Moi il était temps que je parte parce que ça ne correspondait plus du tout.
Donc j'ai négocié avec mon employeur un licenciement.*

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

L'hôpital se présente vite comme un compromis acceptable pour poursuivre sa carrière : elle peut « *aider les autres* » de manière désintéressée, ce qui est au fondement de son choix de métier, tout en exploitant sa connaissance de l'appareil public, notamment le droit de disponibilité associé à la titularisation des agents, afin de sécuriser son avenir professionnel. Mais, là encore, elle se voit confirmer que ses aspirations ne sont pas compatibles avec un poste de diététicienne subalterne. Dans un premier temps, elle navigue de service en service, au sein d'un hôpital de 200 lits, pour pallier les urgences d'une hygiène diététique identifiée comme mal adaptée, notamment, aux pathologies cardiaques et vasculaires. L'organisation même du travail ne lui donne pas les moyens de mettre en œuvre le suivi de proximité qu'elle estime indispensable pour accompagner les patients vers une transformation salvatrice de leurs pratiques. Puis, lorsque Julie s'expérimente, à contre-cœur, à l'« obésologie », en périphérie de la chirurgie bariatrique, ce sont les impératifs liés à l'acte opératoire¹ qui la contraignent à appliquer une méthode « clé en main » loin de ses vœux d'un accompagnement personnalisé. Dans les deux cas, elle vit l'activité paramédicale comme un double contre-sens de ses idéaux. Elle est reléguée à la périphérie l'activité thérapeutique, comme art majeur, loin de l'autonomie à laquelle elle prétend. Elle est également contrainte de répondre mécaniquement aux prescriptions formulées par les médecins (« *faut que le patient il arrive absolument à ça en tant de temps* »), loin de l'approche systémique dont elle est convaincue qu'elle est la seule voie possible pour soustraire les malades de leurs mauvaises habitudes. Si, par la suite, son expérience en ETP² lui permet de faire concorder valeurs visées et valeurs agies, lorsqu'elle interagit avec les patients, il n'en demeure pas moins qu'elle reste dans l'impossibilité de s'identifier au poste. Ses interactions avec les autres diététiciennes cultivent un progressif dégoût pour la fonction même : ses pairs, qu'elles soient anciennes ou novices, continuent de s'évertuer à « *prodiguer la bonne parole* », à coups d'injonctions normatives, de prescriptions standards, alors que la multiplicité des résistances à l'amaigrissement lui a enseigné que tout cela est vain. L'obésité, comme maladie sociale, exige que les injonctions du modèle curatif soient adaptées selon les caractéristiques socio-démographiques. L'obésité, comme maladie organique, est irréductible, si ce n'est par le biais d'un acte chirurgical. Dans les deux cas, les

¹ Préparer les corps à la transformation du système digestif puis garantir que les effets soient durables.

² Grâce à un suivi sur trois ans, des temps de consultations longs, et l'absence d'objectifs pondéraux.

diététiciennes, entrepreneuses de morale, n'ont pas leur place. Simultanément, même si l'organisation du programme, lui permet d'acter de manière discrétionnaire le regard critique qu'elle porte sur l' « obésologie » et la diététique¹, elle reste contrainte dans son pouvoir d'agir par la structure hiérarchique de l'hôpital. Ce qui valide son dégoût pour un niveau de diplôme qui ne peut que la déclasser :

R : J'aime pas du tout le cadre hiérarchique dans lequel je suis aujourd'hui.

Q : L'aspect pyramidal ?

R : L'aspect très pyramidal ! Et puis l'aspect pion ! Enfin faut être claire aujourd'hui quand vous êtes pas cadre, vous êtes un pion !

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Chaque étape de sa trajectoire cultive son sentiment de ne pas être à sa place. Mais, loin de la contraindre à une résignation fataliste, ces phases successives font œuvre d'autant de stratégies pour construire, avec précaution, son accession à un poste qui saura faire concorder son goût pour l'accompagnement social et celui pour le commandement. Ainsi au moment de l'enquête, sa disponibilité lui étant accordée, après 11 ans de carrière hospitalière, elle vient d'entamer une formation qui la prépare au CAFDES². Après avoir « mené sa barque », de la partie inférieure de l'espace de l' « obésologie », au nom d'impératifs moraux largement valorisés dans les professions d'encadrement du secteur social (rationalité, engagement, veille sociale, transparence)³, ce diplôme incarne autant la visibilité, que la mobilité ascendante, qu'elle revendique :

Si j'envisage un poste de direction c'est parce que moi j'aime bien mener ma barque, décider, faire des projets, etc ... Ce que je pourrais jamais faire au CHU, hein ! Ça c'est ... Moi j'aime bien l'aspect stratégique, l'aspect échange.

[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]

Déclassée dans l'espace social par son BTS qui la condamne à un poste subalterne, l'expression de sa trajectoire morale contrainte, autant par les normes professionnelles qui définissent le métier de diététicienne, que par celles, institutionnelles, qui organisent le travail hospitalier, résister de l'intérieur est certes rétributeur pour cultiver le sens qu'elle a d'elle-même mais la prive de résultats concrets (« moi j'ai besoin d'être, d'éléments tangibles, de résultats, de choses comme ça. »). Aider les personnes qui souffrent d'obésité impose de les

¹ Julie relègue les normes hygiénico-diététiques au second rang de ses interventions auprès des patients, elle omet la prescription d'ateliers jugés inadaptés.

² Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale.

³ Chéronnet H. et Gadéa C. (2009), « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics. », in Demazière et al., *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La découverte, pp. 73-83.

faire maigrir. Cette clé est elle-même énoncée par les patients : leur salut est la perte de poids. Or, elle ne fait pas non plus maigrir (« *on n'est pas bons* »). Réfractaire¹ à sa profession, à l'institution hospitalière mais aussi à la patientèle obèse, il est temps de prendre le pouvoir qu'elle convoite : obtenir un titre pour avoir mission d'organiser une prise en charge sociale et holistique légitimée par des effets concrets.

La trajectoire de Clémence vers la porte de sortie du secteur sanitaire se joue en des termes bien différents. Être infirmière est un vrai choix initial impulsé par son goût raisonné² pour l'activité médicale. Une expérience en psychiatrie lui fait découvrir l'éducation thérapeutique comme modalité de soin mais aussi d'emploi. Pendant que, travailler en hôpital de jour lui permet d'allier vies professionnelle et familiale sans que l'atypie des horaires, classiquement associée à son métier, n'altère sa présence maternelle ; elle se découvre un véritable goût pour le travail d'éducation à visées thérapeutique et sociale, puisque sa mission est de préparer la réinsertion des patients. Toutefois, le manque de pluridisciplinarité mais aussi l'agressivité de certains malades ne l'incitent pas à rester dans le secteur psychiatrique.

Même si Clémence n'a pas d'affinité particulière avec la patientèle obèse, l'ouverture du service B se présente comme une opportunité pour se consacrer aux tâches éducatives qu'elle affectionne particulièrement, avec toutefois une idée en tête dès le départ : ce poste est temporaire. Non pas, parce qu'il représente une étape transitoire, en attendant mieux. Mais parce que multiplier les manières d'exercer son métier est au cœur de son rapport à la professionnalisation. Contrairement à Julie, pour elle, ce n'est pas la qualification mais la complémentarité des expériences qui légitime la compétence. Représentation qui est en totale adéquation avec le modèle de l'apprentissage qui façonne la formation des infirmières, mais aussi avec l'*ethos* du travail qui traverse les classes populaires.

Après cinq années d'exercice en « obésologie » s'envisager ailleurs pourrait paraître en totale conformité avec son plan de carrière. Excepté que ce n'est pas simplement le service qu'elle envisage de quitter, mais le secteur médical. Expérimenter le rôle de « passeuse de culture » a progressivement transformé son goût pour les soins infirmiers en goût pour

¹ Référence à la figure des « réfractaires du guichet » dépeinte par Alexis Spire, comme les agents de l'institution préfectorale qui, au nom d'un décalage entre les capitaux détenus et le poste dévalorisé qu'ils occupent, assujetti à une activité de contrôle de l'immigration, résistent temporairement à l'ordre établi, au risque de souffrir d'une mauvaise image à la fois auprès de leurs collègues qui les taxent de laxisme mais aussi auprès de leurs proches qui les suspectent de participer à la répression institutionnelle. **Spire A. (2007)**, « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique. », art. cité, pp.16-18.

² Issue des franges inférieures de la classe moyenne et se décrivant comme une élève moyenne, son orientation vers l'IFSI s'impose « naturellement » comme moyen d'obtenir efficacement un diplôme d'Etat qui donne accès au statut de professionnelle de santé.

l'enseignement (« *transmettre des savoirs aux personnes ça m'intéresse beaucoup !* »). Elle aspire désormais à devenir professeure de Sciences et techniques médico-sociales (STMS). Cette volonté de réorientation professionnelle se construit au gré de ses deux immersions successives au sein de dispositifs d'éducation thérapeutique. À la fois l'apprentissage est riche en termes d'émulsion intellectuelle, puisqu'il s'agit de créer de toutes pièces de nouveaux outils par le biais de recherches personnelles et d'échanges avec les autres praticiens. En même temps, la concrétisation des séances est souvent décevante puisque les adultes à qui elles sont destinées sont rarement disponibles pour être instruits. L'agressivité des uns et l'obnubilation des autres pour la chirurgie (par ailleurs « *pas très cortiqués* ») réduisent sa marge de manœuvre pour transformer la nature en culture. Ceci d'autant plus, qu'en psychiatrie, comme en « obésologie », les patients ne font pas spécifiquement le choix délibéré d'assister aux séquences proposées, elles font partie intégrante d'un programme global, des étapes contraignantes pour accéder au bien convoité d'une réhabilitation sociale. Dès lors, la perspective d'enseigner à des lycéens, à qui elle peut s'identifier puisqu'elle a elle-même fait le choix d'un Bac SMS, paraît gage de sûreté pour mettre en œuvre son nouveau panel de compétences pédagogiques.

Dans le champ de l' « obésologie », la nature-même de son poste l'éloigne, de fait, des soins techniques qui reviennent aux infirmières, notamment dans des services de chirurgies, lorsqu'il s'agit de garantir des suites favorables à l'intervention¹. Seule infirmière au sein de son équipe, et sans contact, avec ses homologues, elle est, pendant 5 ans, totalement coupée de cette culture du métier. Immergée dans des tâches d'éducation thérapeutique qui visent exclusivement à changer les habitudes des patients, pour que la perte de poids engagée par l'intervention bariatrique soit durable, l'instruction, qu'elle dispense aux acteurs obèses, n'est pas non plus centrée sur une domestication des soins, mais sur une connaissance du fonctionnement thermodynamique du corps qui vise à un bon usage de celui-ci :

Savoir le chemin des aliments après l'opération, comment est-ce qu'ils perdent du poids. Euh ... je vais faire un atelier sur les vitamines et les minéraux pour voir l'assimilation des aliments dans l'organisme et puis après dans quelles vitamines on peut retrouver, enfin dans quels aliments on peut retrouver certaines vitamines.

[...] Moi j'ai un côté où j'adore tout ce qui est atelier morphologie, vêtements, mode, etc. ... Donc je fais un atelier aussi là-dessus en post-op.

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

¹ « Les tâches liées à la distribution des médicaments, à la surveillance des constantes, aux soins pré et post-opératoires, à la surveillance des effets secondaires des traitements, à la réfection des pansements, à la surveillance des plaies... représentent les tâches centrales de l'activité des infirmières. » **Acker F. (2005)**. « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. », art. cité, p. 169.

Dans la continuité de ces missions auprès des patients, ses échanges avec son équipe mobilisent des préoccupations et une rhétorique bien plus proche de ce qui se joue en milieu scolaire qu'en milieu hospitalier : tests de connaissances, examens de passage, validations ou recalages, compétences cognitives, aptitudes sociales sont les maîtres mots pour discuter des patients-candidats. Autant d'*habitus* qui l'inscrivent dans un processus de transformation de sa manière de se penser et de penser les autres. Pour autant, l'identité d'« obésologue » ne peut pas être une alternative à celle d'infirmière. A ceci deux raisons aussi bien pratiques que morales.

D'un côté, la bariatrique, comme dispositif chirurgical, véhicule un message à contre-courant de l'idéologie méritocratique, qui façonne sa conviction que tout résultat exige des efforts, puisque quoi que les patients fassent, s'ils sont opérés et maigrissent. Ceci est d'autant plus problématique que ces propres observations l'amènent à conclure que la patientèle obèse est particulièrement dépourvue de motivation et de réalisme (« *est-ce que c'est un problème de connaissances ou d'intelligence ? Ou est-ce que c'est un problème d'avoir un voile sur le visage ?* »), en même temps qu'elle constate que la décision d'opérer est de plus en plus permissive :

On s'essouffle, que ce soit médical ou au niveau du patient, hein ! On a l'impression que ça va être trop facile d'aller se faire opérer ! C'est trop facile ! Et que, même, ça en devient même de plus en plus, je parle de mon expérience de 5 ans, une chirurgie esthétique, quoi ! On les fait trop rêver. Alors je sais pas si c'est les médias, si c'est les médecins, je sais pas ce qui se passe en ce moment mais, là, depuis quelques mois, ils ont l'impression qu'ils vont devenir David Beckham ou ... enfin voilà, quoi ! Alors que c'est pas du tout l'objectif !

[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]

Dans la mesure où elle accompagne les acteurs obèses exclusivement en périphérie de l'acte opératoire, cette amoralité réciproque, des patients et des chirurgiens, fait *hiatus* avec ses valeurs, autant qu'elle est une remise en cause directe de sa pratique. La phase préparatoire la rend (elle et ses collègues) inaudible, chaque patient attendant le rendez-vous chirurgical avec frénésie. La perte de poids quasi garantie, durant les six mois à un an de suivi post-opératoire, ne donne pas plus de preuve que la transformation des corps exige rigueur et attention. Finalement, elle a le sentiment que le seul moment où les patients pourraient être disponibles pour s'engager dans une réelle dynamique besogneuse, c'est lorsque certains reviennent, quelques années plus tard, en situation d'échec. Situation qui n'est pas plus satisfaisante (« *ça me désole* ») puisque, soit la compliance est contrainte par la culpabilité d'une reprise de poids, soit il est nécessaire de pallier une urgence médicale, souvent psychiatrique, avant de pouvoir

réellement enclencher le travail éducatif. Dans les deux cas, les conditions d'apprentissage lui semblent plus subies que conformes au modèle volontariste auquel elle croit. Le tout dans un contexte où les places pour les « retours de parcours » sont rares, et le temps qui leur est accordé tout autant, puisque le cœur de l'activité du service est la préparation à la chirurgie.

D'un autre côté, l'hôpital de jour, comme modalité d'emploi, est loin d'être suffisamment rémunérateur puisque le salaire de Clémence est amputé de toute prime qui vise à valoriser l'atypie des horaires. Si elle explique qu'« *on fait pas infirmière pour le salaire* », après 5 ans d'exercice au service B, cette représentation atteint ses limites, concrétisant la dévalorisation de son activité effective. Un peu comme si elle subissait une double peine : non seulement le faisceau de tâches qui lui revient dans la division du travail « obésologique » est invisibilisé, mais elle est, en plus, privée d'une reconnaissance salariale qui pourtant saurait l'attacher à son poste (« *Y'aurait une augmentation de salaire, je resterais ici.* »). Dans ces conditions, à distance du rôle d'infirmière, de celui d'« obésologue », de plus en plus engagée dans la volonté de transmettre des savoirs à un public qui saura être réceptif, et au sein d'une institution qui fait de cette activité sa raison d'être, elle se donne, au moment de l'enquête, un maximum de six mois pour tomber la blouse blanche, dans l'espoir d'obtenir un poste d'enseignante contractuelle qui lui permettrait de préparer le CAPET (Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement technique) en interne.

Le rapport socialement différencié aux manières de faire carrière, à la valeur symbolique prêtée à la blouse blanche de paramédicaux, à l'« obésologie » comme puissance d'agir, engage des variations de négociations, autant avec l'ordre établi de l'organisation hospitalière, qu'avec soi-même, notamment lorsque le travail collectif n'est pas conforme à la prescription sociale et médicale (en termes de résultats mais aussi de moyens employés).

Le déclassement par le bas, comme stratégie provisoire pour tenter de faire fructifier la transaction entre possibles scolaires et aspirations sociales, est un risque aussi bien pratique que moral. Dans l'espace du traitement médical de l'obésité, les *aléas* fonctionnels sont directement liés à la division sociale du travail puisque la verticalité des mandats thérapeutiques fait force centrifuge. Le préjudice moral encouru, de demeurer invisible, est alors démultiplié par l'objet-même de l'activité puisqu'il s'agit de traiter l'incurable.

Le déclassement par le haut, comme expérience fortuite d'un travail concret qui laisse entrevoir une possible légitimation sociale de la volonté de se faire une culture, est un risque aux pendants similaires. Dans l'espace de l'éducation péri-bariatrique, le gage pratique est de

composer avec une mission peu conforme avec le titre (puisque'il s'agit de transformer une tâche périphérique en activité centrale), dont la mise en forme pratique est laissée, par l'institution hospitalière, à la discrétion de ceux qui tiennent le poste. Au risque moral, d'être désignée, et de se sentir, dépossédée des *curricula* qui garantissent le monopole de la juridiction propre au groupe professionnel d'appartenance.

Dans les deux cas, lorsque la tension identitaire devient trop forte, lorsque la carrière transforme la méfiance pour une pratique en un dégoût pour un système et ses acteurs, la transaction la plus rentable devient la bifurcation professionnelle. Les moyens de l'agir, sur la base d'un calcul rigoureux des possibles, varient selon la nature des capitaux hérités et conquis. Pour l'une, ancrée dans un modèle où indépendance et responsabilités signent la réussite sociale¹, le bien convoité est un titre qui lui permettra d'être conforme à cet *ethos*. Pour l'autre, inscrite dans une histoire familiale marquée par de faibles capitaux scolaires où les ascensions professionnelles se sont construites au gré des promotions internes², autant qu'imprégnée par le souvenir fort de sa scolarité lycéenne, qui l'attache à l'institution scolaire dédiée aux enseignements professionnels, le projet est de pouvoir, à son tour, transmettre ses savoirs.

Parce que les trajectoires vers le mandat d'obésologue sont plurielles, parce que les réseaux de sociabilité au sein desquels les soignants interagissent sont divers, « travailler à ne pas guérir » n'a pas le même sens pour tous. Les valeurs très différentes qu'ils donnent à la blouse blanche, les rapports tout aussi variés qu'ils entretiennent avec la mission dont leurs différentes professions les investis auprès de la patientèle obèse, engagent trois manières stratégiques d'ajuster les carrières individuelles à ce désenchantement commun. Pour certains, le traitement de l'obésité demeure une raison d'être et d'agir, à condition, toutefois, de s'aménager des ailleurs afin que le manque de résultats ou que le contact prolongé avec les acteurs obèses, n'altèrent pas les identités professionnelles. Pour d'autres, les logiques marchandes de l'« obésologie » représentent un risque pour la moralité de la blouse blanche, autant que pour le salut des groupes professionnels, les modalités d'une nécessaire remise de

¹ Le père de Julie, initialement ouvrier du bâtiment puis maître d'œuvre s'est installé en qualité de constructeur indépendant de maisons individuelles. Sa mère, infirmière, occupe un poste de cadre de santé. Son conjoint, ingénieur de commerce, a gravi tous les échelons au sein de son entreprise pour être, aujourd'hui, directeur *marketing*.

² Le père de Clémence est entré sans diplômes à la RATP (Régie autonome des transports parisiens), il y a fini sa carrière avec un statut d'agent de maîtrise, pendant que sa mère, secrétaire de mairie, est passée du grade d'adjoint administratif (catégorie C) à celui de rédacteur territorial (catégorie B) par la voie du concours interne de la fonction publique territoriale. Son conjoint, titulaire d'un Bac STG (Sciences et technologies de la gestion), est commerçant indépendant sur les marchés.

soi au corps des professionnels de santé s'ajustent alors aux ressources disponibles autant qu'aux conceptions du travail sanitaire. Enfin, l'effet centrifuge de la division du travail « obésologique » peut gâter définitivement le goût pour des activités paramédicales trop peu rémunératrices. L'impératif de conquérir les moyens d'être un « passeur de culture » efficace impose alors des bifurcations professionnelles.

Dans tous les cas, de plus-value potentielle, l'« obésologie », telle qu'elle se concrétise, entre urgence sanitaire et relégation, entre définition d'une nouvelle expertise et absence de consensus, entre aspirations centripètes et réalité centrifuge, entre maladie biologique et maladie sociale, devient un conflit à résoudre entre valeurs professées et valeurs agies. Si les stratégies d'ajustement des carrières sont alors liées aux contraintes et aux possibles de chacun, en fonction des trajectoires, des professions et des positions sociales ; tous sont en quête du bénéfice symbolique d'incarner l'idéal de la réalisation de soi et de l'engagement, socialement et inconsciemment hérités d'expériences différenciées au sein d'une structure sociale commune.

Conclusion du chapitre 6

Publicisée comme une compétence acquise sur le terrain qui saura donner corps à des disciplines en peine de visibilité ou d'autonomie, l'« obésologie » confronte les paramédicaux, délégués à la prise en charge d'une maladie chronique dont le traitement reste à définir, à une recomposition de leurs identités professionnelles. Il s'agit d'arbitrer entre corporatisme, capitalisation de trajectoires professionnelles et juridiction d'une nouvelle pratique de soin. Engagés sur des scènes sociales plus ou moins élargies, qui varient selon la position de chaque discipline dans la hiérarchie sanitaire, selon l'organisation même du travail, ces professionnels expérimentent le partage de discipline comme une mise à l'épreuve de leurs capacités individuelles. Que l'enjeu soit d'affiner la définition de ce qui fait la spécificité de chaque métier ou de conquérir les attributs du praticien idéal, le corporatisme, comme travail prescrit, laisse alors place à une tout autre réalité où chacun tente de se prémunir des risques d'un double stigmatisme : celui de disciplines reléguées à la périphérie de l'art médical et celui de traitements tenus en échec par de trop maigres résultats pour qu'ils fassent référence dans la communauté scientifique. La construction du territoire de chaque discipline laisse alors la place à l'autodéfinition du canon de l'« obésologue ».

Présentant des origines et des trajectoires sociales diverses, mais des expériences de déclassement de leurs licences, au sein de l'espace médical, relativement homogènes, les professionnels de l'obésité peuvent être considérés comme des acteurs typiquement façonnés par les recompositions de l'*ethos* du travail vers un idéal de la réalisation de soi et de l'engagement. Lorsque la plus-value potentielle du travail « obésologique » impose de se résigner à une économie médicale de l'incertain autant qu'à la concurrence interindividuelle, les adhésions à ce modèle se distendent selon les catégories d'interprétation des deux variables qui définissent l'*ethos* du travail. La réalisation de soi peut signifier de maintenir son engagement dans le champ de l'« obésologie ». Pour que la rémunération de la persévérance soit garantie, cette perspective implique de pouvoir lui adjoindre des espaces de professionnalisation complémentaires, garants de *curricula* autant que de protections contre les risques de contamination morale décrits plus hauts. Par opposition, le travail « obésologique » peut se révéler trop limitatif dans la réalisation de soi parce que non conforme, soit, à la moralité attendue du travail paramédical, soit, aux aspirations sociales. Si ces rapports à l'emploi d'« obésologue », sur le long terme, sont autant induits par les origines et trajectoires sociales

que par les identités professionnelles, ce sont bien les positions sociales et les ressources à disposition qui conditionnent les manières de les agir, et ainsi d'ajuster les carrières.



Conclusion de la troisième partie

Dans un monde médical où le soin ne prend sens que lorsqu'il guérit, gérer l'absence de résultats est avant tout intimement lié aux différentes manières de comprendre la pluralité pathologique de l'obésité. La multiplicité de maux peut être une occasion, chacun dans son rôle, de faire sa part du travail (« *j'aurais fait tout ce que j'ai pu* »), de valider l'utilité du faisceau de tâches qui revient à chaque mandataire. Cette diversité, peut également être une invitation à l'omnivorité¹ médicale en se construisant ainsi une identité de soignant-orchestre, spécialisé dans la pluridisciplinarité. Enfin, la déclinaison de la pathologie en une multitude de problèmes construit l'image d'une maladie incurable qui peut être associée à une « personnalité obèse » décadente. Au plus près des singularités de la situation des soignants, ce travail de thèse montre que ces représentations sont autant le produit de la diachronie des trajectoires sociales qui conduisent à l'exercice de l'« obésologie », que de la synchronie du travail en train de se faire. C'est l'ensemble de ces éléments qui conditionnent les rôles interactionnels lorsqu'il s'agit de négocier une prise en charge qui ne guérit pas avec ceux à qui ils doivent des comptes, mais aussi avec eux-mêmes.

Dans l'espace et le temps des relations thérapeutiques, où ces soignants interagissent avec des patients qui espèrent du traitement qu'il saura enfin les débarrasser du poids de cette maladie, les pratiques qui découlent de ces différentes conceptions tendent à converger vers une mise au ban de ceux qui ne guérissent pas tout en s'obstinant dans des objectifs pondéraux aussi vains qu'insensés. Ceci malgré le travail éducatif, variable selon les courants de pensées, entre invitations à la maîtrise de soi ou au « lâcher prise », qui vise à faire avec les corpulences pour mieux corriger les métabolismes. Maladie biologiquement chronique, devenue chroniquement obsessionnelle pour ceux qui en souffrent (« *les gens sont focalisés sur leur poids* »), l'obésité fabrique des patients avec qui il est compliqué de faire alliance. Atteints dans leurs capacités à guérir, dans celles à manager les malades, les « obésologues », malgré leurs écarts de point de vue, sont contraints à une solidarité symbolique qui pointe la pluralité des incompétences des acteurs obèses, comme un poids supplémentaire qui pèse sur leur mandat.

Médecine de second recours, médecine hospitalière, médecine pluridimensionnelle, l'« obésologie » ne se partage pas simplement entre experts, et avec les malades, elle se discute avec les autres professionnels de santé qui adressent les patients, avec les dirigeants qui

¹ Référence ici aux travaux de Richard Austin Peterson qui montre comment l'omnivorité s'est construite comme la définition du « bon goût ». **Peterson R.A. (2004)**, « Le passage à des goûts omnivores : notions, faits et perspectives. », *Sociologie et sociétés*, n°36/1, pp.145–164.

attribuent les moyens d'agir et avec les associations de patients qui proposent un traitement complémentaire des effets de la maladie. Dès lors, « travailler à ne pas guérir » se justifie de manière différente avec chacune de ces catégories d'acteurs, selon le pouvoir qui leur est prêté dans la pérennisation de la prise en charge. Aux autres médecins, le jeu des « faux semblants » pour que, quoi que les « obésologues » pensent des perspectives de guérison, ils continuent d'être fournis en patients. Aux dirigeants, une conformité résignée à l'impératif financier où la cotation des actes, comme moyen de donner de la visibilité au travail accompli, devient une véritable ficelle du métier. Aux patients associés, le même sort que lorsqu'ils ne le sont pas : une verticalisation du traitement doublée d'une horizontalisation de la responsabilité de l'échec. Autant de manières de construire un « nous, experts » qui résiste à autant de « eux, profanes ».

Ces transactions ne sont pas également protectrices du « sens de soi ». Si une majorité de soignants continuent d'y croire, pas spécifiquement dans l'espoir de guérir, mais dans celui de tirer un profit individuel de la situation, en incarnant l'idéal de l'engagement ; d'autres voient un danger identitaire à demeurer « obésologues ». Soit parce que le sens de l'activité paramédicale y est contrarié, soit parce que c'est le sens de la carrière qui contrevient à la réalisation de soi. Ceux qui disposent de ressources économiques et sociales suffisantes peuvent acter une bifurcation professionnelle vers d'autres patientèles ou hors secteur sanitaire. Les autres prolongent leur mandat dans la perspective de pouvoir y mettre fin dignement, en s'étant battus jusqu'au bout ou en espérant monnayer avantageusement leurs acquis curriculaires.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les travaux de sociologie de la santé sont désormais abondants. Lorsqu'ils mobilisent la sociologie de l'action publique, de l'action collective ou des médias, ils rendent compte de la manière dont des états biologiques sont devenus pathologiques, de celle dont des pratiques sont désignées comme pathogènes. Ce processus est alors restitué soit comme le produit d'un travail collectif de mobilisation (d'experts, de profanes, de journalistes), soit comme la conséquence des manquements de l'État dans ses fonctions régaliennes de protection sanitaire des populations. Lorsque les chercheurs s'intéressent à la sociologie du corps, des classes sociales, ou du genre, ils croisent dispositions et rapports de domination pour comprendre les effets concrets du gouvernement des corps. C'est alors le constat de la dureté du régime cognitif de certaines catégories des classes supérieures, celui de sa malléabilité au sein des fractions les plus stables des classes populaires, qui permettent de comprendre, du point de vue des consommateurs de produits médicaux, comment se négocie l'ordre établi de l'institution médicale. Les premiers pouvant faire preuve de résistance pour accepter de s'en remettre au point de vue de l'hôpital ; les seconds, n'étant plus dépourvus de compétences médicales, sont moins dans l'évitement du médecin que dans la perspective de transactions autour de ses prescriptions. Enfin, lorsque la santé est observée depuis la sociologie des groupes professionnels, deux aspects sont principalement étudiés : soit les enjeux de pouvoirs et de légitimité au sein de la communauté médicale, soit les effets de la hiérarchisation de l'espace médical, au nom d'une délégation du sale boulot, sur les identités professionnelles.

Finalement, lorsque l'analyse se fait plus microsociologique, peu de travaux prennent en compte le point de vue et les pratiques des soignants et des patients de manière simultanée. Et lorsqu'ils le font c'est bien souvent pour évaluer l'autorité des professionnels de santé sur la manière dont se déroulent les carrières de patients. Les activités de soin portant atteinte à la « face » de ceux qui les prescrivent, dans le cadre d'une prise en charge hospitalière qui les rend moins dépendants des clients que les libéraux, sont tendanciellement occultées. Ce sont précisément ces lunettes que cette thèse s'est proposée de chausser. Son objectif était d'examiner l'usage et la circulation des informations sanitaires dans un espace médical qui réunit, de part et d'autre de la relation thérapeutique, essentiellement des femmes qui aspirent à ce que leurs bonnes volontés soient gratifiées ; mais aussi d'étudier l'impact de la dureté des corps sur la nature des interactions qu'entretiennent les professionnels de santé entre eux et avec les profanes. L'approche localisée a permis de mettre au jour les processus d'acquisition

d'une croyance commune en l' « obésologie », puis ceux de son effritement. Dès lors ce sont moins les négociations mises en œuvre par les patients qui sont au cœur du travail de thèse que celles auxquelles recourent les soignants. L'enquête et l'analyse révèlent que de tels allers et retours entre possibles et impossibles participent autant à des phénomènes qui cultivent une division « eux/nous », qu'à des processus de subversion de l'activité de soin et, dans certains cas, à la conviction de détenir un pouvoir démiurgique.

Sans proposer une synthèse exhaustive de l'ensemble des résultats présentés dans le corps de la thèse, cette conclusion met en avant les apports pour la sociologie qui étudie les enjeux identitaires de la hiérarchisation des corps, plus précisément, celle qui analyse l'imposition normative lorsqu'elle est mise en œuvre dans un espace où les dominés se distinguent selon qu'ils soient patentés par un titre professionnel ou désignés comme profanes.

1. La croyance et ses effets.

Isolée comme une pathologie socialement située du côté des classes populaires, l'obésité menace l'ordre social et nécessite, par conséquent, une prise en charge spécifique qui vise à contrôler ce groupe social au travers d'une surveillance d'usages du corps déviants. Depuis la fin des années 1970, nombreux sont les travaux sociologiques qui traitent des entreprises de normalisation des modes de vie des dominés par les dominants. A travers cette étude qui scrute la mise en œuvre de l'imposition normative au sein des espaces correctifs des corpulences, il s'agit de montrer la pertinence et la portée des travaux qui, sans renoncer à l'hypothèse du contrôle social, sortent d'une vision abstraite de ce processus. Pour comprendre ce qui rend possible la croyance en une médecine de l'obésité, tant du côté des patients que des soignants, il a été nécessaire de réinscrire les engagements de l'ensemble des protagonistes dans l'analyse de leurs propriétés sociales et culturelles, mais aussi dans le contexte local et conjecturel d'une médecine en train de se faire.

La construction rétrospective des biographies des patients met en évidence une redistribution sociale et corporelle de l'*ethos* du contrôle. Dans la tradition sociologique, le concept évoque le travail fourni pour transformer le capital biologique en capital culturel. Plus largement, considéré comme un *ethos* de classe, le contrôle de soi s'accentuerait à mesure que l'on monte dans la hiérarchie sociale. Cette recherche montre, qu'à force de diffusion des injonctions à produire un corps mince, les entreprises pour transformer la nature en culture se distribuent moins selon des caractéristiques de classes que selon celles de genre. Contrairement à bien des idées reçues, plus l'*hexis* corporelle semble suggérer l'intempérance, plus la population féminine étudiée s'acharne à faire preuve d'ascétisme. Dès lors c'est la persistance des jugements sociaux et médicaux qui agit en véritable sentence du quant-à-soi. Progressivement persuadées d'être trahies par leur propre nature et ne pouvant renoncer à leur projet corporel, souscrire à l'offre « obésologique » s'inscrit comme une démarche prospective. Bien souvent déjà attachées à l'institution médicale, croire que certains spécialistes sauront leur transmettre des

ficelles du métier efficaces, est une étape de plus, voire un ultime espoir, alors que les autres médecins, spécialisés ou généralistes, n'ont pas su répondre à leurs besoins spécifiques. Les femmes interviennent également couramment dans la fabrique de patients masculins obèses. Qu'elles soient prescriptrices ou incitatrices ce sont elles qui se saisissent de leurs compétences médicales pour mettre, à des degrés variables d'intervention, leur fils, leur frère ou leur conjoint sur la piste de l' « obésologie », comme solution à une surcharge pondérale devenue trop préoccupante pour être laissée au hasard d'un rapport hédoniste à la santé. Cette thèse est ainsi une invitation à considérer que le genre ne participe pas simplement à une reproduction mais à l'évolution de certaines normes.

D'autre part, ce travail de thèse révèle l'importance de s'intéresser simultanément aux fondements de la croyance des praticiens en l'efficacité symbolique d'un travail pluridisciplinaire exclusivement dédié au traitement de la pathologie pondérale. Dans un contexte de diversification et de féminisation des professions de santé, en même temps qu'endosser une blouse blanche se démocratise, se renforce la hiérarchisation de l'espace médical. Les spécialités typiquement féminines, sont alors particulièrement concernées par la relégation à la périphérie de la noblesse médicale. Or il se trouve que ces disciplines marquées par le sceau de la para-médecine ou de la médecine moins noble, parce que moins technique et moins vitale, sont justement celles convoquées pour construire le territoire de l' « obésologie ». Aussi, en « faisant leurs preuves » en qualité d' « obésologues » déterminées à enrayer une pathologie devenue épidémique, ces soignantes prétendent redonner de l'éclat à des blouses blanches trop vite ternies par la confrontation à la réalité du métier. Ces éléments apportent un éclairage nouveau à la question du travail des femmes, notamment lorsqu'elle interroge les démarches prospectives entreprises pour gagner en légitimité au sein de champs dominés par les hommes.

Quoi qu'il en soit, les espaces « obésologiques » réunissent une majorité de femmes proches à plusieurs égards : l'origine sociale, l'âge, le sentiment de déclassement et la croyance, qu'à conditions de résultats durables, l' « obésologie » peut s'ériger en support symbolique à un sentiment de dignité individuelle. Toutefois les écarts entre les soignantes et les patientes sont multiples. Les unes sont là pour soigner, les autres pour être soignées. Derrière cette évidence se cachent de multiples réalités qui façonnent des manières d'être, d'agir et de penser et donc la nature même des interactions entre ces deux entités de la relation thérapeutique. Les personnes obèses convoitent une transformation efficace et durable de corps perçus comme contre-productifs (biologiquement, économiquement, socialement et psychologiquement). Les professionnelles de santé aspirent à détenir la définition du bon traitement. L'enjeu est d'autant plus central que les premières ont expérimenté, par corps, que leur poids les dépossède socialement (et médicalement) de tout *ethos* du contrôle alors qu'une grande part de leurs activités sociales sont déterminées par l'omni-maîtrise ; tandis que les insertions sociales et

professionnelles des autres ont forgé une vision de l'obésité comme une maladie multi-handicapante prioritairement associée à des individus multi-déficitaires, et une vision de leur mandat comme un accompagnement à l'incorporation du goût de soi. La thèse montre alors toute la puissance de cette dissonance dans la construction d'une division « eux-nous ». Elle propose ainsi un regard original sur les relations inter-groupes où la forme des corps se constitue en terreau des rapports de dominations.

2. L'ordre négocié.

L'étude de la mise en œuvre de l' « obésologie » a d'emblée été annoncée comme un cas élargi de l'ordre négocié. En effet, la prise en charge de l'obésité fait face à une forte contradiction : elle doit satisfaire l'intérêt individuel et collectif de normalisation des corps, tout en faisant l'objet d'un traitement spécifique puisque l' « obésologie » n'est pas, en soi, une spécialité reconnue par les pouvoirs publics et le corps médical. La labellisation de centres spécialisés cherche à résoudre cette contradiction. Elle suggère, à la fois, la contribution de tout un chacun (politiques, chercheurs, soignants et patients) à la définition d'une panacée, tout en légitimant la recomposition d'un appareil bureaucratique sanitaire qui vise à rationaliser sa production. Les espaces correctifs des corpulences constituent ainsi de véritables laboratoires pour penser simultanément le traitement de situations en tension et les manières dont s'organisent les rapports sociaux. Si les entretiens sont utiles pour restituer, les façons dont les acteurs de la relation thérapeutique perçoivent la maladie, ses remèdes, celles dont ils se classent mutuellement, il n'en demeure pas moins que s'en contenter présente le risque de devoir s'en tenir à des paroles qui se retranchent derrière des normes qu'imposent la tenue de chaque rôle : aux patients la compliance, aux soignants l'empathie et la neutralité. Pour parvenir à analyser sociologiquement cet univers médical, pour rendre visible les pratiques qui se déploient lorsque les protagonistes interagissent, un repérage en actes s'impose.

Observer les pratiques réelles des patients confirme l'hypothèse d'un déséquilibre de la relation thérapeutique, au profit d'une docilité rationalisée. Quel que soit le regard qu'ils portent sur les exercices de groupe ou sur le soignant qui les anime, les attitudes subversives ou les discours critiques sont rares. Cette observation ne confirme pas simplement le raisonnement qui constate la bonne volonté sanitaire des classes populaires. Confrontée à l'analyse croisée des entretiens, elle montre que la difformité pondérale est en soi une fin de non-recevoir à toute forme de négociation spontanée. Expérimentés dans le désavantage que représente leur corpulence lorsqu'ils interagissent avec des normaux, le risque de disqualification que

représente l'expression de toute forme de divergence est trop grand. Faire profil bas est un calcul rationnel pour ne pas ajouter du stigmate au stigmate. L'observation des salles d'attentes et des activités associatives révèle que la division « eux/nous » plus que d'opposer des dominants et des dominés, ou même des professionnels et des profanes, oppose des normo-pondérés et des gros. Le traitement social de l'obésité participe au façonnement d'un rapport à soi disqualifiant dont l'effet est de se penser à part. Ce clivage peut parfois s'exprimer plus ouvertement dans l'espace associatif, où les patients s'entraînent mutuellement pour exprimer aux soignants leurs griefs¹. Protégés par le collectif, il s'agit moins de déstabiliser les rapports de domination (la distance sociale avec les « obésologues » est un bien utile puisque leur statut symbolise leur pouvoir d'agir sur la maladie) que de s'approprier le rôle d'informateur auprès des prescripteurs. En montrant que par ce travail collectif d'expression du vécu de la pathologie et de son traitement, ils prétendent finalement à un honneur d'experts d'expérience, ce résultat contribue à la sociologie qui s'intéresse aux ressorts de l'engagement associatif des malades.

Les interactions entre patients, qu'elles soient favorisées par les instances médicales ou qu'elles se jouent au sein des associations, si elles sont présentées comme salvatrices puisque éloignées des habituels jugements moraux portés sur les corps, se calquent, en réalité, sur les normes dominantes où distinctions sociales et corporelles se font écho. Au sein de l'institution hospitalière, lorsque les acteurs obèses sont convoqués par cohorte (partageant temps d'attente et ateliers collectifs), la mesure du caractère commun de ce qui les unit les uns aux autres, fait violence. Son intensité s'accroît à mesure que les positions de chacun s'élèvent dans la hiérarchie sociale. Il s'agit alors de travailler pour que ce miroir corporel ne soit pas un miroir social par des mises en scène distinctives². Si l'identification au « nous, obèses chroniques » opère à mesure des immersions dans les espaces médicaux et associatifs, il n'en demeure pas moins que le groupe, ainsi constitué, reste sous la pression des valeurs dominantes qui définissent cette maladie comme le stigmate d'un « laisser-aller » qui va à l'encontre de la morale de l'effort. Les comportements font l'objet d'appréciations, de procédures internes de contrôle, où les réputations vont et viennent sur une échelle polarisée entre les bons et les mauvais élèves. D'une manière générale, la réussite met en position de tenir un discours légitime sur le corps mais aussi sur les pratiques sociales à accomplir pour concrétiser la

¹ Ceux-ci concernent principalement les exigences du parcours préopératoire, les effets iatrogènes de la chirurgie et le coût financier d'un tel traitement (non-remboursement de certaines suppléments, dépassements d'honoraires et les fluctuations de tarification de l'acte chirurgical).

² En complément de ce qui a été rapporté dans le corps de thèse, ce qui se joue dans les salles d'attente du service d'accompagnement à la chirurgie est particulièrement emblématique. Alors que la norme sociale est d'apporter des clichés de soi pour apporter la preuve de sa transformation physique, les mieux dotés s'attachent à rester en retrait de ces échanges, leur préférant une activité de lecture solitaire.

transformation de soi. Cependant, au sein de l'espace plus restreint des associations, cette légitimité par la « preuve corporelle » se double par les pratiques alimentaires et sportives revendiquées, mais aussi par une reproduction de la hiérarchie qui structure l'espace des positions sociales, puisque ce sont les associées les mieux dotées qui se maintiennent dans les postes à responsabilité, définissant ainsi le régime associatif. Ces positions leur permettent de montrer l'exemple à des adhérents dont les engagements (médical et associatif) sont plus soumis à des *stimuli* extérieurs.

A côté des relations patients / patients, regarder les pratiques réelles des soignants contribue également aux enquêtes ethnographiques qui entreprennent de comprendre comment les perceptions de l'autre cheminent en jugements. Dans la lignée des travaux sociologiques qui remettent en cause l'universalisme de la médecine au profit d'une analyse des interactions entre les médecins et leurs patients au prisme de la valeur sociale des seconds, cette recherche montre que plus qu'une « médecine de classe » l'obésité induit une « médecine de genre », les soignants interprétant les causes de cette maladie comme endogènes pour la population féminine et comme exogènes lorsque ce sont des hommes qui en sont porteurs. Les négociations prescriptives sur les modalités de prise en charge varient alors selon les représentations différenciées de cette maladie. Aux unes la suggestion d'une thérapeutique de fond afin de contenir les effets d'une nature déficiente. Aux uns la proposition d'une rééducation graduée selon la source présumément identifiée du problème. Malgré tout, volontiers présenté comme neutre et empathique, à l'image de l'environnement hospitalier qui s'efforce de réduire les stigmatisations matérielles, l'*ethos* thérapeutique qui définit la nature des relations entre patients obèses et « obésologues » se convertit visiblement à mesure que les données métaboliques ne font pas preuve de l'efficacité du traitement. S'engage alors, soit un travail façonné par la logique du soupçon où les « obésologues » se croient contraints de composer avec l'indocilité et les incompétences des patients, soit une tentative de détourner les acteurs obèses de la mesure biologique en lui substituant la mesure sociale pour évaluer les effets du traitement « obésologique », alors qu'eux-mêmes n'ont cessé de peser et de calculer l'IMC pour initier chaque consultation. Dans tous les cas, ces pratiques entreprises pour sauver la face de soignants qui travaillent à ne pas guérir constituent l'autre versant de la division « eux/nous ». « Eux » devenant ceux qui persistent à vouloir maigrir alors qu'ils n'en ont pas les moyens pendant que le « nous » désigne ceux qui sont mandatés pour les surveiller. Cette mise en forme concrète du contrôle social donne alors un éclairage complémentaire à la sociologie qui traite des tensions engagées par la gouvernabilité des activités humaines

lorsqu'elles « *engagent une pluralité d'acteurs aux intérêts et aux points de vue différents, voire divergents* »¹.

En parallèle, les rapports sociaux entre soignants sont aux prises avec le pragmatisme qu'exige un traitement de l'obésité qui se partage à trois niveaux : segmentation du travail d'équipe entre plusieurs groupes professionnels, partage du territoire entre institutions intégrées au même réseau mais pas moins concurrentes et, selon les configurations d'équipes, division du travail propre à chaque discipline entre plusieurs mandataires. A chacun de ces trois niveaux, le partage de mandat entre en tension avec celui de « faire l'obésologie ». C'est alors la question du pouvoir discrétionnaire qui entre en jeu puisque, plus que de se référer aux règles qui régissent cette division multidimensionnelle du travail, sa mise en œuvre est conditionnée par la conception que chacun se fait de cette injonction.

Entre engagement dans le rôle, enjeux de captations de la patientèle et autodéfinition du canon de l'« obésologue », les conditions dans lesquelles se fabrique la prise en charge partagée de l'obésité ne se réduisent pas aux contraintes qu'imposent le dispositif, mais dépendent également de systèmes de dispositions façonnés par la position de chacun dans l'espace médical ainsi que par la pente et la célérité des trajectoires individuelles. En déplaçant le regard, propre à la sociologie qui interroge la domination rationnelle-légale telle qu'elle est conceptualisée par Max Weber (notamment l'impersonnalité de l'application des politiques publiques), des agents administratifs vers les professionnels de santé, cette thèse confirme qu'au sein de l'espace hospitalier, par ailleurs soumis à une forte hiérarchisation, les agents du contrôle social sont bien des acteurs. Ceux-ci agissent, au gré de déterminants sociaux qui changent au fil du temps et de l'actualité, selon leurs propres logiques d'action. L'absence de juridiction de l'« obésologie » et de traitement curatif de l'obésité sont autant d'incertitudes qui laissent apparaître comment chacun interprète la situation, ne garantissant ni une obéissance absolue à la domination légale et rationnelle, ni une reconnaissance totale de l'ordre établi.

3. Acter la construction de la chronicité de l'obésité « au féminin ».

La sociologie a montré que la « maladie chronique » est une catégorie inventée qui accompagne le processus de transformation du regard médical, de la clinique qui examine les corps lésés à une technique qui régule les relations sociales en investiguant l'intimité des populations. En mêlant données objectives et expériences subjectives de la maladie, le pouvoir

¹ **Allain S. (2004)**, « La négociation comme concept analytique central d'une théorie de la régulation sociale », *Négociations*, n°2, p.24.

médical devient ainsi plus totalisant en même temps qu'il est plus discret et attentif au malade. Puisque l'obésité se lit sur les corps et qu'elle invite à écouter la pathologie pondérale dans l'expérience du patient, sa médecine, comme celle de la douleur¹, est en tension entre ces deux manières de penser et de faire.

La thèse montre que si la labellisation de l'obésité en qualité de maladie chronique est le produit de décideurs qui s'inquiètent de sa prolifération, la construction de sa chronicité, comme réalité pour les patients et les soignants, s'acte au gré d'activités de soin qui lui sont dédiées et qui présentent la particularité de réunir principalement des femmes. Puisque l'obésité a bien du mal à se défaire des traits d'une déviance féminine qui se laisse aller à une faiblesse endogène, et que son traitement réunit principalement des soignantes et des patientes aux destins sociaux similaires, la normalisation, comme travail logique d'action sur la chronicité, glisse bien souvent de la catégorie thérapeutique à la catégorie morale. D'un côté, les soignantes suppléent leur relégation aux confins de l'art médical et l'absence de formation spécifique par un apprentissage, sur le tas, de pratiques médico-éducatives qui s'éloignent de l'*ethos* du care qui a initié leurs engagements dans des carrières d'« obésologues ». A force d'absence de résultats qu'elles interprètent comme le produit d'une non-compliance, elles s'engagent également dans une identification par opposition aux patientes, leurs propres corps faisant preuve que « *quand on veut on peut* ». De leur côté, les patientes qui ont déjà fait l'apprentissage, au cours de leurs carrières contrariées de normo-pondérées, que l'*ethos* du contrôle ne suffit pas à se faire un corps, apprennent, au fil de leurs carrières d'obèses chroniques, que pour être socialement légitime, la maîtrise de soi doit passer de l'activité laborieuse au goût naturel. Dans le même temps, elles prennent acte que leur répertoire d'action se limite à la seule *loyalty*, c'est-à-dire que sans pour autant apporter de crédit aux soignantes et à leurs méthodes (qui par ailleurs n'opèrent pas plus que leurs tentatives précédentes de maigrir), elles sont contraintes d'accepter la situation pour faire preuve de leur bonne volonté. C'est dans ces conditions que certaines des patientes investissent le rôle d'entrepreneuses de morale à l'égard des novices ou de celles qui dévient de la moralité « obésologique ». Ces résultats montrent que la disqualification sociale de l'obésité contraint les actrices labellisées comme chroniquement obèses, dès lors qu'elles aspirent à sauver la face de leur féminité, à faire preuve d'autonomie telle qu'elle est imposée par la médecine, c'est-à-dire à mener des activités sociales les plus normales possibles alors que les données biologiques, elles, demeurent pathologiques. La définition profane de l'autonomie, elle, n'a pas lieu d'être

¹ Baszanger I. (1995), *Douleur et médecine. La fin d'un oubli*, Paris, Seuil.

puisqu'à la fois l'appropriation du savoir médical est une compétence d'autant plus inaudible par les « obésologues » que leurs patientes résistent à l'amaigrissement, et qu'en même temps toute non-compliance, aussi argumentée soit-elle, signerait l'amoralité intrinsèque aux personnalités obèses. Ainsi plus que d'être une expression de l'emprise médicale sur le social, l'« obésologie » montre à quel point, lorsque les hommes sont absents ou peu visibles, les femmes peuvent jouer un rôle central dans le gouvernement des corps féminins. Aussi subordonné soit-il aux normes masculines, c'est bien à la construction d'un ordre féminin que participe la chronicité de l'obésité lorsque qu'elle s'acte dans l'espace correctif des corpulences.

4. Prolonger la thèse

Ces variations dans les manières d'intervenir dans la construction d'un ordre négocié entre profanes disqualifiés et professionnels déclassés invitent à poursuivre l'analyse des modalités de mise en œuvre de l'imposition normative dans d'autres espaces relégués dans la hiérarchie symbolique des services délégués au gouvernement des corps. La mise en perspective de plusieurs situations concrètes où la stigmatisation sociale à l'état latent est à l'épreuve du sentiment de relégation des entrepreneurs de morale de terrain permettrait d'appréhender la manière dont se négocie le décalage entre les normes proclamées et les pratiques. Privilégier des espaces où des femmes sont mandatées pour contrôler d'autres femmes permettrait de saisir la façon dont se (re)produit le genre lorsqu'il est confronté à ce type de processus de normalisation.

A ce stade de la réflexion, il est possible de supposer que les centres éducatifs qui accueillent des mères adolescentes seraient une piste intéressante pour prolonger ce travail de thèse. Le public féminin accueilli est collectivement désigné comme déviant. Héritière d'une durable stigmatisation des mères célibataires, la catégorie des « filles-mères », comme celle de l'obésité, pose autant la question du contrôle social que celle du déni de la capacité à être femme. Si le terme ne désigne plus toutes celles qui ont le mauvais goût d'avoir un enfant en dehors d'une union durable, il n'en demeure pas moins que l'étiquetage demeure lorsque ce sont des adolescentes qui sont enceintes. La maternité jugée précoce est une infraction aux normes de féminité et de jeunesse. La désignation d'un destin gâché laisse supposer que c'est potentiellement celui de l'enfant à naître qui est en danger. De leur côté, les métiers désignés pour traiter cette population sont typiquement féminins. Sur l'échelle de notoriété du travail social, cette activité éducative est reléguée aux niveaux inférieurs, plus interprétée comme la persistance d'une forme d'école ménagère.

Voici donc un espace qui réunit de jeunes mères qui n'ont pas su gérer leur corps, au point que l'ensemble des rôles qui reviennent à leur genre, lorsqu'il est croisé avec leur âge, est altérable ; et d'autres femmes qui entreprennent de réguler cette situation par des prescriptions normatives totalisantes puisqu'elles touchent autant au registre de la jeunesse qui doit continuer de se former pour devenir des femmes convenables, qu'à celui de la maternité pour devenir des mères elles-mêmes gardiennes de la moralité de leur enfant.

En prolongeant la microsociologie qui s'intéresse aux mises en œuvre discrétionnaires de l'action publique, comment se fabrique ce travail de normalisation ? Quelles chaînes de coopérations se mettent en place entre les différents segments ? Inversement, quels enjeux de concurrence pour quels effets sur les identités et les manières de tenir chaque rôle ? Que retrouve-t-on de ce qui se joue en « obésologie » ? Le jeune âge du public est-il une variable suffisamment forte pour rebattre les cartes entre profanes et professionnelles ? Comment se joue l'ordre féminin observé entre normo-pondérées et femmes obèses, lorsque la question centrale de la légitimité féminine est paramétrée par celle de la maternité ?

La mise en perspective de ces deux espaces de normalisation s'annonce d'emblée fructueuse pour étudier les logiques de distinction à l'œuvre lorsque des femmes se chargent de conformer d'autres femmes aux canons masculins de la féminité. Elle permettrait de continuer d'explorer la diversité des féminités dominées. Continuer d'ethnographier les espaces où elles interagissent, au nom d'un devoir moral de régulation sociale, gage de mesurer à quel point la capitalisation sur le statut de normal, conféré par le titre professionnel, s'il est d'abord une tentative de retourner le stigmate du populaire au féminin, joue le jeu, en réalité, de la reproduction de l'ordre établi au détriment des profanes.

Enfin, par rapport aux travaux qui interrogent le désajustement entre la compétence médicale et les besoins des classes populaires, la thèse suggère que la difficile juridiction de l'« obésologie » et la persistance d'une absence de définition du bon traitement sont à envisager comme la conséquence de l'activité d'acteurs pluriels en concurrence et d'une prise en charge qui se focalise plus sur la correction des conséquences de la pathologie, sans véritablement s'engager dans une démarche heuristique pour en comprendre réellement la multiplicité de ses causes. Cette remarque, resituée dans un contexte où les progrès de la médecine pour traiter d'autres maladies chroniques n'ont de cesse d'être publicisés, invite à étendre la recherche du côté de la sociologie de la méconnaissance¹. Dans une approche plus macrosociologique, la

¹ Henry E. (2017), *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po ; Latté S. (2013), « Sociologie de la méconnaissance », *La vie des idées*.

question pourrait alors se formuler en ces termes : la valeur sociale des personnes obèses est-elle, en soi, un frein à la construction de l' « obésologie » ? Cela permettrait de comprendre, depuis la sociologie du genre et des classes populaires, pourquoi ce problème de santé publique a bien une carrière alors que ses acteurs de terrain n'en ont pas, ni en qualité « obésologues », ni en qualité de bénévoles associatifs.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- **Démarche sociologique : cadres conceptuels, modes d'enquêtes et éthique**

ALLAIN, Sophie, « La négociation comme concept analytique central d'une théorie de la régulation sociale », *Négociations*, n°2, 2004, pp. 23-41.

ARBORIO, Anne-Marie, « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherche sur le terrain hospitalier. », *Recherche en soins infirmiers*, n°90, 2007, pp.26-34.

AVRIL, Christelle et al., *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, 2010, 284p.

BAUDELLOT, Christian et ESTABLET Roger, *Durkheim et le suicide*, Presses Universitaires de France, 2011 [1984], Philosophies, 130p.

BEAUD, Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l' « entretien ethnographique. », *Politix*, vol. 9, n°35, 1996, pp. 226-257.

BECKER, Howard Saul, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, La Découverte, 2002, Grands repères, 360p.

BECKER, Howard Saul, *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 2010 [1982], Champs arts, 384p.

BECKER, Howard Saul, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 2012 [1985], Leçons de choses, 247p.

BOURDIEU, Pierre, *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982, 248p.

BOURDIEU, Pierre, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1982 [1979], Le sens commun, 680p.

BOURDIEU, Pierre, « L'illusion biographique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62-63, 1986, pp. 69-72.

BOURDIEU, Pierre, « L'identité et la représentation. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°35, 1980, pp. 63-72.

BOURDIEU, Pierre, *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, 2002 [1981], Reprises, 277p.

- BOURDIEU, Pierre**, « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°43, 1982, pp. 58-63.
- BOURDIEU, Pierre**, « Les trois états du capital culturel. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°30, 1979, pp. 3-6.
- BOURDIEU, Pierre et PASSERON Jean-Claude**, *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Minit, 1964, Le sens commun, 192p.
- BRACONNIER, Céline**, « Ce que le terrain peut faire à l'analyse des votes », *Politix*, n°100, 2012, pp. 99-112.
- BRIQUET, Jean-Louis et SAWICKI Frédéric**, « L'analyse localisée du politique. », *Politix*, vol. 2, n°7-8, 1989, pp. 6-16.
- BURAWOY, Mickaël**, « L'étude de cas élargie. Une approche réflexive, historique et comparée de l'enquête de terrain », in **CERFAÏ Daniel.**, *L'enquête de terrain*, Paris, La découverte, 2003, M.a.u.s.s, pp.425-463.
- CASTEL, Robert**, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995, 494p.
- CASTEL, Robert et LE CERF Jean-François**, « Le phénomène "psy" et la société française. Vers une nouvelle culture psychologique. », *Le débat*, n°1, 1980, pp. 32-45.
- CASTEL, Robert et LE CERF Jean-François**, « Le phénomène "psy" et la société française. La société de relation. », *Le débat*, n°2, 1980, pp. 39-47.
- CASTEL, Robert et LE CERF Jean-François**, « Le phénomène "psy" et la société française. L'après psychanalyse. », *Le débat*, n°3, 1980, pp. 22-30.
- CROZIER, Michel et FRIEDBERG Erhard**, *L'acteur et le système*, Paris, Points, 2014 [1977], 512p.
- DARMON, Muriel**, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, n°58, 2005, pp. 98-112.
- DARMON, Muriel**, *La Socialisation*, Paris, Armand Colin, 2016 [2007], 128, 128p.
- DE SINGLY, François**, *Le soi, le couple, la famille*, Paris, Armand Colin, 2016 [1996], Individu et Société, 304p.
- DESROSIERES, Alain**, *Pour une sociologie historique de la quantification : l'argument statistique 1*, Paris, Presses des mines, 2008, Sciences sociales, 329p.

- DOUGLAS, Mary**, *Comment pensent les institutions*, Paris, La découverte, 2004 [1986], Sciences humaines et sociales, 224p.
- DOUGLAS, Mary**, *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La découverte, 2005 [1966], Sciences humaines et sociales, 192p.
- DUBAR, Claude**, « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques », *Sociétés contemporaines*, n°29, 1998, pp. 73-85.
- DURKHEIM, Émile**, *L'évolution pédagogique en France*, Paris, Presses universitaires de France, 2014 [1938], Quadrige, 410p.
- EHRENBERG, Alain (1991)**, *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1994 [1991], Essai Société, 324p.
- ELIAS, Norbert**, *La civilisation des mœurs*, Paris, Pocket, 2003 [1973], Agora, 512p.
- FAURE, Sylvia**, « Les processus d'incorporation et d'appropriation des savoir-faire du danseur. », *Éducation et santé*, n°4, 1999, pp.75-90.
- HAMIDI, Camille**, « De quoi un cas est-il le cas ? Penser les cas limites », *Politix*, n°100, 2012, pp. 85-98.
- FOUCAULT, Michel**, *Histoire de la sexualité 1 : La Volonté de savoir*, Paris, Galimard, 1994 [1976], Tel, 248p.
- FRIEDMANN, Georges**, *Le travail en miettes*, Paris, Gallimard 1964 [1956], Idées, 384p.
- FRIGOLI, Gilles**, *Ordre moral, ordre local : le soupçon comme réponse à la vulnérabilité sociale*, Carnets de bord de la recherche en sciences humaines, [en ligne], 2007, pp. 1-13, [consulté le 26 avril 2022], disponible à l'adresse : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00181004/document>
- GOFFMAN, Erving**, *Comment se conduire dans les lieux publics. Notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, Paris, Economica, 2013 [1963], Études sociologiques, 308 p.
- GOFFMAN, Erving**, *La Mise en scène de la vie quotidienne I. La présentation de soi*, Paris, Minuit, 1996 [1973], Le sens commun, 256p.
- GOFFMAN, Erving**, *Les Rites d'interaction*, Paris, Minuit, 1974 [1967], Le sens commun, 236p.
- GOFFMAN, Erving**, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 2003[1975], Le sens commun, 175p.

- GOFFMAN, Erving**, « Les symboles de statuts de classes », 1951, in **CEFAÏ Daniel et PERREAU Laurent (dir.)**, *Erving Goffman et l'ordre de l'interaction*, Paris, Presses universitaires de France, 2012, CURAPP, pp. 16-29.
- HUGHES, Everett Cherrington**, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS, 1996, Recherches d'histoire sociale, 344p.
- LAHIRE, Bernard**, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Armand Colin, 2005 [2002], Essais et recherches.
- LEVI-STRAUSS, Claude**, « L'efficacité symbolique », *Revue de l'histoire des religions*, Vol.135, n°1, 1949. pp. 5-27.
- MAUGER, Gérard.**, « Sens pratique et conditions sociales de possibilité de la pensée « pensante » », *Cités*, n° 38, 2009, pp. 61-77.
- MAUSS, Marcel**, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, Puf, 2012 [1924], Quadrige, 250p.
- PAUGAM, Serge**, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, Puf, 2013 [1991], Quadrige, 256p.
- PETERSON, Richard Austin**, « Le passage à des goûts omnivores : notions, faits et perspectives. », *Sociologie et sociétés*, n°36/1, 2004, pp.145–164
- SCHWARTZ, Olivier. et al.**, « Symposium sur « analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion » », *Sociologie du travail*, n°41, 1999, pp.453-479.
- SIMMEL, Georges**, *Secret et sociétés secrètes*, Paris, Circé, 1998 [1991], Poche, 119p.
- TOCQUEVILLE, Alexis**, *De la démocratie en Amérique*, Paris, Flammarion, 2010 [1835], GF, 304p.
- VIALA, Alain**, « « L'éloquence galante : une problématique de l'adhésion », Images de soi dans le discours : la construction de l'ethos », in **AMOSSY Ruth**, *Textes de base en sciences des discours*, Lausanne, Delachaux & Niestlé, 1999, p. 177-195.
- WEBER, Max**, *Économie et société. Les catégories de la sociologie. Tome 1*, Paris, Pocket, 2003 [1921], Agora, 416p.
- WEBER, Max**, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Pocket, 1989 [1905], Agora, 286p.

ZOLESIO, Emmanuelle, « Anonymiser les enquêtés », *Interrogations ?*, n°12 [en ligne], 2011, [consulté le 1^{er} décembre 2018], disponible à l'adresse : <http://www.revue-interrogations.org/Anonymiser-les-enquetes>

- **Sociologie de l'action collective**

AGRIKOLIANSKY, Éric, « Carrières militantes et vocation à la morale : les militants de la LDH dans les années 1980. », *Revue française de science politique*, 2001, n°51, pp. 27-46.

BARBOT, Jeanine et FILLION Emmanuelle, « La dynamique des victimes. Les formes d'engagement associatif face aux contaminations iatrogènes (VIH et prion), *Sociologie et sociétés*, 2007, n°39, pp. 217-247.

BARBOT, Jeanine et DODIER Nicolas, « Violence et démocratie au sein d'un collectif de victimes. Les rigueurs de l'entraide », *Genèses*, 2010, n°81, pp. 84-103.

BARTHÉLÉMY, Martine, *Associations, un nouvel âge de la participation ?* Paris, Presses de Sciences Po, 2000, 286p.

BERNARDEAU-MOREAU, Denis et HÉLY Matthieu, « Transformations et inerties du bénévolat associatif sur la période 1982-2002 », *Sociologies pratiques*, 2007, n°15, pp. 9-23.

BROQUA, Christophe, JAUFFREY-ROUSTIDE Marie, « Les collectifs d'usagers dans le champ du sida et de la toxicomanie. », *Médecine/Sciences*, 2004, n°20/4, pp. 475-479.

CALLON, Michel, RABEHARISOA, Vololona, *Le pouvoir des malades. L'association française contre les myopathies et la recherche*, Paris, Presses de l'école des mines de Paris, 1999, Transvalor, 196p.

COLLOVALD, Annie, « Pour une sociologie des carrières morales des dévouements militants. », in **COLLOVALD Annie et al.**, *L'humanitaire ou le management des dévouements : Enquête sur un militantisme de « solidarité internationale » en faveur du Tiers-Monde*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, [en ligne], 2002, pp. 177-229, [consulté le 22 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://books.openedition.org/pur/15274>.

FILLIEULE, Olivier, « Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel. Post-scriptum. », *Revue française de science politique*, vol. 51, 2001, pp. 199-215.

FILLIEULE, Olivier, « Tombeau pour Charles Tilly. Répertoires, performances et stratégies d'action. », in **AGRIKOLIANSKY Éric et al.** *Penser les mouvements sociaux*. Paris, La Découverte, 2010, Recherches, pp. 77-94.

FILLIEULE, Olivier et BROQUA Christophe, « La défection dans deux associations de lutte contre le sida : Act Up et Aides », in **FILLIEULE Olivier (dir.)**, *Le désengagement militant*, Paris, Belin, 2005, Sociologiquement, pp. 189-228.

HÉLY, Matthieu. *Les métamorphoses du monde associatif*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, Lien social. 368p.

HIRSCHMAN, Albert Otto, *Défection et prise de parole. Théorie et application*, Paris, Fayard, 1995 [1970], Espace du politique, 216p.

HUYARD, Caroline, « Pourquoi s'associer ? Quatre motifs d'entrée dans un collectif dans les associations de maladies rares », *Revue française de sociologie*, 2011, n°52/4, pp. 719-745.

LAVILLE, Jean Louis. *Association, démocratie et société civile*, Paris, La Découverte, 2001, Recherches / M.A.U.S.S, 220p.

LAVILLE, Jean Louis et SAINSAULIEU René, *L'association. Sociologie et Économie*, Paris, Fayard, 2013, Pluriel, 448p.

MATONTI, Frédérique et POUPEAU Franck, « Le capital militant. Essai de définition. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 155, 2004, pp. 4-11.

NEVEU, Erik, *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La découverte, 2013 [1996], Repères, 128p.

RABEHARISOA, Vololona et CALLON Michel, « L'engagement des associations de malades dans la recherche. », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 171, 2002, pp 65- 73.

TILLY, Charles, « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne. », *Vingtième Siècle, revue d'histoire*, vol. 4, n°1, 1984, pp 89-108.

- **Sociologie de l'action publique**

ANDRIEU, Gilbert, *L'Éducation physique au XXe siècle : une histoire des pratiques*, Paris, Librairie du sport, 1990, Les cahiers de l'EPS, 125p.

- BERGERON, Henri, CASTEL Patrick et NOUGUEZ Etienne**, « Un entrepreneur privé de politique publique. La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé. », *Revue française de science politique*, 2011, n°61, pp. 201-229.
- BERGERON, Henri, CASTEL Patrick et DUBUISSON-QUELLIER Sophie**, « Gouverner par les labels : Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable », *Gouvernement et action publique*, 2014, n°3, pp. 7-31.
- BODIN, Romuald**, *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, Paris, La dispute, 2018, Essais, 192p.
- BOLTANSKI, Luc**, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, EHESS, 1995 [1969], Cahiers du Centre de sociologie européenne, 151p.
- BORRAZ, Olivier**, *Les politiques du risque*, Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 2008, Académique, 296p.
- BOSSY, Thibault et BRIATTE François** « Les formes contemporaines de la biopolitique », *Revue internationale de politique comparée*, 2011, vol. 18, n°. 4, pp. 7-12.
- CEFAÏ, Daniel**, « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques. », *Réseaux*, 1996, n°14/75, pp. 43-66.
- COBB, Roger et ELDER Charles**, *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-Building*, Boston, 1972, Allyn and Bacon, 182p.
- COHEN, Stanley**, *Folk Devils and Moral Panics*, London, Routledge, 2011 [1972], 328p.
- DAHLGREN, Peter et SANDBERG Helena**, « La construction de l'obésité dans l'espace public suédois. », *Questions de communication*, [en ligne], 2007, n°11, pp. 33-49, [consulté le 4 février 2019], disponible à l'adresse : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/7321>
- DARGELOS, Bertrand**, « Une spécialisation impossible, l'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte antialcoolique en France (1850-1940) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, n°156-157, pp. 52-71.
- DOMIN, Jean-Paul**, « La réforme de l'hôpital public Un management sans ménagement. », *La vie des idées*, [en ligne], 2016, [consulté le 22 mars 2020], pp. 1-7, disponible à l'adresse : <https://laviedesidees.fr/La-reforme-de-l-hopital-public.html>
- DUBOIS, Vincent**, « L'action publique. », in **COHEN Antonin et al.**, *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La découverte, 2009, Grands repères Manuel, pp. 311-325.
- EDELMAN, Murray Jacob**, « L'espace et l'ordre social. », *Politix*, 2012, n°97, pp 7-24.

- FASSIN, Didier**, « De l'invention du traumatisme à la reconnaissance des victimes. Genèse et transformations d'une condition morale. », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n°123, 2014, pp.161-171.
- FASSIN, Didier**, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 2010, n°24/1, pp.95-116.
- FASSIN, Didier**, « L'invention française de la discrimination. », *Revue française de science politique*, 2002, n°52, pp. 403-423.
- FASSIN, Didier, MEMMI Dominique (dir.)**, *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS, 2004, Cas de figure, 269 p.
- FAVIER-AMBROSSINI, Brice, DELALANDRE Matthieu**, « Les réseaux sport santé bien-être : un gouvernement par le chiffre. », *Terrains et travaux*, 2018, n° 32, pp. 81-106.
- FOUCAULT, Michel**, *La naissance de la biopolitique. Cours au collège de France (1978-1979)*, Paris, Seuil, 2004 [1997], Hautes études, 368p.
- GENARD, Jean-Louis**, « Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? », in **CANTELLI Fabrizio et GENARD Jean-Louis (dir.)**, *Action publique et subjectivité*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 2007, n° 46, pp. 41-64.
- GENOLINI, Jean-Paul, CLEMENT Jean-Paul**, « Lutter contre la sédentarité : l'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. », *Sciences sociales et sport*, 2010, n°3, pp. 133-156.
- GILBERT, Claude et HENRY Emmanuel (dir.)**, *Comment se construisent les problèmes de santé publique ?* Paris, La Découverte, 2009, Recherches. 290p.
- HENRY, Emmanuel**, *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Paris, Presses de Sciences Po, 2017, 264 p.
- HONTA, Marina et al.**, « Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé », *Terrains & travaux*, 2018, n°32, pp. 5-29.
- LARCHET, Nicolas**, « De l'urgence sociale à l'utopie sanitaire. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°208, 2015, pp. 41-61.
- LATTE, Stéphane**, « Sociologie de la méconnaissance », *La vie des idées* [en ligne], 2013, [consulté le 12 août 2022], pp.1-4, disponible à l'adresse : <https://laviedesidees.fr/Sociologie-de-la-meconnaissance.html>

- LOCHARD, Yves**, « L'avènement des savoirs expérientiels. », *La Revue de l'Ires*, n°55, 2007, pp.79-95.
- LOIRAND, Gildas**, « Focus - Le sport est-il toujours bon pour la santé publique ? », *Informations sociales*, n° 187, 2015, pp. 54-57.
- MARTIN, Olivier**, « Chiffrer pour évaluer ? », *La vie des idées* [en ligne], 2016, [consulté le 11 mai 2020], pp.1-8, disponible à l'adresse : <https://laviedesidees.fr/Chiffrer-pour-evaluer.html>
- MAS, Bertrand et al.**, *L'hôpital en réanimation*, Paris, Croquant, 2011, Savoir agir, 368 p.
- MAVROT, Céline**, « Conflits de gouvernance territoriale et jeux d'échelles autour d'un programme de distribution de seringues en Suisse. », *Terrains et travaux*, n° 32, 2018, pp. 31-54.
- MORALES, Yves**, « Action publique et injonction du « sport-santé » : les fédérations sportives, nouvelles opératrices de santé (1980-2018) », *Corps*, n°17, 2019, pp.77-87.
- MURARD, Lion et ZILBERMAN Patrick**, « La raison de l'expert ou l'hygiène comme science sociale appliquée », *Archives européennes de sociologie* [en ligne], 1985, n°26/1, [consulté le 26 août 2019], pp.58-89, disponible à l'adresse : <http://www.jstor.org/stable/23999294>
- NOURRISSON, Didier**, « Faire-savoir et savoir-faire à l'École : l'alimentation à l'écran. », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, n°20, 2020, pp.117-130
- PEDROT, Florian**, *Comment devient-on « victime » ? Le cas des surirradiés en milieu hospitalier*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **COLLOVALD Annie**, université de Nantes, 2016, 431p.
- PIERRU, Frédéric**, « L' « hôpital-entreprise ». Une *self-fulfilling prophecy* avortée. », *Politix*, n°46, 1999, pp. 7-47
- ROMEYER, Hélène**, « Le bien-être en normes : les programmes nationaux nutrition santé », *Questions de communication* [en ligne], 2015, n°27, [consulté le 21 juillet 2022], disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/questionsdecommunication/9685>
- SAGUY, Abigailaguy**, *What's Wrong with Fat ?*, Oxford, Oxford University Press, 2013, 259p.
- SERRE, Delphine**, « Le bébé "superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance. », *Sociétés contemporaines*, 1998, n°31, pp. 107-127.

- **Sociologie de l'alimentation**

CAROF, Solenne, « Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre. », *L'année sociologique*, n°67, 2017, pp.107-130.

CAROF, Solenne, « Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ? », *Journal des anthropologues* [en ligne], 2015, n°140-141, pp. 213-233 [consulté le 02 février 2019], disponible à l'adresse : <http://journals.openedition.org/jda/6120>

DARMON, Muriel, « Déviances corporelles et classes sociales. », in **MAUGER Gérard et al.**, *Normes, déviances et insertions*, Genève, Seismo, 2008, pp.145-167.

DEPECKER, Thomas, « Les cultures somatiques : usages du corps et diététique. », *Revue d'études en agriculture et environnement*, n°91, 2010, pp.153-184.

DURIF-BRUKERT Christine, *La nourriture et nous. Corps imaginaires et normes sociales*, Paris, Armand Colin, 2007 [1991], Sociétales, 280p.

FISCHLER, Claude, *L'Homnivore. Le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Odile Jacob, 2001 [1990], Essais, 448p.

GRIGNON, Claude, « Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ? Le cas de l'obésité. », *La vie des idées* [en ligne], 2015, 9p. [consulté le 09 février 2019], disponible à l'adresse : https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20150127_grignon.pdf

LHUISSIER, Anne, « Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence. », *Journal des anthropologues*, n°106-107, 2006, pp. 61-76.

LHUISSIER, Anne et REGNIER Faustine, « Obésité et alimentation dans les catégories populaires : une approche du corps féminin », INRA Sciences sociales, n°3-4, [en ligne], 2017, 5p., [consulté le 25 juillet 2022], disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/227368144_Obesite_et_alimentation_dans_les_categories_populaires_une_approche_du_corps_feminin

POULAIN, Jean Pierre, *Manger aujourd'hui. Attitudes, comportements, normes et pratiques*, Paris, Privat, 2002, 235p.

REGNIER, Faustine, « Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux États-Unis », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 2006, n°41/2, pp. 97-103.

REGNIER, Faustine, « Vers un corps féminin sur mesure : l'alimentation et les techniques de la corpulence en France et aux États-Unis (1934-2010) », *L'année sociologique*, n°67, 2017, pp. 131-162.

- **Sociologie des classes populaires**

ARBORIO, Anne-Marie et LECHIEN Marie-Hélène, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, n°10, 2019, pp. 91-110.

AUZURET, Claire, *Analyse des processus de sortie de la pauvreté. Pauvre un jour, pauvre toujours ?*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **MESPOULET Martine**, université de Nantes, 2017, 572p.

BALLAND, Ludivine, « Un cas d'école. L'entrée dans le métier de professeur d'une « enfant de la démocratisation scolaire » », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°191-192, 2012, pp. 40-47.

BOURDIEU, Pierre, « Une classe objet. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1977, n°17-18, pp. 2-5.

CARTIER, Marie, « Le caring, un capital culturel populaire ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°191-192, 2012, pp. 106-113.

COQUARD Benoît, *Ceux qui restent. Faire sa vie dans les campagnes en déclin*, Paris, La découverte, 2019, L'envers des faits, 216p.,

DURET, Pascal, *Les grands frères. Identité et fonctionnalité d'une médiation*, Direction de l'évolution et de la prospective, 1995, 188p.

DUSSUET, Annie, *Logiques domestiques. Essai sur les représentations du travail domestique chez les femmes actives de milieu populaire*, Paris, L'Harmattan, 1997, Logiques sociales, 270p.

ERNAUX, Annie, *La place*, Paris, Gallimard, 1986 [1983], 113p.

GOULET, Vincent, *Médias et classes populaires. Les usages ordinaires des informations*, Paris, INA Éditions, 2010, Médias essais, 339 p.

HOGGART, Richard, *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*, Paris, Minuit, 1970 [1957], Le sens commun, 423p.

MARTIN-CRIADO, Enrique, « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de familles des classes populaires. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°208, 2015, pp. 75-87.

MAUGER, Gérard, « Élection parentale, élection scolaire », in **HUERRE Patrice et al.**, *Parents et adolescents. Des interactions au fil du temps*, Toulouse, Eres, 2001, pp. 99-115.

- MAUGER, Gérard**, « Enquêter en milieu populaire. », *Genèses*, n°6, 1991, pp. 125-143.
- MEMMI, Dominique**, « Les déplacés. Travail sur soi et ascension sociale : la promotion littéraire de Jules Romains. », *Genèses*, n°24, 1996, pp. 57-80.
- MISCHI, Julian**, « Il y a une dévalorisation générale des milieux populaires », *Ballast* [en ligne], 2015, [consulté le 16 septembre 2022], disponible à l'adresse : <https://www.revue-ballast.fr/julian-mischi/>
- PASQUALI, Paul**, « Les déplacés de l'ouverture sociale. Sociologie d'une expérimentation scolaire. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 183, 2010, pp.86-105.
- PASQUALI, Paul et SCHWARTZ Olivier**, « La culture du pauvre : un classique revisité. Hogart, les classes populaires et la mobilité sociale », *Politix*, vol. 2, n° 114, 2016, pp. 21-45.
- PAUGAM, Serge et al.**, *Ce que les riches pensent des pauvres*, Paris, Seuil, 2017, Sciences humaines, 352p.
- PAUGAM, Serge**, « Les formes contemporaines de la disqualification sociale. », *CERISCOPE Pauvreté* [en ligne], 2012, [consulté le 16 septembre 2022], disponible à l'adresse : <http://ceriscope.sciences-po.fr/node/335>
- PAUGAM, Serge**, « Science et conscience de la pauvreté », *L'Économie politique*, n°26/2, 2005, pp. 66-79.
- RENAHY, Nicolas**, *Les gars du coin. Enquête sur une jeunesse rurale*, Paris, La découverte, 2010, Sciences humaines et sociale, 294p.
- SCHWARTZ, Olivier**, *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, PUF, 1990, Pratique théoriques, 544p.
- SCHWARTZ, Olivier**, « La pénétration de la « culture psychologique de masse » dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus. », *Sociologie*, n°4/2, 2011, pp. 345-341.
- SCHWARTZ, Olivier**, « Peut-on parler des classes populaires ? », *La vie des idées* [en ligne], 2011, 49p, [consulté le 30 juin 2022], disponible à l'adresse : <https://laviedesidees.fr/Peut-on-parler-des-classes.html>
- SIBLOT, Yasmine**, « Stigmatisation et intégration sociale au guichet d'une institution familière le bureau de poste d'un quartier populaire », *Sociétés contemporaines*, n° 47, 2002, pp. 79-99.

TERRAIL, Jean-Pierre, « Familles ouvrières, école, destin social (1880-1980). », *Revue française de sociologie*, 1984, n°25, pp.421-436.

- **Sociologie des corps**

ARON, Jean-Paul, « La tragédie de l'apparence à l'époque contemporaine. », *Communications*, 1987, n°46, pp. 305-314.

BERGERON, Henri et CASTEL Patrick (dir.), *Regards croisés sur l'obésité*, Paris, Les Presses de science Po, 2010, 120p.

BODIER, Marceline, « Le corps change, son image aussi. », in INSEE, *Division conditions de vie des ménages*, 1995, n° 356, pp. 1-4.

BOLTANSKI, Luc, « Les usages sociaux du corps. », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, n°26/1, pp. 205-233.

BOURDIEU, Pierre, « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1977, n°14, pp. 51-54.

BROMBERGER, Christian et al., *Un corps pour soi*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005, Pratiques physiques et société, 160p.

CAROF, Solenne, *Grossophobie. Sociologie d'une discrimination invisible*, Paris, Maison des sciences de l'homme, 2021, Interventions, 280p.

DARMON, Muriel, « Des jeunesses singulières. Sociologie de l'ascétisme juvénile. », *Agora débats/jeunesses*, 2010, n° 56, pp. 49-62.

DARMON, Muriel, « Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement. », *Revue d'études en agriculture et environnement*, 2010, n°91, pp.209-228.

DARMON, Muriel, « Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps. », *Adolescence*, 2006, n° 56, pp. 437-452.

DERYCKE, Sylvaine, « Ascèse sportive et mode de vie communautaire : le quotidien de sportifs de haut niveau en athlétisme », *L'Atelier du Centre de recherches historiques* [en ligne], 2015, [consulté le 5 juillet 2022], disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/acrh/6695#bodyftn26>

FISCHLER, Claude, « La symbolique du gros. », *Communications*, 1987, n°46, pp. 255-278.

FOUCAULT, Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 2016 [1975], Tel, 400p.

- GOURMELEN, Andréa et RODHAIN Angélique**, « L'image de l'obésité et du surpoids en France : que disent les médias ? Le cas de la presse écrite. », Congrès de l'Association Française du Marketing [en ligne], 2017, Tours, p.1-11 [consulté le 31 août 2017], disponible à l'adresse : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02004275>
- GROSSETÊTE, Mathieu**, « Deux poids, deux mesures. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2015, n° 208, pp. 63-73.
- KNOBE, Sandrine**, « Dépassement et transformation de soi. Comment devenir pratiquant d'ultrafond ? *Terrains et travaux*, n° 12, 2007, pp. 11-27.
- LE BRETON, David**, *Anthropologie du corps et de la modernité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013 [1990], Quadrige, 336 p.
- LE BRETON, David, et al.** *Corps en forme*, Paris, CNRS Éditions, 2013, Bibliothèque Terre Humaine, 250p.
- LE HENAFF, Yannick et al.**, « Hématomes, éraflures, cicatrices. Les marques corporelles (involontaires ?) comme métis du rugby. », *Revue du MAUSS*, n°32, 2008, pp.553-574.
- MAUSS, Marcel**, « Les techniques du corps », *Journal de Psychologie*, 1934, vol. 32, n°3-4, pp. 365-386.
- MERLAUD, Fabien et Terral Philippe**, « Lutte contre l'obésité par l'activité physique et fondements du consensus fragile entre experts. », *Santé Publique*, HS (S1), 2016, pp. 33-40.
- MORENO PESTAÑA, José Luis**, « Haro sur les gros. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 208, 2015, pp. 4-13.
- MORENO PESTAÑA, José Luis**, « Souci du corps et identité professionnelle. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 208, 2015, pp. 89-101.
- POCIELLO, Christian**, *Le Rugby ou la guerre des styles*, Paris, Métailié, 1997, L'art et la manière, 414p.
- POULAIN, Jean Pierre**, *Sociologie de l'obésité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, Sciences sociales et sociétés, 360p.
- QUEVAL, Isabelle**, *Le corps aujourd'hui*, Paris, Gallimard, 2008, Folio Essais, pp 31-266.
- SAINT POL (de), Thibault**, « Corps et appartenance sociale : la corpulence en Europe », *Données sociales - La société française*, 2006, pp 649-656.

SAINT POL (de), Thibault, *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leurs poids*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010, Le lien social, 224p.

SAINT POL (de), Thibault, 2007, « L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent », *Division conditions de vie des ménages*, INSEE, 2007, n° 1123. pp. 1-4.

VALDELIEVRE, Hélène, « La taille et le poids des Français. », *Économie et statistique*, n°13, 1981, pp. 23-38.

VANDEBROECK, Dieter, « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2015, n° 208, pp.14-39.

VIGARELLO, Georges, *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, Paris, Points, 2017 [2010], Points histoire, 384p.

- **Sociologie du genre**

ACHIN, Catherine et NAUDIER Delphine, « Trajectoires de femmes “ordinaires” dans les années 1970. La fabrique de la puissance d'agir féministe », *Sociologie*, n°1, 2010, pp. 77-93.

ALGAVA, Elisabeth, « Quel temps pour les activités parentales ? », *Études et résultats*, DRESS, n°162, 2002, pp. 1-12

BATTAGLIOLA, Françoise, « Les trajectoires d'emploi des jeunes mères de famille. », *Recherches et prévisions*, n°52, 1998, pp. 87-99

BAUDELLOT, Christian, ESTABLET Roger, *Allez les filles ! Une révolution silencieuse*, Paris, Points, 2006 [1991], Pointes documents, 288p.

BESSIERE, Sabine, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. », *RFAS*, n°1, 2005, pp. 19-33.

BOURDIEU, Pierre, *La domination masculine*, Paris, Point, 2014 [1998], Points essais, 192p.

BOZON, Michel, « Apparence physique et choix du conjoint. », in **BOZON Michel, HERAN François**, *La formation du couple. Textes essentiels pour la sociologie de la famille*, Paris, La découverte, 2006, Repères, pp. 99-122.

CHARLAP, Cécile, *La fabrique de la ménopause*, Paris, CNRS éditions, 2019, 272p.

COQUARD, Benoît, « Faire partie de la bande. Le groupe d'amis comme instance de légitimation d'une masculinité populaire et rurale. », *Genèses*, n°111, 2018, pp.50-69.

- DAUNE-RICHARD, Anne Marie, DEVREUX Anne Marie**, « Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique. », *Recherches féministes* [en ligne], n°5/2, 1992, pp.7-30, [consulté le 21 janvier 2020], disponible à l'adresse : <https://id.erudit.org/iderudit/057697ar>.
- DESCARRIES, Francine**, « Regards sociologiques sur le féminisme contemporain. », *Les classiques en sciences sociales*, [en ligne], 2003, pp.1-15, [consulté le 6 février 2020], disponible à l'adresse : <http://www.csf.gouv.qc.ca/telechargement/publications/ConferenceDescarriesRegardsSociologiquesFeminisme.pdf>
- GOFFMAN, Erving**, *L'arrangement des sexes*, Paris, La dispute, 2002, Genre du monde, 128p.
- HARDY, Anne Chantal**, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *RFAS*, n°1, 2005, pp. 35-58.
- LABERGE, Suzanne**, « Les rapports sociaux de sexe dans le domaine du sport : perspectives féministes marquantes des trois dernières décennies », *Recherches féministes* [en ligne], n°17, 2004, pp.9-38, [consulté le 9 mars 2020], disponible à l'adresse : <https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2004-v17-n1-rf813/009295ar.pdf>
- LAPEYRE, Nathalie et LE FEUVRE Nicky**, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. », *RFAS*, n°1, 2005, pp. 59-81
- LAPEYRE, Nathalie et ROBELET Magalie**, « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », in **BLOY Géraldine (dir.)**, *Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, Métiers Santé Social, pp. 365-378.
- LECHIEN, Marie-Hélène**, « L'isolement des jeunes femmes appartenant aux classes populaires rurales. L'exemple d'une animatrice de loisirs », *Agone*, n°51, 2013, p. 131-151.
- LEDOUX, Clémence et THUILLIER Benoît**, « Du travail domestique masculine au travail domestique des hommes. », *Terrains et travaux*, n°10, 2006, pp. 56-76
- LERMUSIAUX, Alice**, « Les rouages de l'orientation des lycéennes vers les filières scientifiques. », *Initio. Revue sur l'éducation et la vie au travail*, n°7, 2019, pp. 26-46.
- MARRY, Catherine**, « Variations sociologiques sur le sexe des métiers. », in **VIDAL Catherine**, *Féminin / Masculin. Mythes et idéologies*, Paris, Belin, 2006, Regards, pp. 97-110.

MARRY, Catherine, SCHWEITZER Sylvie, « Scolarité », in **MARUANI Margaret (dir.)**, *Femmes, genre et société*, Paris, La Découverte, 2005, L'état des savoirs, pp. 211-218.

MEURET-CAMPFORT, Eve, *Des ouvrières en lutte. Mondes populaires et genre du syndicalisme dans un secteur d'emploi « féminin ». Le cas de l'usine Chantelle à Nantes (1966-2005)*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **COLLOVALD Annie**, université de Nantes, 2014, 570p.

MOSCONI, Nicole, MARRY Catherine, « Genre et éducation », in **BEILLEROT Jacky et al.**, *Traité des sciences et des pratiques de l'éducation*, Paris, Dunod, 2014, Psycho sup, pp. 443-455.

NICOLE-DRANCOURT, Chantal, « Stratégies professionnelles et organisation des familles. », *Revue française de sociologie*, vol. 30, n° 2, 1989, pp. 57-80.

POCHIC, Sophie, « Faire carrière : l'apport d'une approche en termes de genre », *Formation Emploi*, n° 91, 2005, p. 75-93.

SAINT POL (de), Thibault et BOUCHARDON Mathilde, « Le temps consacré aux activités parentales », *Études et résultats*, DRESS, n° 841, 2013, pp.1-6.

ZOLESIO, Emmanuelle, « Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie. », *Travail, genre et sociétés*, n°22, 2009, pp. 117-133.

- **Sociologie des professions et du travail**

ABBOTT, Andrew, *System of Professions: Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago, University of Chicago Press, 1988, 456p.

ACKER, Françoise, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. », *Revue française des affaires sociales*, n°1, 2005, pp. 161-181.

ARBORIO, Anne Marie, « Promouvoir ou former ? Enjeux et usages socio-historiques du diplôme d'aide-soignante. », *Revue française des affaires sociales*, n°3, 2016, pp. 243-262.

ARBORIO, Anne-Marie, « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. », *Sciences sociales et santé*, n°13/3, 1995, pp. 93-126.

AVRIL, Christelle, « Ressources et lignes de clivage parmi les aides à domicile. Spécifier une position sociale : quelles opérations de recherche ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°191-192, 2012, pp. 86-105.

- BARD, Etienne**, *Faire bon poids, bonne figure : sociologie des suivis diététiques en libéral*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **JAISON Marie et LHUISSIER Anne**, université Paris-Nord, 2019, 494p.
- BECKER, Howard Saul, et al.**, *Boys in white. Student Culture in medical school*, New Brunswick, Transactions publishers, 1976 [1961], 472p.
- BOLTANSKI, Luc et BOURDIEU Pierre**, « Le titre et le poste : rapports entre le système de production et le système de reproduction. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°2, 1975, pp.95-107.
- BOUCHAYER, Françoise** (1994), « Les voies du réanchantement professionnel », in **AÏACH Pierre et FASSIN Didier**, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1999 [1994], Sociologiques, pp.201-225.
- BOURDIEU, Pierre**, « La double vérité du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°114, 1996, pp. 89-90.
- BROUTELLE, Anne-Cécile**, « Infirmière : une profession problématique. », *Regards croisés sur l'économie*, n°5, 2009, pp. 178-180.
- CARTIER, Marie**, « Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold. », *Le mouvement social*, n° 211, 2005, pp. 37-49.
- CARTIER, Marie et LECHIEN Marie-Hélène**, « Asseoir sa légitimité professionnelle auprès des parents. Les stratégies de légitimation éducative des assistantes maternelles. », *Revue française des affaires sociales*, n°2, 2017, pp. 265-281.
- CASTEL, Robert**, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995, Sciences humaines, 494p.
- CHERONNET, Hélène et GADEA Charles**, « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics. », in **DEMAZIERE et al.**, *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La découverte, 2009, Recherches, pp. 73-83.
- COCHENNEC, Morgan**, « Le soin des apparences. L'univers professionnel de l'esthétique-cosmétique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°154, 2004, pp. 80-91.
- COUDIN, Élise et SOULETIE Arthur**, « Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire », *Économie et statistique*, n°486-487, 2016, pp. 79-102.

- CRASSET, Olivier**, *La santé des artisans au fil du parcours professionnel. De l'acharnement au travail au souci de soi*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **DUSSUET Annie**, université de Nantes, 2014, 423p.
- DARBUS, Fanny et Legrand, Émilie**, « Dispensé·e·s d'être malades: Les travailleur·euse·s des toutes petites entreprises (coiffure, restauration, bâtiment), des salarié·e·s jamais malades ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°239, 2021, pp.66-81
- DEMAILLY, Lise**, « Les médiateurs pairs en santé mentale », *La nouvelle revue du travail* [en ligne], 2014, n°5, [consulté le 27 novembre 2019], disponible à l'adresse <https://journals.openedition.org/nrt/1952>
- DEMAILLY, Lise**, « La rationalisation du traitement social de l'expérience professionnelle. », *Revue des sciences de l'éducation*, n°27, 2001, pp. 523–542.
- DRESS**, « Les étudiants en soins infirmiers en 2004. », *Études et résultats*, n° 458, 2006, pp. 1-12.
- DRESS**, « Profil des infirmiers en formation en 2014. », *Études et résultats*, n° 982, 2016, pp. 1-6.
- DUBAR, Claude**, « Formes identitaires et socialisation professionnelle. », *Revue française de sociologie*, n°33/4, 1992, pp. 505-529.
- DUBAR, Claude**, *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, 2015 [1995], U, 256p.
- DUBAR, Claude, TRIPIER Pierre et BOUSSARD Valérie**, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 2015 [1998], U, 384p.
- FERONI, Isabelle**, « L'identité infirmière vue par ses élites : pièges et limites d'une rhétorique professionnelle. », in **CRESSON Geneviève**, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : Aspects sociologiques.*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2000, pp. 31-36.
- FORTINO, Sabine**, *La mixité au travail*, Paris, La dispute, 2002, 135p.
- FUSULIER, Bernard et al.**, « Être au service et articuler travail/famille. De la double disponibilité pratique et subjective chez les professionnels de la relation. », *Informations sociales*, n°154, 2009, pp. 22-30.
- JORRO, Anne**, « L'ethos professionnel », in **JORRO Anne**, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2013, pp. 109-112.

- LALLEMENT, Michel**, *Le travail. Une sociologie contemporaine*, Paris, Gallimard, 2007, Folio essais, 688p.
- LE BIANIC, Thomas**, « Pratiques et identités professionnelles des psychologues du travail en France de l'entre-deux-guerres à nos jours. Une perspective socio-historique. », *Bulletin de psychologie*, n°487, 2007, pp.71-81.
- LOCHARD, Yves, SIMONET Maud**, « Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels », in **DEMAZIERE Didier et al. (dir.)**, *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La découverte, 2009, Recherches, pp. 274-284.
- MAILLARD, Fabienne**, *La fabrique des diplômés*, Paris, Le bord de l'eau, 2015, 116p.
- MARRY, Catherine**, *Les femmes ingénieures. Une révolution respectueuse*, Paris, Belin, 2004, Perspectives sociologiques, 288p.
- MAZAUD, Caroline**, « Le rôle du capital d'autochtonie dans la transmission d'entreprises en zone rurale », *Regards sociologiques*, n°40, 2010, pp. 45-57.
- MAZAUD, Caroline**, « Les stratégies scolaires des artisans ruraux de l'Ouest. », *Savoir/Agir*, n°37, 2016, pp. 55-61
- MERCURE, Daniel, Vultur Mircea**, *La signification du travail : nouveau modèle productif et ethos du travail au Québec*, Québec, Presses de l'université Laval, 2010, 260p.
- PAILLET, Anne**, « Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical. », in **DEMAZIERE Didier et al.**, *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La découverte, 2009, Recherches, pp. 342-351.
- PARADEISE, Catherine**, « La marine marchande française : un marché du travail fermé ? », *Revue française de sociologie*, n°25/3, 1984, pp.352-375.
- PENISSAT, Etienne**, « Publier des « chiffres officiels » ou les contraintes bureaucratiques et politiques qui façonnent l'expertise d'État. Le cas des statistiques du ministère du Travail. », *Gouvernement et action publique*, n°4, 2012, pp. 45-66.
- PERRIN, Claire**, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en activité physique adaptée dans le monde médical. », *Santé publique*, HS, 2016, pp. 141-151.
- SAINSAULIEU, Renaud**, *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014 [1977], Références, 560p.
- SEBILEAU, Arnaud**, « Le monopole professoral en question. Le cas de l'éducation physique et sportive en France », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, n°188, pp. 70-83.

SERRE, Delphine, « Travail social et rapport aux familles. Les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Féministes*, n°31, 2012, pp. 49-64.

SICART Daniel, « Les professions de santé », *Document de travail*, DRESS, n°183, 2013, 90p.

SIMONET, Maud, *Le travail bénévole. Engagement citoyen ou travail gratuit ?* Paris, La Dispute, 2010, Travail et salariat, 220 p.

SPIRE, Alexis, « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°169, 2007, pp.4-21.

STROOBANTS, Marcelle, « La fabrication des compétences, un processus piloté par l'aval? », *Formation emploi*, n°99, 2007, pp.89-94.

STROOBANTS, Marcelle, *Sociologie du travail*, Paris, Armand Colin, 2016 [1993], 128, 128p.

TERNON, Yves, « La fin du chirurgien généraliste », in **AÏACH Pierre et FASSIN Didier**, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1999 [1994], *Sociologiques*, pp.181-199.

TIRMARCHE ISSEMANN, Anne, *L'institutionnalisation de la fonction d'assistante maternelle. La reconfiguration de l'économie domestique*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **EBERSOLD Serge**, université de Strasbourg, 2011, 335p.

ZARIFIAN, Philippe, *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, *Le travail humain*, 186p.

WAELLI, Mathias, FACHE Philippe, « La régulation de l'emploi dans les hypermarchés français. Stratégies de mobilisation de la main d'œuvre et rapports à l'activité aux caisses », *Revue Travail et emploi*, n°136, 2013, pp. 35-47.

ZOLESIO, Emmanuelle, « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle. », *Sociologie*, Vol.3, n°4, pp. 377-394.

- **Sociologie de la santé**

AÏACH, Pierre, « Approche sociologique des données de morbidité. », *Sciences sociales et santé*, 1986, n°4/1, pp.75-95.

AÏACH, Pierre et FASSIN Didier, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos - Economica, 2011 [1994], *SocioLogiques*. 364p.

- AKRICH, Madeleine et MÉADEL Cécile.** « Les échanges entre patients sur l'Internet. », *Presse médicale* [en ligne], 2009, n°38, pp. 1484-1490 [consulté le 26 janvier 2019], disponible à l'adresse : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00397215/document>
- BASZANGER, Isabelle,** *Douleur et médecine. La fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995, La couleur des idées, 480p.
- BASZANGER, Isabelle,** « Les maladies chroniques et leur ordre négocié. », *Revue française de la sociologie*, 1996, n°27-1, pp. 3-27.
- BENAMOUGIZ, Daniel et PIERRU Frédéric,** « Le professionnel et le « système » : l'intégration institutionnelle du monde médical. », *Sociologie du travail* [en ligne], 2011, n°53-3, pp.293-348, [consulté le 30 août 2022], disponible à l'adresse : <https://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/me3uetf9a9alq5k2r4d3le88t/resources/2012-benamouzig-pierru-le-professionnel-et-le-systeme.pdf>
- BORDET, Aurélien,** « L'hôpital mis à mal par le management », *La Vie des idées* [en ligne], 2012, pp.1-8, [consulté le 11 mai 2020], disponible à l'adresse : <https://laviedesidees.fr/L-hopital-mis-a-mal-par-le.html>
- CANGUILHEM, Georges,** *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France. 2013 [1943], Quadrige, 300p.
- CARRICABURU, Danièle et MÉNORET Marie,** *Sociologie de la santé : Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin, 2014 [2004], U, 235p.
- CASTEL, Patrick,** « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 2005, n°46, pp.443-467.
- CICOUREL, Aaron Victor,** *Le Raisonnement médical. Une approche socio-cognitive.* Textes réunis par **BOURDIEU Pierre et WINKIN Yves**, Paris, Seuil, 2002, 238p.
- CLAVERANNE, Jean Pierre et PIOVESAN David,** « La clinique privée, un objet de gestion non identifié. », *Revue française de gestion*, n°146, 2003, pp.143-153.
- CORNET, Philippe,** *Corps obèse et société. Regards croisés entre médecins et patients*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **TRINCAZ Jacqueline**, université de Paris-Est, 2015, 330p.
- COUSTEAUX, Anne-Sophie,** *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales.* [en ligne], 2011, Thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **CHERNU Alain**, Institut d'études politiques de Paris - Sciences Po, [consulté le 4 février 2019], disponible à l'adresse : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00661611/document>

- CRESSON, Geneviève**, *Le travail domestique de santé*. Paris, L'Harmattan, 1995, Logiques sociales, 350p.
- DARMON, Muriel**, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La découverte, 2008, Sciences humaines et sociales, 349p.
- DARMON, Muriel**, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, La découverte, 2021, Laboratoire des sciences sociales, 326 p.
- EPSTEIN, Steven**, *Histoire du sida. Tome 2. La grande révolte des malades*, Paris, Empêcheurs de penser en rond, 2001, 308p.
- FOUCAULT, Michel**, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009 [1963], Quadrige, 214p.
- FREIDSON, Elliott**, « Influence du client sur l'exercice de la médecine. », in **HERZLICH Claudine**, *Médecine, maladie et Société*, École des Hautes études en Sciences Sociales, 1970, Les textes sociologiques, pp 225-245.
- FREIDSON, Elliott**, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, Médecine et sociétés, 369p.
- GOFFMAN, Erving**, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968, Le sens commun, 452p.
- GOFFMAN, Erving**, « La "distance au rôle" en salle d'opération. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, 2002, pp. 80-87.
- GAGNON, Éric**, « La communication, l'autre, l'indicible. De l'entraide des malades. » *Anthropologie et Sociétés*, 1999, n°23/2, pp. 61-78.
- GOBATTO, Isabelle et TIJOU Traore Annick**. « Apprendre à « savoir y faire » avec le diabète au Mali. La « fabrique » locale de savoirs et de rôles professionnels et profanes. », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2011, n°5/3, pp. 509-532.
- HARDY, Anne-Chantal**, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet de travail médical*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2013, Recherche Santé Social, 304p.
- HARDY, Anne-Chantal et FAURE Yann**, « Le choix d'une vie ... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales. », *Études DRESS*, n°66, 2005, pp. 1-95.
- HERZLICH, Claudine**, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, École Des Hautes Études En Sciences Sociales, 2005 [1969], 226p.

- LAPLANTINE, François**, *Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la sociétés contemporaines*, Paris, Payot, 1993, Bibliothèque scientifique Payot, 420p.
- LAPLANTINE, François** et **RABEYRON Paul-Louis**, *Les médecines parallèles*, Paris, Presses universitaires de France, 1987, Que sais-je ?, 128p.
- ILLICH, Ivan**, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975, 224p.
- JACOLIN-NACKAERTS, Myriam**, *Dispositifs et dispositions : les conditions de l'engagement et de la réussite de l'amaigrissement de jeunes adultes obèses*, 2012, thèse de doctorat de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, sous la direction de **CLEMENT Jean-Paul** et de **TAUBER Maïthé**, université de Toulouse, 2012.
- JACOLIN-NACKAERTS, Myriam**, « L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses : une socialisation de transformation ? », *Sciences sociales et sport* [en ligne], 2018, n°11, pp. 99-132, [consulté le 21 juillet 2022], disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sport-2018-1-page-99.htm>
- JAISSON, Marie**, « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, 2002, pp. 44-52.
- LEPILLER, Olivier**, « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans. », *Journal des anthropologues*, n° 140-141, 2015, pp. 235-255.
- LEPILLER, Olivier**, « Un corps changé, une alimentation bouleversée : composer avec les épreuves post-chirurgie bariatrique. », *Actes du IV Congreso Internacional del Observatorio de la Alimentacion & Fundacion Alicia*, 2015, pp 1346-1353.
- MERLAUD, Fabien**, *La médecine de l'obésité en France. Sociologie des engagements experts dans la normalisation de la corpulence*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **TERRAL Philippe**, université de Toulouse, 2014, 348p.
- MORENO PESTAÑA, José Luis**, « La classe du corps. Morale corporelle et troubles alimentaires. », Limoges, *PULIM*, 2016, Sociologie et sciences sociales, 352 p.
- PAILLET, Anne**, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins. Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 236-237, 2021, pp. 20-39.
- PINELL, Patrice**, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, n°50, 2009, pp. 315-349.

RENAUD, Lise, *Médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presse de l'université du Québec, 2007, 328p

ROSMAN, Sophia, « L'expérience de la fatigue chez les malades atteints de cancer », *Santé publique*, n°16, 2004, pp. 509-520.

SAJUS, Jean Philippe, *L'hôpital à l'épreuve de l'obésité. Éléments pour une sociologie économique de la prise en charge d'une pathologie chronique*, thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de **POULAIN Jean-Pierre**, université de Toulouse, 2012, 482p.

STRAUSS, Anselm, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 2002 [1992], Logiques sociales, 319p.

VIAUD, Baptiste, « « Elle ne vaut pas un caramel ! ». La place des verdicts médicaux dans l'estimation de la « valeur sportive » », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°209, 2015, p. 56-71.

- **Travaux indigènes**

AMEISEN, Jean Claude, *Sur les épaules de Darwin. Retrouver l'aube*, Paris, Les liens qui libèrent, 2014, 448p.

BARBIN, Jean MARC et al., *Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée*, [en ligne], Paris, Société française des professionnels en activité physique adaptée, 2016, 130p, [consulté le 21 juillet 2020], disponible à l'adresse :
<https://www.sfp-apa.fr/actualites/les-articles/referentiel-metier-enseignant-apa.html>

BASDEVANT, Arnaud, et al., *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, Neuilly sur Seine, INSERM, 2009, 56p.

BRACQ-RETOURNE, Fanny et al., « Une prise en charge éducative du patient obèse basée sur les thérapies comportementales et cognitives, mise en place à Roubaix. » », in **FOUCAUD, Jérôme et al. (dir.)**, *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*, Paris, INPES éditions, 2010, Santé en action, pp. 114-130.

BRACQ-RETOURNE, Fanny et SANGUIGNOL Frédéric, « Revue d'opinion. Quelles pratiques éducatives et quels résultats dans la prise en charge de l'obésité ? », in **FOUCAUD, Jérôme et al. (dir.)**, *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*, Paris, INPES éditions, 2010, Santé en action, pp.111-114.

BRILLAT-SAVARIN, Jean Anthelme, *Physiologie du goût* [en ligne], 1848, 418p, [consulté le 26 août 2019], disponible à l'adresse :
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1063697/f1.texteImage>

- CNAMTS, *Chirurgie digestive de l'obésité. Résultats enquête nationale*, 2004, 79p.
- CROISSET, Aurélie**, *L'éducation thérapeutique du patient en amont d'une chirurgie bariatrique : identification des déterminants psychosociaux de la participation et de la qualité de vie du patient opéré*, thèse de doctorat de psychologie, sous la direction de **SORDES Florence et ROGÉ Bernadette**, université de Toulouse, 2017, 212p.
- DELIGNIERES, Didier**, « Filles et garçons en STAPS. », *Revue EP&S*, [en ligne], n°374, 2017, [consulté le 13 mars 2020], disponible à l'adresse : https://www.revue-eps.com/fr/culture-staps-13-filles-et-garcons-en-staps_a-14549.html
- DESCHAMPS, Jean-Pierre et al.**, « La santé scolaire en France : évolution et perspectives. », *Santé publique*, n°10/3, 1998, pp. 257-267.
- DEBOUT, Christophe**, « Nursing (soins infirmiers) », in **FORMARIER Monique et al.**, *Les concepts en sciences infirmières*, Paris, Association de recherche en soins infirmiers, 2012, pp. 222-226.
- DIEBOLD, Lionel et PEDINIELLI, Jean-Louis**, « L'obésité et l'angoisse du sujet », *Psychologie clinique*, n°38, 2014, pp. 114-125.
- DOLZ Manuel**, « Le risque de suicide est augmenté après chirurgie bariatrique ! », *Le coin de la Biblio SFD* [en ligne], 2018, pp. 1-6, [consulté le 6 novembre 2019], disponible à l'adresse : <https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/bibliosfd-1803-mdolz.pdf>
- FAVETTA, Véronique et FEUILLEBOIS-MARTINEZ Brigitte**, « Prendre soin et formation infirmière », *Recherche en soins infirmiers*, n°107, 2011, pp.60-75.
- GRANGEARD, Catherine**, « Le poids des représentations : transfert et contre-transfert en chirurgie bariatrique », *Obésité*, vol. 2, n°4, 2007, pp. 318-323.
- HAS**, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation*. [en ligne], 2011, 93p, [consulté le 21 juillet 2020], disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
- HAZART, Juliette et al.**, « Évolution du recours à la chirurgie bariatrique en France entre 2008 et 2014 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, [en ligne], n°5, 2018, Santé publique France, pp.84-92. [consulté le 2 mars 2022], disponible à l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/evolution-du-recours-a-la-chirurgie-bariatrique-en-france-entre-2008-et-2014>

- HENART, Laurent**, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. [en ligne], Paris, Direction des affaires juridiques, 2011, 57p. [consulté le 01 mai 2021], disponible à l'adresse : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-henart-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau-intermediaire-janvier-2011-metiers-en-sante-paramedicaux-formation-cooperation/?pdf=608732>
- JOUET, Pauline et al.**, « Troubles fonctionnels après chirurgie bariatrique », *Post-U*, 2010, pp. 79-82.
- LACROIX, Anne**, « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? », *Santé publique*, n°19/4, 2007, pp.271-281.
- MENDEZ, Xavier**, *Correspondances entre médecins de second et premier recours dans deux départements français : des délais compatibles avec la continuité des soins ?*, thèse de doctorat de médecine, sous la direction de **CARRERE Philippe**, Université des Antilles, 2017, 29p.
- OBERLIN, Philippe et PERETTI (de) Christine**, « Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997 », *DRESS, Etudes et résultats*, n°1051, 2018, 6p.
- PEÑA PEÑA, Manuella**, *Etude et compréhension des mécanismes d'auto-dépréciation et d'auto-affirmation des personnes obèses*, thèse de doctorat de psychologie sociale, sous la direction de **VERLHIAC Jean-François**, université de Paris-Ouest, 2015, 416p.
- ROBIN-QUACH, Patricia**, « Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. », *Recherche en soins infirmiers*, n°98, 2009, pp.36-68.
- ROTHIER BAUTZER, Eliane**, *Le Care négligé. Les professions de santé face au malade chronique*, Liège, De Boeck Estem, 2013, Sciences du soin, 137p.
- TOURETTE- TUGIS, Catherine et THIEVANAZ Joris**, « La reconnaissance du « travail » des malades : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation. », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, n°46, 2013, pp 69-87
- TUBIANA, Alexandra et al.**, « COVID-19 et obésité : la position du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (G.R.O.S.) », *Médecine des maladies métaboliques*, n°15/3, 2021, pp.294-298.
- ZERMATI, Jean Philippe, APFELDORFER Gérard et WAYSFELD Bernard (dir)**, « *Traiter l'obésité et le surpoids.* », Paris, Odile Jacob, 2010, 389p.
- ZIEGLER, Olivier**, « Suivi post-chirurgie bariatrique : des risques bien réels », *Entretiens de Bichat* [en ligne], 2014, [consulté le 7 novembre 2019], disponible à l'adresse : <http://missplump.net/affection/actual/web/medscape1a.htm>

- **Articles de presse :**

LEHOUX, Valérie, « Grossophobie : mais pourquoi rejette-t-on les gros ? », *Télérama*, 5 février 2020.

PRIJENT, Anne, « La «grossophobie» des soignants, un obstacle à la prise en charge des patients obèses », *Le Figaro*, [En ligne], 16 février 2019, [Consulté le 18 juin 2021], disponible à l'adresse :
<https://sante.lefigaro.fr/article/la-grossophobie-des-soignants-un-obstacle-a-la-prise-en-charge-des-patients-obeses>

- **Documentaires :**

TELLIER, Anne Marie, « Obésité, la médecine dans la balance », *Pulsations*, [En ligne], 15 décembre 2015, [Consulté le 18 juin 2021], disponible à l'adresse :
<https://www.youtube.com/watch?v=ojhRr1Fbq5M>

TABLE DES SIGLES ET ACRONYMES

AA	Alcooliques anonymes
ACT	<i>Acceptance and commitment therapy</i> - Thérapie d'acceptation et d'engagement
ADAPEI	Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales (anciennement Association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés)
ADELFI	Association des épidémiologistes de langue française
ADELI	Automatisation DEs Listes
AESA	Autorité européenne de sécurité des aliments
AFDN	Association française des diététiciens nutritionnistes
AFERO	Association française d'étude et de recherche sur l'obésité
AFM	Association française contre les myopathies
AMP	Aide médico-psychologique
APA	Activité physique adaptée
APA-S	Activité physique adaptée-Santé
APECO	Association de prise en charge de l'obésité
APF	Association des paralysés de France
APS	Activités physiques et sportives
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ATF	Articulation travail/famille
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVESIAN	Alliance pour les sciences de la vie et de la santé
BOETH	Bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
CAFDES	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale
CAPTET	Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement technique
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLAN	Comité de liaison alimentation nutrition

CMP	Centre médico-psychologique
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAO	Collectif national d'associations d'obèses
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CCR	Capacité cardio-respiratoire
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CSO	Centre spécialisé de l'obésité
DE	Diplôme d'État
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DESS	Diplôme d'études supérieures spécialisées
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins
DG SANCO	Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs
DG SANTE	Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire
DPI	Dossier patient informatisé
DRH	Directeur des ressources humaines
DSCG	Diplôme supérieur de comptabilité et gestion
DU	Diplôme universitaire
EASO	<i>European association for the study of obesity</i> - Association européenne pour l'étude de l'obésité
ECN	Épreuves classantes nationales
EDN	Endocrinologie, nutrition, diabétologie (service)
ECG	Électro-cardiogramme
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EMS	Éducation médico-sportive
EPODE	Ensemble prévenons l'obésité des enfants
ESB	Encéphalopathie spongiforme bovine
ESPE	École Supérieure du Professorat et de l'Éducation
EPU	Enseignement post universitaire

ESTEBAN	Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition
ETP	Éducation thérapeutique du patient
EUFIC	Conseil de l'Information sur l'Alimentation en Europe
FJT	Foyer de jeunes travailleurs
FMC	Formation médicale continue
HTP	Hospitalisation à temps partiel (service)
IDE	Infirmière diplômée d'État
IDEL	Infirmière diplômée d'État libérale
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMC	Indice de masse corporelle
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
ITMO	Institut thématique multi organisme
FFPP	Fédération française des psychologues et de psychologie
FMC	Formation médicale continue
GHN	Groupe de haut niveau sur la santé, la nutrition et l'activité physique
GiRéDéP	Groupe inter-organisationnel pour la réglementation de la déontologie des psychologues
GROS	Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids
GRS	Gymnastique rythmique et sportive
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut comité de santé publique
HPST (loi)	Loi Hôpital, patients, santé et territoires
LCO	Ligue contre l'obésité
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MEEF	Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation (Master)
MICE	Meetings, Incentives, Conferencing, Exhibitions (industrie de l'évènementiel d'entreprise)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale

PAI	Programme alimentation insertion
PAS	Prestation d'appuis spécifiques
PES	Programme éducation santé
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'informations
PNA	Programme national pour l'alimentation
PNAPS	Plan national de prévention par les activités physiques ou sportives
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
PO	Plan obésité
PPC (appareil)	Pression positive continue
RATP	Régie autonome des transports parisiens
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RNCP	Répertoire national des certifications professionnelles
RSSBE	Réseau sport santé bien-être
SCM	Société civile de moyens
SEDMEN	Syndicat national des spécialistes en endocrinologie, diabète, maladies métaboliques et nutrition
SEGPA	Section d'enseignement et professionnel adapté.
SFD	Société française de diabétologie
SFN	Société française de nutrition
SFP-APA	Société française des professionnels en activité physique adaptée
SFPS	Société française de santé publique
SMS (bac)	Sciences médico-sociales
SNRI	Stratégie nationale pour la recherche et l'innovation
SOFFCO-MM	Société française francophone de chirurgie de l'obésité
SRA	Structure régionale d'appui
SSR	Soin de suite et de réadaptation (service)
ST2S (bac)	Sciences et techniques sanitaires et sociales
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
STG (bac)	Sciences et technologies de la gestion

STMS	Sciences et techniques médico-sociales
T2A	Tarifification à l'activité.
TCA	Trouble du comportement alimentaire
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UFR	Unité de formation et de recherche
UTET	Unité transversale d'éducation thérapeutique

ANNEXES

Méthodologie

(Annexes M)

- Annexe M1 : Corpus de sites internet p.580
- Annexe M2 : Liste des entretiens p.582
- Annexe M3 : Grilles d'entretiens
 - M3.1 : Grille professionnels de santé p.584
 - M3.2 : Grille patients p.585
 - M3.3 : Grille membres bureaux associatifs p.586

Annexe M1 : Corpus de sites internet

- **Air France. Information aux passagers à forte corpulence**
Disponible à l'adresse : <https://www.airfrance.fr/information/passagers/qui-voyage/forte-corpulence>
[consulté le 25 juillet 2022]
- **Collectif national des associations d'obèses**
Disponible à l'adresse : <https://cnao.fr/>
[consulté le 25 juillet 2022]
- **Conseil national de l'ordre des médecins**
Disponible à l'adresse : <https://www.conseil-national.medecin.fr/>
[consulté le 25 juillet 2022]
- **Cour de justice de l'union européenne. Arrêt du 18 décembre 2014**
Disponible à l'adresse : <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=160935&doclang=fr>
[consulté le 25 juillet 2022]
- **Défenseur des droits et de l'OIT. 9^{ème} Baromètre sur la perception des discriminations au travail**
Disponible à l'adresse : https://defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etudes_et_resultats_barometre_ap_vf-v4_0.pdf
[consulté le 25 juillet 2022]
- **Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité**
Disponible à l'adresse : <http://www.odoxa.fr/sondage/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite/>
[consulté le 2 mars 2022]
- **Etude sur l'obésité infantile en Europe**
Disponible à l'adresse : <https://www.eufic.org/fr/une-vie-saine/article/childhood-obesity-review>
[consulté le 25 juillet 2022]
- **Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids**
Disponible à l'adresse : <https://www.gros.org/>
[consulté le 25 juillet 2022]
- **Observatoire des inégalités**
Disponible à l'adresse : <https://www.inegalites.fr/>
[consulté le 25 juillet 2022]

- **Plan d'action de lutte contre l'obésité infantile (2014-2020)**
Disponible à l'adresse : https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en_0.pdf
[consulté le 22 juillet 2022]

- **Portail de la HAS**
Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/>
[consulté le 12 juillet 2022]

- **Portail de Santé publique France**
Disponible à l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/>
[consulté le 25 juillet 2022]

- **Le quotidien du médecin**
Disponible à l'adresse : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/>
[consulté le 25 juillet 2022]

Annexe M2 : Liste des entretiens

Entretiens menés avec les patients :

- Chirurgie (14 dont 2 hommes)

Anonymat	Date	Durée
[Antoine, 43 ans, artisan multi-tâches, opéré depuis 9 ans]	01/02/17	01:10:35
[Ariane, 37 ans, aide-soignante, opérée depuis 1 an]	09/04/15	01:14:37
[Elodie, 32 ans, sans emploi, opérée depuis 8 ans]	18/11/15	01:18:19
[Frédéric, 53 ans, cariste magasinier, opéré depuis 3 ans]	04/05/15	01:29:17
[Jacqueline, 55 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]	13/04/15	01:12:36
[Marcelle, 67 ans, retraitée (chargée de développement commercial), opérée depuis 1 an]	16/11/15	01:12:48
[Marie, 41 ans, éducatrice spécialisée, opérée depuis 7 ans]	20/01/15	01:32:48
[Michèle, 61 ans, retraitée (cheffe de projet), opérée depuis 7 ans]	15/03/16	01:36:42
[Nadine, 35 ans, assistante d'achats, opérée depuis 1 an]	09/10/15	01:02:07
[Pauline, 36 ans, assistante maternelle, opérée depuis 7 ans]	19/03/15	01:32:04
[Raymonde, 65 ans, retraitée (ouvrière), opérée depuis 9 ans]	05/04/16	01:22:27
[Suzy, 33 ans, orthophoniste, fin de parcours pré-opératoire]	16/01/15	01:06:02
[Véronique, 35 ans, aide-soignante, opérée depuis 2 ans]	09/10/15	01:04:41
[Fabienne, 43 ans, cheffe de service éducatif, opérée depuis 19 ans]	10/04/17	01:36:00

- Education thérapeutique (18 dont 6 hommes)

Anonymat	Date	Durée
[Armelle, 53 ans, maraîchère, ETPO, depuis 4 ans]	15/05/18	00:54:21
[Clémentine, 30 ans, assistante de direction, ETPO depuis 2 ans]	22/02/16	01:45:25
[Delphine, 34 ans, comptable, ETPO depuis 2 ans]	20/04/18	01:10:56
[Djamila, 60 ans, maîtresse de maison en invalidité, ETPO depuis 2 ans]	06/09/17	01:20:44
[David, 32 ans, sans emploi, ETPO depuis 3 ans]	15/05/18	00:41:30
[Dominique, 54 ans, aide-soignante en invalidité, ETPO depuis 1 an]	19/09/17	01:33:40
[Freddy, 34 ans, sans emploi, ETPO depuis 1 an]	15/05/18	01:08:22
[Gérard, 56 ans, technicien informatique en intérim, ETPO depuis 1 mois]	04/09/17	01:32:55
[Isabelle, 50 ans, enseignante spécialisée, ETPO depuis 2 ans]	16/05/18	01:40:17
[Jean-Luc, 47 ans, comptable, ETPO depuis 4 ans]	12/07/18	01:02:42
[Judith, 38 ans, secrétaire médicale, ETPO depuis 4 ans]	21/04/18	01:14:22
[Laurence, 36 ans, sans emploi, ETPO depuis 3 ans]	31/08/17	01:26:19
[Léa, 29 ans, auxiliaire de puériculture, ETPO depuis 1 mois]	22/09/17	01:20:52
[Nathalie, 53 ans, secrétaire en invalidité, ETPO depuis 1 an]	20/09/17	01:11:45
[Natacha, 52 ans, sans emploi, ETPO depuis 1 an]	11/03/16	00:44:14
[Patrick, 55 ans, ouvrier qualifié, ETPO depuis 2 ans]	29/02/16	01:28:33
[Thérèse, 76 ans, retraitée (chargée de développement culturel), ETPO depuis 2 ans]	17/03/16	01:35:07
[Yoann, 40 ans, technicien chauffagiste, ETPO depuis 2 ans]	21/03/16	01:22:39

Entretiens menés avec les professionnels (15 dont 2 hommes) :

Anonymat	Date	Durée
[Alexandra, 32 ans, enseignante d'APA, obésologue depuis 6 ans]	22/08/18	01:21:39
[Angélique, 35 ans, médecin, obésologue depuis 6 ans]	01/04/19	01:36:22
[Anne, 64 ans, médecin, obésologue depuis 20 ans]	05/07/18	01:29:22
[Clémence, 29 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]	05/07/18	01:28:20
[Emma, 47 ans, médecin, obésologue depuis 13 ans]	24/02/16	01:29:00
[Florence, 38 ans, diététicienne, obésologue depuis 8 ans]	15/03/16	01:42:27
[François, 55 ans, chirurgien, obésologue depuis 20 ans]	21/11/17	00:17:21
[Irène, 55 ans, infirmière, obésologue depuis 13 ans]	24/02/16	01:22:39
[Jocelyne, 59 ans, infirmière, obésologue depuis 6 ans]	26/04/19	03:32:16
[Julie, 35 ans, diététicienne, obésologue depuis 11 ans]	20/02/18	01:50:33
[Laure, 50 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]	16/06/16	01:59:32
[Mathieu, 26 ans, enseignant d'APA, obésologue depuis 3 ans]	11/03/16	01:39:41
[Mélanie, 45 ans, diététicienne, obésologue depuis 13 ans]	29/08/17	01:37:54
[Sophie, 28 ans, psychologue, obésologue depuis 3 ans]	05/07/18	01:40:55
[Vinciane, 32 ans, diététicienne, obésologue depuis 5 ans]	22/08/18	01:32:28

Annexe M3 : Guides d'entretiens

M3.1 : Entretiens professionnels

Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
Comment et quand êtes-vous arrivé dans ce service ?
Pouvez-vous me décrire une journée / semaine type ?
Pouvez-vous me raconter l'histoire du service ?
Pouvez-vous me décrire le plateau technique et sa pertinence ?
D'où viennent vos patients ? Origines géographiques ? Origines sociales ?
Comment arrivent-ils au sein de votre service ?
Quelles sont leurs motivations pour entamer cette démarche ?
Quelles sont vos motivations pour les accompagner dans cette démarche ?
Comment les accueillez-vous ?
Pouvez-vous m'expliquer le déroulé du programme d'éducation thérapeutique ?
Pouvez-vous me parler du parcours préopératoire ? Comment cela se passe-t-il ? A quoi cela sert-il ?
Quels sont les critères pour qu'un patient soit éligible à une intervention chirurgicale / programme ETP ?
Quels sont les objectifs de l'opération / programme ETP ?
Comment se déroule-t-elle ?
Pouvez-vous me parler de la période d'hospitalisation qui y est associée ? Comment cela se passe-t-il ?
Pouvez-vous me parler du suivi postopératoire ? Comment cela se passe-t-il ? A quoi cela sert-il ?
Qui rédige les questionnaires préopératoires et postopératoires ? Comment sont-ils utilisés ?
Est-ce que tous les patients se prêtent au jeu ?
Qu'elle en est votre analyse ?
D'un point de vue médical, quels sont les effets attendus de l'opération / du programme ETP ?
Et d'un point de vue social ?
D'après vos constats, quelle part prennent les proches du patient à ce type de démarche ? Avant, pendant, après ?
Qu'est-ce que l'opération / ETP change pour les patients ?
Comment vivent-ils cette perte de poids rapide ?
Ya-t-il des effets secondaires ? Médicaux ? Sociaux ? Lesquels ?
Comment les patients sont-ils accompagnés pour les gérer ?
Y va-t-il des échecs ? Quel taux ?
Est-ce que beaucoup de patients ont recours à la chirurgie réparatrice ?
Avez-vous connaissance d'une ou plusieurs associations de soutien ou de prévention de l'obésité ?
Si oui, lesquelles ?
Comment en avez-vous eu connaissance ?
Quel est votre lien avec elles ?
Quelles sont leurs missions ?
Connaissez-vous leur taux de fréquentation ?
Pensez-vous qu'elles couvrent l'ensemble des attentes des personnes concernées ?
D'après, vous comment améliorer la prise en charge ?
Quelles sont vos perspectives professionnelles ?

M3.2 : Entretiens patients

Depuis combien de temps êtes-vous opéré / entré dans le programme ?
Quel type d'intervention avez-vous subi ?
Comment avez-vous eu connaissance de ce type de chirurgie ?
Quelles options du programme avez-vous choisi ?
Comment avez-vous eu connaissance du service ?
Quelles étaient vos motivations pour entamer cette démarche ?
Comment avez-vous été accueilli par les professionnels du service ?
Pouvez-vous me parler du parcours préopératoire ? Comment cela se passe-t-il ?
Quels en sont les objectifs ?
Est-ce difficile ?
Pouvez-vous me parler de l'opération ? Comment s'est-elle passée ?
Pouvez-vous me parler de la période d'hospitalisation qui y est associée ? Comment cela se passe-t-il ?
Pouvez-vous me parler du suivi postopératoire ? Comment cela se passe-t-il ?
Est-ce contraignant ?
Quels en sont les objectifs ?
Pouvez-vous me parler du programme ETP ? Comment cela se passe-t-il ?
Est-ce contraignant ?
Pouvez-vous me raconter l'histoire de votre surpoids ?
Comment l'avez-vous vécu ?
Cette prise de poids a-t-elle eu une influence sur vos relations ? Avec qui ?
Comment le diagnostic de l'obésité est-il posé ? Par qui ?
Comment votre entourage proche a-t-il réagit lorsque vous lui avez annoncé votre décision ? Y a-t-il pris part ? Comment ?
Comment l'avez-vous vécu ?
Après l'opération, comment a-t-il réagit à votre perte de poids ?
Comment l'avez-vous vécu ?
Y a-t-il eu des réactions de la part de l'entourage plus large (professionnel, voisinage, etc ...) ?
Quelles étaient-elles ?
Comment l'avez-vous vécu ?
Pouvez-vous me raconter la façon dont vous avez géré cette perte de poids rapide ?
Êtes-vous satisfait des effets de l'opération / programme ETP ? Sont-ils conformes à vos attentes ? (point de vue médical, social, etc ...)
Est-ce que l'opération a changé autre chose dans votre vie ? Quoi ?
Que diriez-vous de votre relation avec les professionnels de la santé avant l'opération ?
Que diriez-vous de votre relation avec les professionnels de la santé après l'opération ?
Que diriez-vous de votre regard sur l'obésité ?
Fréquentez-vous ou avez-vous fréquenté une association de soutien ou de prévention de l'obésité ?
Pourquoi ?
Si oui, laquelle ?
Comment en avez-vous eu connaissance ?
Si oui, qu'en attendez-vous ?
Y trouvez-vous ce que vous en attendiez ? Expliquez.
Pensez-vous que le service proposé par ces associations pourrait être amélioré ?
Que proposeriez-vous ?
Connaissez-vous d'autres personnes qui ont été opérées ou qui s'apprentent à le faire ?
Quels sont vos liens avec elles ?

M3.3 Entretiens membres bureaux associatifs

Depuis quand êtes-vous membre de cette association ? Pourquoi ?
Quel y est votre rôle ? Pourquoi ? Depuis quand ?
Pouvez-vous me décrire en quoi ce la consiste ?
Combien de temps vous prend cette activité par semaine ?
Depuis quand l'association existe-t-elle ?
Qui l'a fondée ? Pourquoi ?
Pourquoi s'appelle-t-elle ainsi ?
Quelles sont les missions de votre association ?
Quelles sont les activités de votre association ?
Combien de membres compte-t-elle ?
Combien de membres au CA ?
Avez-vous des commissions ? Lesquelles ?
Que s'y passe-t-il ?
Qui les composent ?
A quel rythme vous réunissez-vous ?
Comment se décide le programme de l'année ?
Quel est le taux de fréquentation des activités proposées ?
Avez-vous des liens avec l'hôpital ? Comment cela se passe ?
Avec d'autres médecins ? Comment cela se passe ?
Avez-vous d'autres partenaires ? Comment cela se passe ?
Quelles perspectives envisagez-vous ?
Avez-vous fait partie ou faites-vous partie d'autres associations ?
Lesquelles ?
Quel y est votre investissement ?
Pensez-vous que vous serez toujours membre du bureau l'an prochain ? Pourquoi ?

Compléments

(Annexes C)

- Annexe C1 : IMC : Histoire d'un indice, outil de l'ordre social p.588
- Annexe C2 : Techniques de chirurgie bariatrique p.590
- Annexe C3 : Processus de sanitatisation d'un problème social p.592
- Annexe C4 : Carte des CSO p.598
- Annexe C5 : Feuille de route « prise en charge de l'obésité 2019-2022 » p.599
- Annexe C6 : Grilles de diagnostic éducatif p.602
- Annexe C7 : Sémantique de l'approche bio-psycho-sensorielle p.608
- Annexe C8 : Organisation des groupes professionnels de l'« obésologie » p.612

Annexe C1 : IMC : Histoire d'un indice, outil de l'ordre social.

Dans un souci de rapprocher deux traditions scientifiques phares du XVIIIème siècle, à savoir les mesures pratiquées dans les sciences de la nature telles que l'astronomie et les enquêtes administratives impulsées par les États, Adolphe Quételet (1796-1874) est l'un des pères fondateurs de la mesure sociale telle qu'elle s'est imposée dans les sciences dites statistiques du XXème siècle. Au travers de recueils réguliers de données et leur analyse il construit l'idéal-type de l'« homme moyen » qui concentre toutes les caractéristiques moyennes des individus composant la société : la statistique devient morale. Décrit comme constant chez les individus de constitution normale, l'indice de Quételet est ainsi défini comme le poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m².

Cet indice, devenu celui de masse grasse, est repris par les assurances vies américaines au début du XXème siècle lorsqu'elles commencent à comparer la taille et le poids de leurs assurés afin de démontrer que les individus en surpoids ont tendance à décéder plus tôt que ceux qui ont un poids « idéal ». Situé entre 20 et 27, le poids est considéré comme non préjudiciable, supérieur à 27, le surpoids apparait et les risques pour la santé aussi. Pour être exacte, à l'époque une nuance existe selon le genre, à savoir que le seuil à ne pas franchir est de 27.6 pour les hommes et 27.3 pour les femmes. Ce critère rentre donc dans les tables dites de longévité où un rapport direct est établi entre l'indice et le coût de l'assurance.

L'indice est repris par la médecine à partir de 1972, suite aux travaux d'Ansel Keys, professeur américain de physiologie. Il devient l'indice de masse corporelle (IMC) en raison de son moindre coût, comparé aux autres processus, pour calculer le surpoids. Utilisé, dans un premier temps, dans le cadre de la recherche sur la santé des populations, il devient un moyen rapide d'évaluation de la masse adipeuse des patients. Aujourd'hui, la majorité des professionnels de la santé s'y réfèrent pour légitimer leurs recommandations d'hygiène de vie. Depuis 1985, il est la norme internationale pour mesurer l'excès de poids et l'obésité. Il fait son entrée dans le carnet de santé français en 1995 sous le nom de courbe de corpulence.

En 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé redéfinit le seuil de base du surpoids à 25 kg/m² quel que soit le genre. « Un individu est considéré comme obèse lorsque cette valeur est supérieure ou égale à 30 kg/m² ». On parle d'obésité sévère lorsque l'indice est supérieur à 35, et d'obésité morbide lorsqu'il dépasse 40.

À l'instar de ce qui est pratiqué aux États Unis, les assureurs français tiennent compte du rapport taille poids des assurés pour évaluer leurs risques et calculer le tarif de l'assurance

des prêts immobiliers. Depuis 2006, afin de lutter contre cette forme de discrimination, une convention existe entre l'État, les associations de malades et les établissements financiers, il s'agit de l'AERAS « s'Assurer et Emprunter avec un Risque de Santé Aggravé ». Elle a pour objectif de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé. Mais elle reste, jusqu'à aujourd'hui, très peu utilisée par les personnes obèses pour des raisons soit de défaut d'information soit de sentiment d'illégitimité à mobiliser un tel outil.

Au départ, un outil statistique, l'IMC devient donc, au fil du temps, la norme qui définit l'obésité comme une déviance au sens de Howard Becker. Les entrepreneurs de morale que sont, ici, les médecins et les assureurs, se mobilisent pour étiqueter les individus qui ont un rapport poids/taille au carré supérieur à la norme comme déviants. Comme le montre l'auteur, l'obésité, telle qu'elle est perçue aujourd'hui, est le résultat d'un processus d'apprentissage social, qui passe par une redéfinition de l'identité sociale des acteurs concernés.

À l'heure actuelle, cet indice fait l'objet des critiques d'un certain nombre de chercheurs qui affirment, entre autres, qu'il est incapable de faire la différence entre masse adipeuse et non adipeuse donc, par excellence, ce à quoi il sert c'est-à-dire définir le surpoids.

Annexe C2 : Techniques de chirurgie bariatrique.

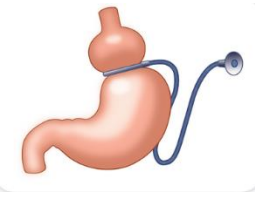
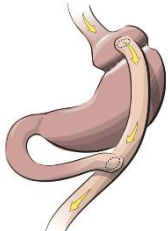



Préconisée aux patients obèses sévères et considérée comme invasive en raison d'une perte de poids massive et rapide et de nombreux effets secondaires, la chirurgie bariatrique se décline en cinq techniques qui font l'objet de recommandations de la HAS. Les restrictions¹ de recours à l'opération sont un IMC supérieur ou égal à 40 Kg/m² ou 35 Kg/m² en cas de présence d'une ou plusieurs comorbidités (maladie coronarienne, diabète de type 2, apnée du sommeil, hypertension, asthme, incontinence urinaire sévère, ...) ; une limite d'âge bornée entre 18 et 60 ans (avec une possibilité de dérogation au cas par cas) ; l'absence de troubles psychiatriques, d'alcoolisme, de toxicomanie, de TCA ou de toute pathologie menaçant le pronostic vital. En amont, la chirurgie doit être précédée d'un parcours préopératoire de six mois à un an qui vise à démontrer l'échec d'un traitement médical spécialisé et pluridisciplinaire ; et à garantir l'opérabilité des patients. Enfin, l'acte opératoire doit se prolonger d'un suivi à vie (deux fois la première année puis une fois par an pendant quatre ans et une fois tous les deux à trois ans). L'objectif, ici, est de dépister les éventuelles complications (physiologiques ou psychologiques, voire psychiatriques), d'assurer le respect des règles hygiéno-diététiques et de repérer les éventuelles TCA (dont l'anorexie).

Si ces recommandations s'adressent aux médecins le message à l'encontre des patients est clair. En termes de critères sélectifs, il s'agit d'être suffisamment gros mais de ne pas cumuler d'autres déviances. Violence symbolique qui sépare les bons acteurs obèses (évalués comme aptes à la chirurgie) des mauvais (réorientés vers d'autres prises en charge). Une fois sélectionnés les patients s'engagent dans une transformation biologique de la mécanique digestive qui nécessite une transformation sociale d'une multitude de pratiques (alimentaires ; physiques ; esthétiques ; médicales). Du point de vue des soignants, composition métabolique et amélioration de la qualité de vie deviennent les indicateurs de la qualité de l'engagement et donc de la normalisation des comportements : manger moins, bouger plus, améliorer l'estime de soi et observer les prescriptions médicamenteuses.

S'agissant des pratiques professionnelles, ces recommandations guident les équipes vers une décision d'intervention qui se veut collégiale. Afin de limiter les risques médicaux, chirurgicaux et psychiques, chaque discipline concernée doit pouvoir y participer. Travail pluridisciplinaire auprès du patient envisagé de longue haleine puisque les experts (chirurgien,

¹ Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_argumentaire.pdf

endocrinologue, psychiatre, enseignant d'APA, diététicien) sont invités à œuvrer de concert, en concertation avec les médecins traitants, pour un suivi post-opératoire à vie afin de prévenir ou corriger la multitude d'effets secondaires potentiels. Il incombe d'ailleurs aux CSO de coordonner l'intégralité des parcours des patients.

Les cinq techniques de la chirurgie bariatrique	
	<p>L'anneau gastrique, ajustable autour de l'estomac, il en réduit sa taille afin de limiter la quantité d'aliments. Un dispositif sous-cutané permet d'ajuster sa circonférence. Après avoir connu un essor considérable dans les années 1990 en France, elle est en perte de vitesse. Elle est aujourd'hui principalement proposée aux patients les plus jeunes dans le but de les préparer à une seconde intervention.</p>
	<p>Le bypass gastrique consiste en une réduction de l'estomac en un réservoir d'environ 30 à 40 centimètres cubes (équivalence de 2 à 3 cuillères à soupe) associée au court-circuit du duodénum. L'objectif est, ici, de modifier l'absorption des aliments.</p>
	<p>La sleeve qui consiste en une ablation des 2/3 de l'estomac contenant les cellules qui secrètent l'hormone stimulant l'appétit (la ghréline). C'est la technique la plus largement répandue aujourd'hui.</p>
	<p>Le switch-duodénum qui correspond à une ablation des 2/3 de l'estomac associée à une réduction et une dérivation de l'intestin grêle qui ne dessert ainsi plus ni pancréas ni vésicule biliaire. L'essentiel des aliments passent ainsi directement dans le gros intestin sans être absorbés.</p>
	<p>Le mini bypass est la dernière-née des techniques bariatriques. Il s'agit d'un bypass simplifié et potentiellement réversible. La poche stomacale y est plus grande et l'intestin grêle y est raccordé par une suture unique.</p>

Annexe C3 : Processus de sanitarisation d'un problème social.

Considérée comme un véritable « *facteur de différenciation sociale négative* »¹ participant fortement aux inégalités sociales de santé, il est aujourd'hui communément admis que l'obésité induit des conséquences graves en complément des stigmatisations sociales citées dans le corps de thèse :

- D'un point de vue médical les principales complications se répartiraient dans plusieurs grands domaines de la santé : métaboliques endocriniennes avec, par exemple, le diabète de type 2 ; cardiovasculaires (hypertension artérielle, AVC, insuffisance cardiaque, ...) ; respiratoires (apnée du sommeil, ...) ; articulaires avec une augmentation du risque d'arthrose ou de goutte ; augmentation du risque carcinologique. Ces pathologies pourraient coexister et participer à réduire espérance et qualité de vie. De nombreux troubles psychologiques lui sont également associés : troubles du comportement alimentaire, dépression, etc. ...
- D'un point de vue économique certains épidémiologistes prévoient que, en raison de l'augmentation du nombre d'individus touchés et du coût engendré par le traitement des nombreuses pathologies qui lui sont associées, l'épidémie mette à mal l'équilibre précaire de la sécurité sociale.

Le phénomène de l'obésité est rendu visible, dans l'espace social, par la diffusion de données chiffrées ainsi que par des glissements de vocabulaire avec les termes successifs de maladie, d'épidémie² voire de risque pandémique. Par cette requalification l'OMS l'impose comme cause nationale et internationale de santé publique³. C'est ce processus de sanitarisation qu'examine cette annexe. Participant au cadrage théorique nécessaire pour situer notre objet de recherche, elle s'appuie sur un corpus de documents, produits par l'Union Européenne mais surtout l'État français, qui traitent de l'obésité et des actions menées pour lutter contre ce phénomène.

À l'instar de Didier Fassin⁴ la sanitarisation est mobilisée, ici, en tant que processus qui construit l'obésité comme atteinte du bien-être physique et mental des acteurs concernés et qui permet, non seulement, de désigner les acteurs habilités à intervenir, mais aussi de définir et

¹ Poulain J.P. (2009), op. cit., p117.

² L'obésité est la première maladie non infectieuse à être ainsi qualifiée par l'OMS en 2000.

³ En préconisant l'inscription de « *la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs* », la charte d'Ottawa, signée sous l'égide de l'OMS, fait figure de texte fondateur en termes de promotion de la santé alors redéfinie comme ressource et non plus comme but.

⁴ Fassin D. (2000), « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, n° 24/1, p.95-116.

légitimer les solutions au problème en matière de compétences, de ressources et de responsabilités.

À l'échelle européenne la santé occupe une place prépondérante dans l'agenda politique. C'est avec la crise de la « vache folle »¹ que la sécurité alimentaire, comme lien entre santé et alimentation, est entrée sur le devant de la scène. En janvier 2000 la Commission publie un livre blanc sur cette thématique qui impulse la création, deux ans plus tard, de l'AESA (Autorité européenne de sécurité des aliments), agence de conseils scientifiques qui a en charge d'évaluer les risques inhérents aux denrées alimentaires. En parallèle de cette émergence de l'alimentation saine et équilibrée comme garante du maintien de la bonne santé et, pour faire face à l'émergence de l'obésité comme préoccupation internationale, la Commission européenne s'engage dans la lutte contre la maladie sous l'égide de la Direction Générale de la Santé et de la protection des consommateurs (DG SANCO²). 2005 voit la mise en place de la Plateforme d'action européenne pour l'alimentation, l'activité physique et la santé qui, par la promotion de la concertation, vise à inciter les industriels du secteur alimentaire à s'engager dans la lutte contre l'obésité. Avec la signature d'une Charte européenne sur la lutte contre l'obésité en 2006, les États membres s'engagent à renforcer leurs actions de prévention notamment en faveur des enfants et des adolescents. L'année suivante la Commission édite un livre blanc qui expose « *Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité.* » En parallèle de quoi, elle crée le Groupe de haut niveau sur la santé, la nutrition et l'activité physique (GHN). Il est composé des représentants des pays de l'UE, de la Norvège et de la Suisse dans l'objectif de coordonner les actions préventives en matière de lutte contre l'obésité. Il adopte notamment, en 2014, un « plan d'action relatif à l'obésité infantile » destiné à inspirer les actions des États membres dans ce domaine.

Si les États membres conservent leur souveraineté totale en matière de santé publique, l'analyse de cette succession de mesures, qui ont pour but d'inciter les gouvernements à agir sur les coûts humains (décès par an, pourcentage de la population atteinte) et économiques engendrés par l'épidémie d'obésité, constitue un véritable laboratoire de l'analyse que Vincent Dubois propose de l'action publique qui « *ne peut pas plus être cantonnée à l'exercice de la " puissance publique " ou à la délivrance de " services publics "»*³. Industriels du secteur alimentaire, ONG, associations (de consommateurs, de patients, de médecins), fonctionnaires,

¹ Encéphalopathie Spongiforme Bovine (ESB).

² Rebaptisée en 2015 DG SANTE : Direction Générale de la santé et de la sécurité alimentaire.

³ Dubois V. (2009), « L'action publique. » in Cohen A., Lacroix B., Riutort P. (dir.), *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, p. 312.

responsables politiques sont autant d'acteurs qui participent à la normalisation du traitement préventif de l'obésité. « *Le statut des acteurs ne suffit donc pas à définir l'action publique.* »¹ Les actions menées sont tout aussi protéiformes : normes nutritionnelles des produits alimentaires transformés², campagnes d'informations du public, aménagements de l'espace urbain pour inciter à la mobilité active, financement de projets de recherches (Horizon 2020), programmes d'éducation, etc. ...Autant de ressources distribuées et de formes d'organisation sociale promues afin de légitimer les réponses apportées au problème de l'obésité.

Après une brève présentation de ce cadrage par l'Union Européenne, c'est bien aux textes français, comme mise en œuvre des politiques publiques, que nous nous intéressons.

Puisque l'obésité est d'abord attribuée à des problèmes d'alimentation : quantité excessive ou nourriture malsaine, les politiques publiques françaises afin de répondre à la problématique (et donc d'assumer la fonction régaliennne qui incombe à l'État de protéger la santé de sa population) sont avant tout des politiques alimentaires. Ce centrage, nous l'avons dit, s'ancre dans un contexte de crises alimentaires où l'alimentation, perçue comme un risque pour la santé, impose la nutrition, qu'elle soit préventive ou curative, comme solution au bien-être³. En France, cette démarche se concrétise par la succession de quatre Programmes Nationaux Nutrition Santé (PNNS) depuis 2001. Coordonné par la Secrétaire d'État à la Santé, en lien avec les ministères de l'Éducation nationale, de l'Agriculture et de la Pêche, de la Recherche, de la Jeunesse et des Sports et de la Consommation, le premier PNNS est porté par deux experts en nutrition (Serge Herzberg et Arnaud Basdevant).

Dès le lancement du premier programme l'objectif de contenir l'épidémie est clairement affiché : « *Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants,* »⁴. L'édition de guides nutritionnels pour orienter les citoyens-consommateurs dans leurs choix alimentaires (notamment en les incitant à manger plus de fruits et légumes, moins de sucre, moins de graisses et plus de céréales) ; le lancement de campagnes médiatiques d'éducation à une alimentation saine avec l'insertion systématique de bandeaux injonctifs sur les publicités pour détourner les téléspectateurs-consommateurs des

¹ Dubois V. (2009), « L'action publique. », chap. cité, p.312.

² Notamment au niveau du sel, des graisses saturées et des sucres ajoutés.

³ Rappelons que dans le préambule de sa constitution l'OMS énonce que « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Source : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>.

⁴ PNNS 1, p7, Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>,
PNNS 2, p8, Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>,

denrées malsaines ; la négociation avec les industriels de l'agro-alimentaire pour instaurer des chartes d'engagement afin de modifier la composition de leurs produits sont autant d'invitations adressées à l'ensemble des acteurs concernés pour qu'ils prennent leurs responsabilités. Le surpoids est labellisé comme un risque¹. L'obésité n'est ainsi plus cloisonnée au simple champ de la vie privée ni même au seul domaine médical mais entre dans la sphère publique comme cause nationale. Si des actions de prévention sont annoncées, avec notamment la mise en place du programme « manger-bouger » qui vise à informer, éduquer et orienter la population, il s'agit avant tout de développer un système de surveillance afin de mesurer l'ampleur de la tâche.

Dans les faits, l'INPES² (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) reconnaît l'inefficacité de la campagne préventive qui ne parvient pas à mobiliser les consommateurs. Preuve en est : malgré une déferlante conjointe de produits allégés en graisses et en sucres et de produits céréaliers dans les rayons des supermarchés, l'obésité continue de s'accroître. L'intérêt des politiques publiques pour la thématique de l'obésité se dilue dans le marketing d'acteurs privés, agro-alimentaires et pharmaceutiques, qui profitent de cette fenêtre pour développer le marché de la minceur ; réappropriation qui renforce l'obsession de la corpulence et la stigmatisation des personnes obèses. Cette activité collective de labellisation de la déviance corporelle (et du style de vie qui la produit) corrélée à la perspective du surcoût de la maladie pour le système de santé conduit les campagnes de « gouvernement des corps »³ à cibler directement les fractions de la population considérées comme particulièrement obésogènes, à savoir les classes populaires. Ainsi le 3^{ème} Plan National Nutrition Santé (2011-2015) fait l'objet d'une attention toute particulière dans sa conception éditoriale (confiée pour l'occasion à une agence de communication) et associe la lutte contre la prévalence de l'obésité à celle contre les inégalités sociales de santé dans le champ de l'alimentation. Après l'échec, en 2008, de l'instauration d'une « taxe nutritionnelle », alors jugée comme trop entravante de l'autonomie individuelle, cette période quinquennale confirme le processus de sanitisation du problème puisqu'elle voit l'avènement de la « taxe soda »⁴. En tentant de modifier l'environnement des consommateurs, cette mesure revendique la protection des populations les

¹ Concept interprétatif emprunté à Olivier Borraz qui renvoie à une situation présentant des incertitudes, susceptible d'évoluer négativement et qui requiert alors l'intervention publique. **Borraz O. (2008), *Les politiques du risque, op. cit.***

² Ses missions, définies par le code de santé publique, se déclinent en deux grands axes : évaluer l'ensemble des programmes de prévention et de promotion de la santé et informer aussi bien le grand public que les professionnels et les associations.

³ **Fassin D, Memmi D. (dir.) (2004), *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS.**

⁴ « La taxe soda entrée en vigueur en 2012 est une taxe de 7,16 centimes d'euros appliquée à tous les produits du secteur des boissons sucrées, quelle que soit l'origine de la matière sucrante : sucre ou édulcorant, à l'exception des sirops et des purs jus de fruits. » Source : <http://www.didit.inra.fr/Toutes-les-actualites/taxe-soda>

plus démunies de l'atteinte ou du risque d'atteinte d'une consommation excessive, donc dangereuse, de sucre tout en légitimant sa propre stratégie.

Face à des résultats peu probants (la progression de l'obésité n'est pas contenue, les pratiques alimentaires des classes populaires ne s'assainissent pas ou peu) le 4^{ème} plan tarde à voir le jour. Après une prolongation d'un an du troisième programme, l'ensemble du dispositif PNNS fait l'objet, en 2017, d'une évaluation de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹. C'est en septembre 2019 que les recommandations émanant de ce rapport se concrétisent en un PNNS 4 qui, finalement, poursuit les mêmes objectifs initiaux en affichant son double combat contre l'obésité et les inégalités sociales de santé. Cette quête de modification des comportements, tant individuels que collectifs, est soutenue par la promotion de l'étiquetage alimentaire : le *nutri-score*² s'inscrit comme un outil référentiel normatif qui vise à la fois à convaincre et à provoquer un changement de comportement.

Comme leur nom l'indique, la thématique centrale des PNNS est la nutrition comme moyen d'améliorer la santé des administrés. Si la prévention de l'obésité y a bonne place, puisque l'objectif remonte de la 8^{ème} à la première place entre le programme initial et sa 3^{ème} version, elle y est ciblée parmi d'autres priorités dont la prévention de l'ostéoporose et du diabète, la réduction de la consommation d'alcool ou encore la promotion de l'allaitement. La nouveauté du programme 2011-2015 réside dans le fait qu'il s'adosse à la mise en place d'un Plan obésité (2010-2013).

¹ Créé en 1967, ce service administratif est chargé du contrôle, de l'audit et de l'évaluation des politiques publiques et de l'ensemble des institutions (privées et publiques) qui interviennent dans le secteur social.

² Ce système d'étiquetage nutritionnel est composé de cinq valeurs allant de A à E et du vert au rouge selon la qualité nutritionnelle des aliments. Il a été adopté en 2016 dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé. À ce jour facultatif, il est applicable sur l'ensemble des aliments transformés et des boissons.

PLAN OBÉSITÉ 2010-2013

AXE 1 → Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte

Mesure 1-1 : Faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant

Mesure 1-2 Structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infra-régional

Mesure 1-3 Promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et en assurer l'aval

Mesure 1-4 Reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique

Mesure 1-5 Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité

Mesure 1-6 Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation (SSR)

Mesure 1-7 Assurer le transport sanitaire bariatrique

Mesure 1-8 Prendre en compte les situations spécifiques de l'Outre-mer

Mesure 1-9 Analyser la pertinence des pratiques

Mesure 1-10 Informer le grand public et les professionnels

AXE 2 → Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique

Mesure 2-1 Actions préventives conduites dans le cadre du Programme national pour l'alimentation

Mesure 2-2 Actions préventives conduites dans le cadre du Programme national nutrition santé

Mesure 2-3 Actions préventives conduites dans le cadre du Programme éducation santé 2011 - 2015

Mesure 2-4 Actions préventives spécifiques

AXE 3 → Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations

Mesure 3-1 Mettre en place des actions aux bénéfices des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique

Mesure 3-2 Organiser l'offre de soins pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares et pour les personnes atteintes de handicap mental et aider les familles

Mesure 3-3 Lutter contre les discriminations dans le système de soins

Mesure 3-4 Lutter contre la stigmatisation des personnes obèses dans la société

Mesure 3-5 Protéger le consommateur contre la communication trompeuse

AXE 4 → Investir dans la recherche

Mesures 4-1 :

- Créer une fondation de coopération scientifique
- Développer la recherche en sciences humaines et sociales
- Développer la recherche sur les bases moléculaires et cellulaires de l'obésité et de ses conséquences
- Inclure les paramètres nutritionnels dans de grandes cohortes

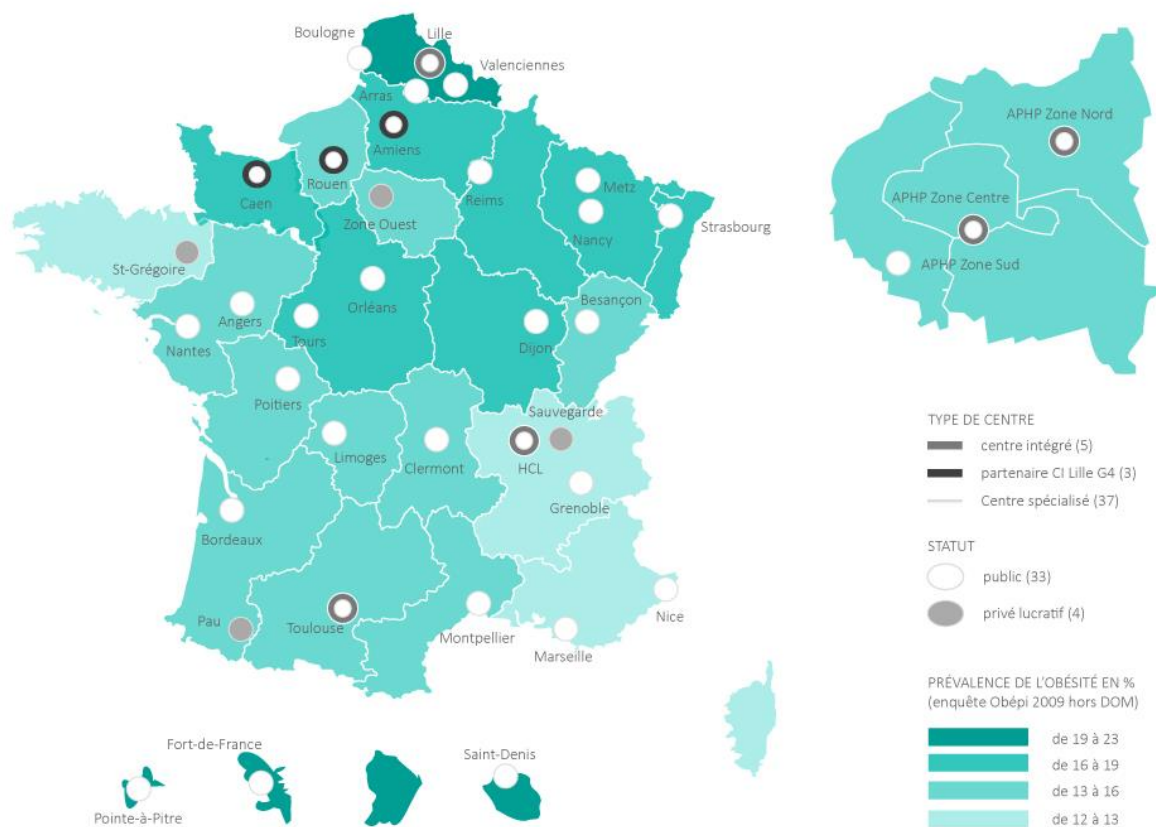
Mesure 4-2 Identifier les études épidémiologiques à poursuivre ou à promouvoir

Mesure 4-3 Renforcer le potentiel de recherche clinique et translationnelle

Mesure 4-4 Favoriser les échanges internationaux sur les politiques de santé sur l'obésité

Annexe C4 : Carte des CSO¹.

Plan obésité - Localisation des 37 centres spécialisés dont 5 centres intégrés
Prise en charge de l'obésité sévère et organisation des filières de soins



Source : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé / DGOS R4 & USID - mai 2012

¹ Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/les-centres-specialises-d-obesite>

Annexe C5 : Feuille de route « prise en charge l'obésité 2019-2022 »¹.

La feuille de route doit contribuer à mieux prévenir l'obésité, à mieux informer et orienter les personnes obèses et leur entourage, à davantage coordonner les interventions des professionnels de santé autour du patient, à garantir la pertinence du traitement de cette affection multifactorielle et notamment ses formes sévères. La réalisation des interventions de chirurgie bariatrique doit être mieux encadrée et sécurisée tandis que le suivi des personnes opérées doit s'inscrire dans la durée en s'appuyant sur des dispositifs innovants permettant une **prise en charge plus globale du patient**.

La feuille de route 2019-2022 poursuit les mesures engagées par le précédent plan Obésité 2010-2013. Elle **soutient les missions confiées aux centres spécialisés d'obésité (CSO)** tout en **développant la prise en charge de proximité sur l'ensemble des territoires**. L'un des enjeux forts résidera dans la formation des professionnels et des intervenants de l'accompagnement des personnes obèses, notamment diététique, psychologique et en termes d'activité physique adaptée.

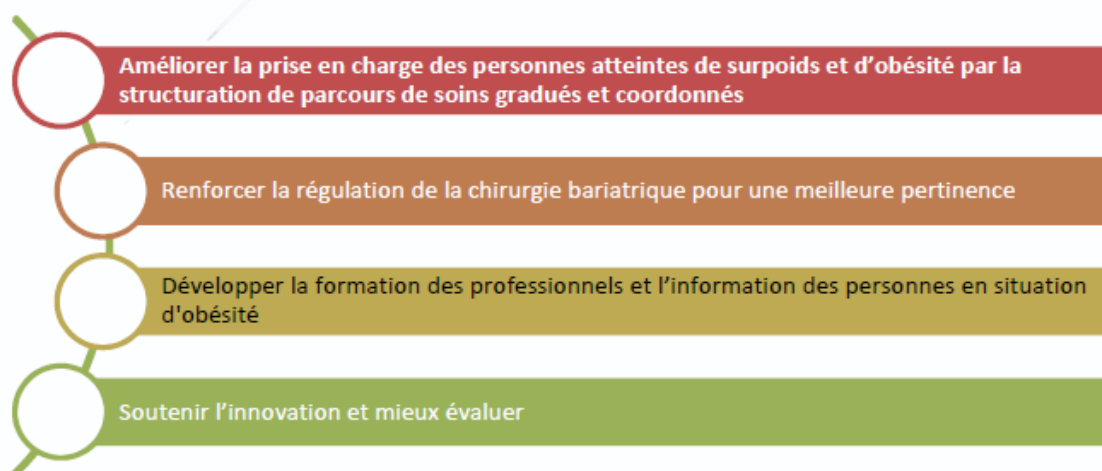
La feuille de route s'inscrit dans la volonté de construire un **système de soins décloisonné et coordonné** entre la ville et l'hôpital et entre les différents professionnels de santé. Elle vise la structuration de parcours gradués offrant le bon soin au bon moment, du plus simple au plus expert, de **manière sécurisée et pertinente**.

Sa déclinaison implique l'ensemble des parties prenantes, les intervenants, tant de la ville que de l'hôpital, et les représentants des personnes obèses. Afin de mettre en œuvre concrètement cette feuille de route, **un comité de suivi représentatif des parties prenantes de l'obésité a été créé**, composé des représentants, des spécialités médicales et paramédicales, des sociétés savantes, des associations de patients, des CSO, des agences régionales de santé (ARS), de l'Assurance maladie, de la haute autorité de santé (HAS), des fédérations hospitalières.

La feuille de route a vocation à s'articuler étroitement avec le quatrième [programme national nutrition santé](#) - PNNS - qui s'est donné pour objectif de réduire de 15% la prévalence de l'obésité chez l'adulte et de 20% chez l'enfant d'ici 2023. L'ensemble des leviers de la politique de santé seront mobilisés pour appuyer les acteurs dans sa mise en œuvre opérationnelle à l'échelle des territoires.

¹ Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022#:~:text=La%20feuille%20de%20route%202019-2022%20poursuit%20les%20mesures,en%20charge%20de%20proximit%C3%A9%20sur%20l'E2%80%99ensemble%20des%20territoires.>

Les quatre axes de la feuille de route « Prise en charge de l'obésité »



Les actions phares

1. Détecter précocement les personnes en situation d'obésité ou à risque d'obésité par la saisie régulière du poids et de la taille dans le Dossier Médical Partagé-DMP, dès le plus jeune âge : en effet, la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie, selon les études, de 20% à 50 % avant la puberté jusqu'à atteindre entre 50 % et 70 % après la puberté.

2. Orienter les personnes en situation d'obésité ou à risque d'obésité vers les équipes compétentes. Les parcours de soins seront gradués et personnalisés, c'est-à-dire adaptés à la complexité de la situation de chaque patient. Pour cela, les professionnels pourront s'appuyer sur des référentiels posant les indications justifiant une prise en charge de l'obésité et définissant les conditions d'une coordination renforcée des intervenants.

3. Améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires et, plus globalement, l'information des personnes en situation d'obésité : mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient et d'actions privilégiant la formation et l'intervention de patients-ressources, mise à disposition d'une cartographie des professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité et des associations de patients.

4. Conditionner, dès 2020, l'activité de chirurgie de l'obésité à une autorisation selon des critères de qualité : information du patient en amont

de la chirurgie, inscription dans la durée du suivi des personnes opérées, diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) des établissements hospitaliers.

5. Renforcer les centres spécialisés de l'obésité (CSO) dans leur rôle d'animation et de coordination de la filière de soins ainsi que d'appui des professionnels : diffusion des bonnes pratiques, développement de la coordination et du suivi des personnes atteintes d'obésité sévère, prise en charge des situations complexes notamment chez les enfants. Les CSO doivent être positionnés comme les référents de la prise en charge des obésités sévères.

6. Adapter et soutenir la filière obésité dans les outre-mers notamment en développant la collaboration entre les CSO de l'hexagone et les établissements et professionnels d'outre-mer et en proposant des programmes d'éducation thérapeutique adaptés.

7. Poursuivre le déploiement des expérimentations innovantes en direction de publics ciblés, telles que les expérimentations nationales « Mission Retrouve ton cap » (enfants de 3 à 8 ans à risque d'obésité) et « OBEPEDIA » (enfants et adolescents atteints d'obésité sévère) **et promouvoir les initiatives régionales via des expérimentations organisationnelles et financières « article 51 »**. Elles donneront lieu à une évaluation afin d'en tirer les enseignements utiles en perspective d'une éventuelle généralisation.

Annexe C6 : Grilles de diagnostic éducatif

DU jour à heure : DIAGNOSTIC EDUCATIF INFIRMIER ETP

Rédacteur :

DIAGNOSTIC IDE

> RESSOURCES

- Qui est soutenant dans l'entourage ? :
- Qui est informé de votre démarche ? :
- Médecin traitant soutenant ? :
- Participation à des associations :
- Connaissance de la journée :
- Démarches antérieures :
- préciser démarche antérieures :

> CONTRAINTES

- Contraintes :

> REPRESENTATION

- 5 mots pour OBESITE :

> CE QUE DIT LE PATIENT

- Déroulement journée connu :
- Attentes de ce programme :
- Info données au patient :

> CONSTANTES

- Poids :
- Taille :
- IMC :
- Musculosité :

INFORMATIONS GENERALES

- Profession :
- Date de naissance :
- Age :
- Situation familiale :
- Adressé par :
- Médecin Référent (en interne) :
- Date 1ère CS médicale :
- Patient :
- Horaires de travail :
- Nombre d'enfant :
- Nombre d'enfants au domicile :
- Type du lieu d'habitation :

> Etat du patient : évaluation de l'engagement du patient sur une échelle qui va de la détermination au découragement.

DU jour à heure : DIAGNOSTIC EDUCATIF APA ETP

Rédacteur :

INFORMATIONS GENERALES

- Date de naissance :
- Age :
- Situation familiale :
- Patient :
- Poids (kg) :

> *SOUTIEN / ENTOURAGE*

Avez-vous des personnes qui vous soutiennent dans votre pratique ? :

> *MODALITES DE PRATIQUE*

- Type d'activité :

> *ACTIVITE CARDIO*

- Activité cardio 1 :
- Intensité de l'activité cardio 1 :
- Fréquence de l'activité cardio 1 :
- Durée de l'activité cardio 1 :

> *REPRESENTATION*

- 5 mots qui évoque le mot BOUGER :
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

> *ACTIVITE ET OBESITE*

- Etes-vous satisfait de votre manière de bouger ? :
- Souhaits du patient :

> *CONTRAINTES*

- Qu'est-ce qui vous empêche de pratiquer une activité physique régulièrement ? :

> *PASSE SPORTIF*

- Activités sportives passées :
- PASSE SPOTIF : oui/non

> *ELABORATION DU PROGRAMME INDIVIDUALISE :*

- > Objectifs :
- > Nombre d'objectifs :

> *SYNTHESE / CONCLUSION*

> *TESTS DE CONDITION PHYSIQUE*

- Test de force musculaire des membres inférieurs - nb de répétition assis / debout :
- Test de souplesse (en cm) :
- Distance moyenne parcourue (en mètre) :
- FC¹ après le test :
- FC à l'effort maximale :
- FC + 1 minute :
- Distance moyenne théorique (en mètre) :
- Temps de récupération (min) :
- Test de souplesse :

> *BILAN*

¹ *Fréquence cardiaque*

DU jour à heure : DIAGNOSTIC EDUCATIF PSYCHOLOGUE ETP

Rédacteur :

DIAGNOSTIC PSYCHOLOGUE 1/1

INFORMATIONS GENERALES

- Date de naissance :
- Age :
- Situation familiale :
- Patient :
- Nom Psychologue :

> *ANAMNESE & LIENS AVEC HISTOIRE PONDERALE*

> *SOUHAITS DU PATIENT*

> *IMAGE DE SOI/RELATION AU CORPS*

> *FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE*

> *PISTES DE TRAVAIL ENVISAGEABLES*

> *RELATION A LA NOURRITURE*

DU jour à heure : ETP - DIAGNOSTIC EDUCATIF DIETETICIENNE DIET

Rédacteur :

DIAGNOSTIC DIETETIQUE

- > *CE QUE DIT LE PATIENT*
 - changements depuis CS¹ médicale :
 - tentatives de perte de poids :
 - Ce que dit le patient :

- > *RESSENTI DE L'APPETIT*
 - Ressenti de l'appétit :
 - > Interprétation :

- > *COMPORTEMENT ALIMENTAIRE*
 - Que pensez-vous de votre alimentation actuelle ? :
 - > Interprétation :

- > *REPAS*
 - Nb de repas :
 - > Interprétation :
 - Types de repas :
 - Petit déjeuner
 - Déjeuner
 - Diner

- > *REPRESENTATION*
 - Points positifs de l'expérience :
 - Points négatifs de l'expérience :
 - Manques identifiés :
 - 5 mots pour MANGER :

- > *VECU* :
 - Type de prise en charge :

INFORMATIONS GENERALES

- Date de naissance :
- Age :
- Situation familiale :
- Médecin Référent :
- Patient :
- Type de pathologie :
- Poids :
- Taille :
- Nom diététicienne référente :

¹ Consultation

- > *CUISINE*
 - Qui cuisine ? :
 - Aimez-vous cuisiner ? :
 - > Interprétation :

- > *COURSES*
 - Qui fait les courses ? :
 - Moment de la journée :
 - Menu planifié :
 - Liste de course :
 - Fréquences :
 - Interprétation courses :

- > *CONDITION DES REPAS*
 - Moments :
 - Lieu repas : domicile
 - Conditions repas :
 - Durée du repas :
 - > Interprétation :

- > *PLATS CUISINES*
 - Plats cuisinés :
 - > Interprétation / plats cuisinés :

- > *MATIERES GRASSES / SAUCES*
 - matière grasse 1 :
 - matière grasse 2 :
 - > Interprétation / matières grasses :

- > *BOISSONS*
 - Boisson 1 :
 - Quantité :
 - Boisson 2 :
 - Quantité :
 - > Interprétation / boisson :

- > *SYNTHESE DIETETIQUE*
 - > Souhaits du patient :

 - > Pistes de travail :

Annexe C7 : Sémantique de l'approche bio-psycho-sensorielle.

	J.P. Zermati	Jocelyne, thérapeute GROS
Régime alimentaire	Pour comprendre, il faut définir ce que c'est un régime, d'abord. En fait un régime c'est une manière de contrôler mentalement sa façon de manger, de s'imposer un certain nombre de règles.	Il faut comprendre que un régime c'est une façon de contrôler mentalement sa manière de manger, de s'imposer des obligations et des interdictions.
Contrôle alimentaire	On peut pas avoir un contrôle dans la continuité, y'a toujours des ruptures dans ce contrôle obligatoirement [...] quand vous cessez le comportement alimentaire ça se traduit par des pertes de contrôle et il arrive un moment où ces périodes de perte de contrôle deviennent plus importantes que les périodes de contrôle donc le poids, lui, il augmente.	Personne n'est capable de tenir un contrôle dans la continuité, ça veut dire perte de contrôle. Au bout d'un moment ces pertes de contrôle sont plus importantes que les périodes de contrôle, forcément le poids il augmente.
Troubles du comportement alimentaire	Quand vous mangez, en réalité vous mangez pas parce que vous avez faim, vous mangez parce que la faim a déclenché une envie de manger. Et c'est ce système-là qu'est le plus important, c'est celui-là qui se dérègle. Quand les gens ont des troubles alimentaires et qu'ils nous disent : « j'ai tout le temps faim. ». En réalité, c'est faux, ils n'ont pas tout le temps faim, ils ont tout le temps envie de manger. C'est pas la faim qui se dérègle, c'est le système des envies.	Quand les gens ont des TCA, ils confondent la faim et l'envie de manger. Il faut pouvoir faire la différence entre faim et envie de manger. Et quand on est un mangeur régulé, on a nos mécanismes de régulation interne qui vont plus nous donner envie de manger.
Restriction cognitive	Vous réveillez quelque-chose. Vous réveillez une peur archaïque. Au moment où vous avez décidé de vous mettre au régime, vous dites on a faim, en réalité non, on a envie de manger et on a réveillé une peur archaïque qui est la peur de manquer. [...] Si vous décidez de faire un régime, en fait, mentalement vous êtes en train d'anticiper du manque. Je vais faire un régime donc je vais moins manger de si, je vais moins manger de ça et vous allez réveiller cette peur	Moi je leur dis ça c'est une peur ancienne. Vous réveillez une peur dont vous n'êtes pas responsable. C'est la peur de manquer, ça date de la préhistoire. Décider de faire un régime, c'est réveiller de manière inconsciente cette peur qu'on a tous. Mais cette peur elle a plus lieu d'être aujourd'hui et pourtant à chaque fois que vous décidez de faire un régime, vous réveillez cette archaïsme.

	<p>archaïque de la peur du manque, que tout le monde a ! On a tous cette peur de manquer, tous ! Parce que c'est une peur qui a été indispensable à la survie. Mais aujourd'hui, au XXIème siècle, cette peur de manquer de nourriture, elle devrait être en sommeil, elle a pas lieu d'être. Mais elle est quelque-part en nous et les régimes vont réactiver cette peur du manque.</p>	
Envies de manger émotionnelles	<p>Quand on est dans la restriction y'a plein de mécanismes qui permettent pas de manger le chocolat de manière attentive, c'est-à-dire d'être concentré sur le plaisir que ça procure. L'attention va partir sur autre chose et souvent sur ce fameux contrôle. Il faut pouvoir manger l'aliment dont vous avez envie. et là l'envie s'en va. Quand on a une envie émotionnelle, au lieu de manger la tablette, on arrive à se débarrasser de l'envie avec deux carrés, trois carrés de chocolat, on s'aperçoit au repas suivant qu'on a moins faim, la régulation a fait son travail et tout rentre dans l'ordre.</p>	<p>Et qu'est-ce qui empêche de trouver le réconfort ? C'est la restriction cognitive. Il faut pouvoir manger son chocolat sereinement, sans culpabilité et attentivement ! Après les gens se sentent bien et ils passent à autre chose. S'ils ont une envie émotionnelle, ils mangent le mars, ils sont apaisés. Il est possible que le soir ils n'aient pas faim. C'est pas grave ! Et ensuite, ben la régulation va faire son boulot !</p>
	<p>Les Envies de Manger Émotionnelles (EME) sont des phénomènes normaux présents chez tous les êtres humains, quel que soit leur poids, ainsi que chez les animaux</p>	<p>Les envies de manger émotionnelles, elles sont NORMALES ! Il est normal d'avoir envie de se reconforter avec la nourriture quand on va pas bien. C'est humain, les animaux le font.</p>
	<p>Quand j'ai une envie de manger émotionnelle et que j'ai cette envie de chocolat, je dois manger du chocolat et pas autre chose. [...] sinon l'envie elle va pas disparaître.</p>	<p>Si vous avez une envie de manger émotionnelle, par exemple du chocolat, vous devez manger parce que de toutes façons tant que vous n'aurez pas mangé, vous l'aurez en tête</p>
Recommandations santé publique	<p>Vous voyez bien que ce sont des injonctions paradoxales. Vous pouvez pas dire à la fois : attention ça fait grossir et prend plaisir à le manger ! C'est pas mangeable un aliment de cette sorte.</p>	<p>C'est toutes les injonctions, c'est le PNNS. La société actuelle rend complètement schizophrène : on vous montre que manger est source de plaisir et en-dessous, on vous met : mangez moins gras,</p>

		moins salé, moins sucré ! C'est un truc de fou !
	<p>On en est encore à faire des préconisations et à dire y'a des aliments qu'il faut manger. Il faut manger plein de fruits et de légumes, il faut éviter les gras et les sucrés. Ce qui crée une dichotomie, ce qui crée une discrimination et ce qui va créer des tas de dérèglements, des tas de peurs. On ne pourra plus manger ces aliments avec la sécurité dont on a besoin pour que le rassasiement opère. Et c'est fondé sur des arguments qui sont parfaitement faux ! Je peux vous citer quantité d'expériences qui démontrent exactement le contraire !</p>	<p>Le gouvernement s'en mêle, il faut manger cinq fruits et légumes par jour. Il faut manger moins gras moins sucré. Ça crée des peurs par rapport à certains aliments. C'est-à-dire qu'aujourd'hui manger une cuillère de Nutella avec plaisir c'est presque impossible ! Cette année on a parlé de cette fameuse étude sur l'addiction au sucre. On nous a donné les dessous. En plus c'est des gens qui sont pas du GROS ! Les résultats sont complètement faux ! Ils avaient choisi des rats déjà dépendants au sucre alors forcément !</p>
Rapport santé / poids	<p>La santé ça n'a rien à voir avec le poids d'un point de vue physiologique. Du point de vue de la physiologie, la question du poids c'est la question des calories. Et du point de vue de la santé, la question c'est celle de la répartition et de la diversité alimentaire. Et ce sont deux problèmes qui sont tout à fait parallèles, qui ne se croisent quasiment pas. [...]</p> <p>Tous les aliments, que ce soit les pommes, des fromages, du steak ou ce que vous voudrez, ou des légumes, tous les aliments, quand ils sont consommés en trop, en trop ça veut dire que le corps n'est pas capable de les brûler, ben il va falloir qu'il les stocke et la seule forme de stockage connue dans le corps, c'est le gras ! [...] Je pense qu'il serait bien utile de séparer la question du poids et la question de la santé, d'arrêter de faire un amalgame, de tout confondre. Y'a des gens qui en sont à penser que l'huile d'olive ça fait maigrir ! Parce que il y a une confusion entre le message santé sur l'huile d'olive et le</p>	<p>On confond poids et santé. Ça n'a rien à voir ! On peut avoir des gens maigres en mauvaise santé, des gens gros en bonne santé ! Les gens confondent. Physiologiquement, les histoires de poids c'est la balance énergétique. J'ai des besoins, je mange autant que je dépense, mon poids est stable, je mange plus, je grossis, je mange moins je maigris. Indépendamment de ce que je vais mettre dans mon assiette. Le Programme national nutrition- santé c'est un programme qui a été créé pour informer les gens sur une alimentation bonne sur la santé. Mais comme les questions de poids et de santé sont confondues, ça veut rien dire. Est-ce que une tomate cerise, un grain de raisin, une vinaigrette aux herbes ça fait l'affaire ? Les gens ils savent pas !</p>

	message poids ! Et en fait les gens finissent par penser que ce qui est bon pour la santé ne peut pas les faire grossir !	
Travail de d' « obésologue ».	Le travail que moi je fais c'est d'abord d'amener la sécurité, le plaisir va venir de lui-même par la suite. Mais je le fais dans un accompagnement.	Mon rôle a été de leur rendre la sérénité et de leur expliquer les choses
Effets de la prise en charge bio-psycho-sensorielle	Quand on a fait ce travail, y'a des gens ... on reçoit des gens qui sont incapables d'avoir du chocolat chez eux parce que ils le dévore dans la seconde. Et puis quand on a fini ce travail, on des gens qui jettent le chocolat parce que c'est périmé. Ils ont oublié qu'il y avait du chocolat chez eux !	Y'a des gens qui peuvent pas avoir de Nutella chez eux. Si je les autorise à manger que du Nutella pendant quatre jours, l'interdit est levé ! Et c'est là où ils me disent : non mais attendez, la dernière fois qu'on a fait des crêpes, j'ai acheté un pot de Nutella ben il est toujours là ! J'y ai même pas touché. Parce que vous aimez plus le Nutella ? Non mais, je sais pas, ça me dit rien.
Poids d'équilibre	Vouloir se stabiliser en-dessous de ce poids impose une lutte acharnée et ininterrompue, à vie, contre ses propres mécanismes de régulation, et conduit à avoir faim en permanence. Peu de gens y parviennent bien longtemps !	Très rapidement je leurs dis : on ne fait pas ce qu'on veut de son corps ! Moi je leur parle du poids d'équilibre, des mécanismes qui défendent ce poids-là [...] Il faut aussi qu'ils comprennent que ils choisiront pas le poids que ils auront parce que à un moment donné la nature reprend ses droits.

Annexe C8 : Organisation des groupes professionnels de l' « obésologie »

Groupe professionnel	Instance représentative	Ressources
Chirurgiens bariatriques	Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques (SOFFCO-MM) ¹	Diplôme inter-universitaire Bourses de recherches Référentiel des bonnes pratiques Labellisation Congrès indépendant Revue scientifique Annuaire des professionnels
Nutritionnistes ²	Société française de nutrition (SFN) ³	Formation continue Bourses de recherches Congrès indépendant Revue scientifique Offres d'emplois
Enseignants APA	Société française des professionnels en activité physique adaptée (SFP-APA) ⁴	Référentiel métier Formation continue Code déontologique Congrès indépendant Commissions spécialisées Annuaire des professionnels Offres d'emplois
Diététiciennes	Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN) ⁵	Formation continue Guide de bonnes pratiques Congrès indépendant Revue scientifique Annuaire des professionnels Offres d'emplois
Psychologues	Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP) ⁶	Formation continue Code déontologique Congrès indépendant
Infirmiers	Ordre national des infirmiers ⁷	Contrôle de l'accès à la profession Inscription obligatoire Code déontologique Pouvoir juridictionnel Annuaire des professionnels Offres d'emplois

¹ <https://soffcomm.org/>

² Il n'existe pas d'association dédiée à l'endocrinologie à proprement parlé, la seule instance qui défend les intérêts transversaux de ces professionnels est un syndicat (SEDMEN : Syndicat national des spécialistes en endocrinologie, diabète, maladies métaboliques et nutrition). Les endocrinologues se regroupent par spécialité. La SFN, elle, ne s'adresse pas qu'à ces seuls spécialistes mais à l'ensemble des professionnels de santé qui travaillent en nutrition.

³ <http://sf-nutrition.org/>

⁴ <https://www.sfp-apa.fr/>

⁵ <http://www.afdn.org/>

⁶ <http://www.psychologues-psychologie.net/>

⁷ <https://www.ordre-infirmiers.fr/>

Titre : Construction d'une question sanitaire et d'une norme corporelle.
Le cas du traitement de l'obésité en milieu hospitalier.

Mots clés : obésité, santé, corps, genre, rapports de classes, ordre négocié.

Résumé : A partir d'une étude localisée du traitement de l'obésité en milieu hospitalier, la thèse examine un paradoxe : comment des mécanismes de disqualification sociale des personnes en surpoids surgissent et se cristallisent dans un espace volontiers présenté comme neutre et empathique à l'égard des patients. La prise en charge de cet état corporel présente la particularité de réunir, à chaque extrémité de la relation thérapeutique (patients, personnel soignant), une population principalement féminine partageant des caractéristiques communes (âge, origine sociale et sentiment de déclassement) et un objectif commun de transformation des corpulences. Après de multiples tentatives précédentes d'amaigrissement, les unes espèrent atteindre une forme physique légitime ; les autres aspirent à une position professionnelle reconnue alors qu'elles ont vécu leur pratique paramédicale et médicale comme une relégation dans les zones d'ombre de l'activité sanitaire. Par le croisement d'une sociologie du genre, des classes populaires, de la santé, du corps et des groupes professionnels, cette étude vise à mettre en évidence comment la « négociation des soins » tourne sans cesse au désavantage des patientes : jugées d'emblée dépourvues d'un *ethos* du contrôle, portées à l'intempérance alors même que tout leur parcours antérieur témoigne du contraire, par des pratiques répétées de luttes et de volonté de changer la « fatalité » du surpoids.

Les effets de la disqualification sociale ne jouent pas simplement dans les relations avec les soignant-e-s. Elle joue également au sein même du groupe de patient-e-s. Les mieux dotées mobilisent leurs ressources pour se distinguer des autres qu'elles considèrent comme dépossédées de toute bonne volonté. Simultanément cette recherche montre que le manque de résultats pondéraux conduit les soignants à revoir leurs positions. Le *care* fait alors souvent place à une logique du soupçon ou à un déni de compétences. En s'appuyant sur le traitement statistique de dossiers médicaux, des entretiens ethnographiques et des observations répétées des interactions entre les différents protagonistes, la thèse revisite le déséquilibre de la relation thérapeutique au profit de la construction d'un ordre féminin, aussi subordonné soit-il aux normes masculines.

Title : Building of a health question and a body norm.
Case of obesity treatment in hospitals.

Keywords: obesity, health, body, gender, class relations, negotiated order.

Abstract: Based on a localized case study of obesity treatment in hospitals, this thesis studies a paradox: how mechanisms of social disqualification of overweight people arise and crystallize in places allegedly neutral and empathetic towards these patients. Management of this body condition is specific in the sense that both patients and therapists share many common characteristics (sex, age, social origin, and downgrading) and common objective of transformation of corpulent bodies. After many failed weight loss attempts, the former continue to pursue a corporal legitimacy while the latter aspire to clinical legitimacy after having experimented their paramedical mandate or their medical specialty as a relegation to the background of health activity. By crossing sociology of gender, working classes, health, body, and occupational groups, this study aims to highlight how the "negotiation of care" constantly turns to the disadvantage of patients. They are immediately considered lacking any "*ethos du contrôle*", inclined to intemperance while their entire previous career suggests the opposite, through repeated practices of struggles, of will to change the "fatality" of overweight.

The effects of social disqualification do not simply play a part in their relationships with caregivers. It also affects patients' group. The best endowed are mobilizing their resources as a means to stand out from the others that they regard as devoid of any will. Simultaneously this research shows that the lack of results in terms of weight loss leads professionals to review their positions. Care turns into suspicion or skills denial. Based on statistical processing of medical records as well as interviews and repeated observations of the interactions between the different protagonists the thesis revisits the imbalance in the therapeutic relationship leading to the construction of a female order, nevertheless subordinated to male norms.