



HAL
open science

Représentations de l'obésité et corps de l'obèse

Marielle Toulze

► **To cite this version:**

Marielle Toulze. Représentations de l'obésité et corps de l'obèse. Parcours de santé / Parcours de genre, 2018. hal-02367320

HAL Id: hal-02367320

<https://hal.science/hal-02367320>

Submitted on 20 Nov 2019

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.

Représentations de l'obésité et corps de l'obèse

Marielle Toulze

Dans la continuité des *fat studies* apparues dans les années 2000 aux États-Unis, ce texte ambitionne de contribuer à l'accroissement des connaissances autour d'un sujet encore peu exploré, le corps dit gros, et selon un point de vue sensible porté sur ce dernier. La notion du rapport au sensible s'inscrit dans la suite des travaux menés par Merleau-Ponty¹, qui se poursuit encore aujourd'hui en sciences de l'information et de la communication, notamment avec les recherches menées par Mons. Il s'agit de « repérer les métamorphoses du sensible en cours, et de comprendre les percepts sous l'angle des rapports aux phénomènes [contemporains]² ». Intégrer la notion du sensible revient à travailler sur les transformations des percepts autour du corps, liées d'une part, à la représentation des corps dits gros et, d'autre part, liées aux modifications importantes de ce dernier dans le cadre d'un amaigrissement à la suite d'une chirurgie de l'obésité. Ces modifications des percepts sont également à interroger comme des phénoménalités symptomatiques de notre monde contemporain³. Interroger la place qu'occupe le sensible dans la construction du rapport à l'autre, du rapport à soi et à son corps, permet de mettre en relief l'expression du sujet

1. Merleau-Ponty, 1945.

2. Mons, 2013, p. 209.

3. Le contemporain n'est pas entendu comme une stricte actualité, ni même comme une postmodernité, mais comme le symptôme de nouveaux rapports au monde sur le mode de l'hybridité. Dès lors, l'hybridité, en tant que caractéristique de notre société contemporaine, renvoie à des mises en tension entre l'individu et son contexte d'expérience. Voir sur ce sujet, Alessandrin et Toulze, « Le contemporain : territoire du mouvant, dynamique d'hybridation », revue électronique *Ganymède*, 2013.

(ses pratiques et ses logiques corporelles) et, par là même, les enjeux de ce que l'on pourrait nommer les sociabilités actuelles et les défis identitaires qui les accompagnent. Comment les personnes considérées comme « grosses » sont-elles représentées ? Mais surtout, comment se perçoivent-elles ? Comment se représentent-elles ? Et en quoi ces représentations orientent-elles leurs pratiques corporelles ? Qu'en est-il du genre ?

À la suite des travaux portant sur une anthropologie du corps moderne ⁴, ce dernier est abordé dans les tiraillements dans lequel il se situe : à la fois, surinvesti comme matière à performer, à gérer, à maîtriser – notamment par le secteur de la santé – mais aussi comme espace de fragilité, du faillible et de l'insaisissable. Le corps est envisagé comme « une matière symbolique, objet [et sujet] de représentations et d'imaginaires ⁵ ». Dans la lignée de ces travaux, notre réflexion se focalise sur les modalités de perception de soi dans le cadre d'une transition corporelle liée à une opération bariatrique. Notre démarche se situe ainsi à la croisée de l'anthropologie de la communication, des pratiques corporelles, révélatrices d'un mode de vie individuel et de la santé et interroge la question du genre.

Cette réflexion prend appui sur une enquête anthropologique qui a débuté en novembre 2014 dans le cadre d'un partenariat mené avec la Mutualité de la Loire, à Saint-Étienne ⁶. Nous avons ainsi pu intégrer l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'accompagnement des patient(e)(s) qui suivent un parcours bariatrique. Nous avons également opté pour une observation participante en contribuant non seulement aux réunions de l'équipe encadrante paramédicale, mais aussi aux ateliers proposés aux patient(e)(s). Toutes les semaines, nous nous sommes rendue dans la maison de santé ⁷ qui accueille ce programme d'Éducation thérapeutique personnalisée obésité (ETP Obésité-2014-2018), et nous avons fait l'expérience des ateliers thérapeutiques, comme de courir sur un couloir et de mesurer le temps et l'effort que cela peut générer. À partir de ces observations, nous avons tenu un

4. Le Breton, 1992.

5. Le Breton, 1992, p. 47.

6. Cette recherche est réalisée avec le laboratoire CIEREC (EA3068) de l'université Saint-Étienne. Elle est financée par le projet PALSE (Programme avenir Lyon Saint-Étienne) IPEm (2015-2017). Ce financement vise à développer des recherches collectives pluridisciplinaires autour des humanités numériques afin de faciliter le dialogue avec d'autres chercheur(e)(s) de la COMUE Grand-Lyon. L'enjeu consistait à produire un langage commun qui rend compte des recherches engagées autour d'une « mosaïque collaborative multimédia. » Chaque projet est ainsi pensé comme le « pixel » d'une œuvre à grande échelle, intitulé « Perception embarquée ». Le « projet-pixel » consiste à développer un dispositif numérique pensé comme un « *care* numérique » en collaboration avec des patient(e)(s) souffrant d'obésité.

7. La Maison des 7 Collines est plus précisément le centre médical mutualiste des 7 Collines à Saint-Étienne.

carnet de bord et analysé les données empiriques ainsi recueillies. Nous avons également mené une vingtaine d'entretiens que ce soit avec les professionnelles de santé ou les patient(e)(s).

Nous avons aussi procédé selon la méthode de silhouettage ⁸, en exécutant des croquis des postures des personnes présentes aux séances afin de mettre en lumière les interactions silencieuses qui pouvaient se dérouler parmi les groupes observés. Par ailleurs, nous menons également une recherche-action originale qui prend la forme d'un atelier photographique exploratoire. Ce dispositif numérique se veut réflexif et vise à accompagner les patient(e)(s) autour de leurs images corporelles par l'enregistrement et la fabrication d'images de soi. Cette dernière méthode ne fera pas, ici, l'objet d'un développement, mais il nous semble important de l'indiquer pour comprendre dans quelles mesures le corps du chercheur est lui-même convoqué dans cette enquête et comment il participe subjectivement au terrain observé. En effet, dans la prolongation des actions de recherches en ETP portant sur le travail du patient ⁹, il s'agit de permettre une traduction en expérience de cette maladie ¹⁰ et de la prise en compte du ou de la patient(e).

Dans cette partie, nous nous proposons d'interroger les registres de représentations, de normes et de genre qui s'articulent autour des personnes « obèses ¹¹ ». Après un état des lieux de l'obésité en France, appuyé sur des données chiffrées, nous verrons de quelles façons les discours portés par les communicants de santé sur les personnes dites obèses sont porteurs de stigmates intériorisés par les professionnels de santé mais également par les patient(e)(s). Par ailleurs, nous essaierons de mettre en lumière comment ces représentations, qui circulent dans les imaginaires sociaux, interagissent dans la relation entre professionnels de santé et patient(e)(s).

8. Winkin, 1997.

9. Tourette-Turgis et Thievenaz, 2013.

10. L'obésité est reconnue comme une maladie par l'Organisation mondiale de la santé depuis 1997, avec tous les intérêts évidents des industries pharmaceutiques et du corps médical sur cette classification pathologique.

11. Dans la mesure où il s'agit là d'une construction sociale qui se dit notamment dans le processus de médicalisation / pathologisation du surpoids et notamment de l'obésité, l'usage des guillemets semble indispensable. Il en est de même pour l'adjectif « gros.se ».

État des lieux de l'obésité à travers le monde et en France

Selon les déclarations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nombre de cas d'obésité a doublé depuis les années 1980. En 2014, c'est pratiquement deux milliards d'adultes qui sont en surpoids¹², dont 600 millions seraient « obèses ». Enfin, à l'échelle planétaire, c'est 42 millions d'enfants de moins de 5 ans qui sont à présent atteints par le surpoids et l'obésité¹³. Ces chiffres ne cessent d'augmenter et la France n'est en rien épargnée par cette pandémie qui touche principalement les pays industriels. 15 % de la population française (toute classe d'âge confondue) seraient ainsi concernés par cette maladie. Suivant les indicateurs clés transmis par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), 40 % des français de plus de 18 ans sont en surpoids ou « obèses »¹⁴. On note également une augmentation de l'obésité (+ de 35 %) chez les 18-24 ans entre 2009 et 2012¹⁵.

Par ailleurs, le nombre de personnes dites obèses a tendance à augmenter avec l'âge, avec un pic à 20 % chez les 55-64 ans pour les hommes et 19 % pour les femmes¹⁶. À cela, il faut ajouter des différences fortes de prévalence selon la catégorie socioprofessionnelles et le niveau d'instruction des individus. Ainsi tous les rapports de santé, que ce soit celui de l'OMS, de l'OCDE, de la Caisse nationale assurance maladie (CNAM) ou l'étude épidémiologique nationale sur l'obésité d'ObÉpi montrent combien le risque d'obésité est inversement proportionnel au niveau

12. L'introduction de cette notion peut prêter à des malentendus. Dans un de ses écrits Meidani (*Les Fabriques du corps*, PUM, 2007) insiste notamment sur les glissements sémantiques qui alimentent les campagnes de prévention autour de cette question oscillant inlassablement entre « surpoids » et « obésité » mais aussi entre « minceur » et « maigreur ». Le risque qui s'esquisse en filigrane est que les politiques publiques viennent encourager, voire cautionner, une quête éperdue de la maigreur avec toutes les dérives que l'on connaît par ailleurs... En effet en passant invariablement de l'obésité à la surcharge pondérale, les traitements proposés en matière d'hygiène alimentaire préconisent la minceur pour éviter les problèmes de poids. Ainsi le risque de voir le discours médical venir légitimer une recherche obsessionnelle de la perte de poids se fait tangible. Mais au-delà de cette dimension, on voit ici se dessiner cette inquiétude formulée par Germov et Williams (1996 : 101) qui avancent que compte tenu de la prise en charge de troubles alimentaires il serait peut-être plus juste de parler d'« épidémie de régimes » plutôt que d'« épidémie d'obésité ».

13. Site de l'OMS, « Obésité et surpoids », Aide-mémoire n° 311, janvier 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/> [consulté le 12.01.2016].

14. Indicateurs-clés de l'OCDE basés sur des enquêtes nationales de santé, http://www.oecd.org/france/Obesity-Update-2014-FRANCE_FR.pdf [consulté le 13.01.2016].

15. Rapport ObÉpi, « Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité », laboratoire Roche, 2012, http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf [consulté le 12.12.2016].

16. Ce pic, chez les personnes de 55-64 ans, peut s'expliquer en partie pour des raisons générationnelles. Puisque cela concerne une population qui a connu l'essor de la société de consommation, éduquée avec d'autres normes alimentaires ou l'importance du gras était encore considérable dans l'après-guerre.

des revenus et d'études des personnes. Il ne s'agit pas de faire un énième emploi spectaculaire des chiffres et encore moins de renforcer une vision alarmiste du surpoids et de l'obésité, mais plutôt de comprendre comment, malgré l'appareillage de réformes de santé et de campagnes de prévention, dont fait l'objet cette maladie, celle-ci continue de progresser.

Enfin, depuis quelques années, on voit un écart de prévalence de l'obésité se faire entre les hommes (14,3 %) et les femmes (15,7 %). Cette augmentation apparaît encore plus nettement chez les femmes de 18-25 ans¹⁷. Et bien que depuis 2006, l'obésité semble diminuer à l'échelle nationale¹⁸, ce ralentissement est, là encore plus marqué chez les hommes que chez les femmes. Pour l'OCDE, les causes de ce creuset sont à chercher du côté du « faible niveau d'éducation [des femmes qui] ont deux fois plus de risques d'être obèses que les femmes les plus éduquées¹⁹ ». Cette prise en compte du niveau de vie, de culture et d'éducation n'est pas sans conséquence dans l'interprétation des résultats et sa traduction en termes de prévention comme nous allons le voir.

Une représentation déterministe du corps gros

Sans nier l'importance des déterminants sociaux de la corporéité, cette représentation – car, *in fine*, il ne s'agit que d'une représentation parmi tant d'autres de l'obésité, malgré l'arsenal des chiffres pour la conforter – ne rend pas compte de « ce que manger veut dire », des modes de vie des personnes dites obèses et des contraintes quotidiennes auxquelles elles sont amenées à faire face ou encore de leur répartition genrée. Or, tout semble indiquer que ces contraintes se font davantage ressentir dans le quotidien des femmes. Elles sont, par exemple, plus nombreuses à subir le temps partiel et représentent 80 % de la population concernée par ce type de contrat. Faute de mieux et pour répondre à des paramètres d'organisation familiale, comme la garde d'enfants, les femmes acceptent bien plus souvent ce type de contrat, par conséquent plus subi que choisi. Ce temps partiel subi implique une fragmentation des horaires de travail et un niveau de salaire bas. L'Observatoire des inégalités précise que

pour les jeunes non qualifiés, la proportion de temps partiel est même deux fois plus grande chez les femmes (48 %) que chez les hommes (25 %). Une grande partie des secteurs qui emploient les jeunes femmes, notamment le secteur du commerce et des services à la personne, utilisent au maximum la flexibilité permise par des horaires courts et morcelés²⁰.

17. Rapport ObÉpi, 2012.

18. Rapport ObÉpi, 2012.

19. Rapport de l'OCDE, basé sur l'enquête Santé protection sociale, http://www.oecd.org/france/Obesity-Update-2014-FRANCE_FR.pdf [consulté le 13.01.2016, p. 2].

20. Observatoire des inégalités, 4 décembre 2014, <http://www.inegalites.fr/> [consulté le 11.11.2015].

Cette contrainte de l'emploi partiel et du revenu bas chez les femmes est à relier également avec la composition familiale. En France, nous enregistrons près de deux millions de familles monoparentales avec un ou plusieurs enfants dans un même logement. Comme le rappelle l'INSEE, « dans 85 % des cas, il s'agit d'une mère et de ses enfants » et « seule la moitié des mères de famille monoparentale occupent un emploi à temps complet, alors qu'elles fournissent l'essentiel des revenus du ménage ²¹ ».

Pour ces personnes la nourriture devient alors une monnaie d'échange par excellence. Elle s'élève au rang d'un remède anesthésique en répliquant à tout ce qui peut être vécu comme tension. En difficulté face à leurs états émotionnels, la gestion de leurs angoisses, les sujets répondent par l'accomplissement d'un acte-symptôme. S'alimenter (parfois « boulimiser ») devient alors un moyen d'échanger la pression sociale contre une pression énergétique, dévorée et dévorante ²².

L'ensemble de ces études permet de faire varier la focale sur les risques d'obésité chez les femmes, et de mieux saisir comment les modes de vie viennent impacter durablement le quotidien des femmes en laissant peu de place – et surtout de temps – à la possibilité de prendre soin de soi. Cette approche par les modes de vie est rarement reprise par les différents rapports sur l'obésité qui privilégient une approche catégorielle de la maladie. Ce que nous qualifions ici de catégorielle renvoie à une approche analytique qui se fixe sur le profil sociodémographique et notamment la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'instruction et le sexe de la personne considérée dans le cadre des recherches quantitatives, sans que l'épaisseur sociologique de ces variables soit prise en compte.

L'approche que nous privilégions par les modes de vie et la prise en compte de l'expérience sensible du sujet permet de faire un pas de côté et de saisir différemment le sujet dit obèse, de faire place à ses singularités et de prendre en compte ses façons de faire au quotidien et les logiques qui l'animent. Car, somme toute, les contraintes liées à l'organisation familiale associées aux contraintes professionnelles dépassent le simple clivage du niveau social pour indiquer une organisation de la vie quotidienne commune à bien des femmes dont les corps, dans les cas considérés ici, empruntent cette voie pour exprimer leur mal-être. D'un point de vue méthodologique, cette observation inaugure un glissement dans la manière de scruter les corps gros. Il ne s'agit plus d'analyser statistiquement des parcours de vie et de santé, mais de travailler sur ce qui, dans les subjectivités ou du côté

21. Chardon, Daguët, Vivias, Division enquêtes et études démographiques, « Les familles monoparentales », Insee, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1195 [consulté le 11.01.2016].

22. Meidani, 2007.

des stratégies de l'acteur²³, forme l'expérience du corps gros comme une altérité à la norme plurielle d'esthétisme dans ses déclinaisons genrées. Ce souci d'une sociologie des acteurs permet surtout de confronter les récits de soi aux pratiques, et d'appréhender les définitions identitaires, les identifications qui se font face et s'organisent dans les modes de subjectivation ainsi que dans les parcours individuels de santé²⁴.

Une communication stigmatisante

Les campagnes nationales de prévention sont encore aujourd'hui, en France, largement marquées par un profil type de patient défini en fonction de son sexe, sa catégorie socioprofessionnelle et son niveau d'éducation. Le réductionnisme, le moralisme et le potentiel stigmatisant de ces campagnes dépassent cet aspect sociologisant (plutôt que sociologique d'ailleurs) du discours de politiques publiques. Peu à peu, s'est esquissé dans les imaginaires sociaux un archétype de la personne dite obèse (pour l'essentiel des femmes) victime de pauvreté et d'un niveau d'éducation insuffisant pour faire les « bons » choix alimentaires. Parmi les premières causes citées de l'augmentation de l'obésité à travers le monde viennent en premier lieu l'enrichissement de notre alimentation et la sédentarité.

Loin de vouloir minimiser les facteurs retenus, ce que nous souhaitons c'est plutôt discuter les choix opératoires et les stratégies de santé qui en découlent. Car, cette lecture a donné lieu, du côté des campagnes de prévention, à une communication principalement orientée vers l'alimentation et l'activité physique. C'est-à-dire qu'une traduction a été opérée des facteurs de l'obésité, celui de l'instruction et du faible revenu pour les retranscrire en termes de discours essentiellement éducatifs, voire moralisateurs dont les effets (diminution de l'obésité et du surpoids, meilleures connaissances nutritionnelles, mise en place des pratiques sportives) sont largement discutables²⁵. Aujourd'hui cette représentation de la femme « obèse » comme étant une personne à faible niveau social et d'éducation est largement reprise et diffusée par les médias et les communicants de santé. De sorte que, le curseur, autour de l'obésité des femmes, n'est pas tant porté sur les contraintes de vie que sur l'absence de ce qui peut / doit être fait. Ainsi, il apparaît de façon évidente que la plupart des

23. Dubet, 2007.

24. Ertul *et al.*, 2014.

25. Les axes de priorités fixées par les campagnes de prévention de l'obésité ne sont peut-être pas sans lien avec les intérêts des industries agro-alimentaires et des professionnels des activités physiques et sportives qui ont trouvé dans ce créneau un levier pour développer leur propre logique marchande articulée à celle de la marchandisation du corps.

communicants de la santé ont recours à des marqueurs de genre ²⁶ pour assigner les femmes « obèses » à modifier leurs pratiques.

Prenons un autre exemple, du côté du discours médiatique cette fois ²⁷. Pour le site de vulgarisation d'informations sur la santé, *Doctissimo* (site le plus consulté en France), les hypothèses explicatives retenues pour l'obésité sont la sédentarité, une alimentation trop riche et les hormones ! Un des articles diffusé sur ce site conclut en disant que « l'on saura lors de la prochaine étude [ObÉpi] en 2009, si les femmes sauront inverser cette tendance et reprendre leur poids en main ²⁸ ». Dans cet article, on constate de façon claire que les femmes qualifiées d'obèses font l'objet d'une représentation déterministe et sexuée, qui a pour effet pernicieux de renforcer une vision stigmatisée de ces dernières. Ce sont elles qui sont responsables de leur prise de poids et c'est à elles de trouver des solutions pour y faire face. Ce discours recouvre une vision organiste du corps comme un élément extérieur à soi-même et dont il suffirait de gérer les défaillances au fur et à mesure qu'elles se présentent ²⁹. De sorte que, en *infra* de cette interrogation sur la capacité des femmes à se reprendre en main, ce qui est pointé c'est justement l'incapacité, l'« impuissancement ³⁰ » des femmes à maîtriser leur corps, voire à l'optimiser. Si bien que, en sus, d'être déjà assignée comme pauvre et avec une éducation faible, elles sont à présent suspectées d'être dans une relation permissive avec leur corps, où gourmandises, paresse, voire gloutonnerie prendraient le pas sur une gestion saine de ce dernier.

Pour étayer notre propos, nous prendrons pour exemple la campagne d'affichage réalisée pour les journées de l'obésité. Cette manifestation se déroule depuis 2010, sous l'égide de la commission européenne « santé et environnement », en faisant un focus particulier sur les problèmes d'obésité dans les pays de la communauté européenne ³¹. Ces journées consistent en un rassemblement d'actions et d'événements ayant pour thème l'obésité : cela peut être des conférences, des débats, des stands d'information

26. « Les marqueurs de genre définissent tout ce qui relève des dimensions linguistiques, iconiques et plastiques des messages physiques des personnages mis en scène dans la publicité : en bref, tout ce qui participe de la représentation et de la construction de genre. » (Kunert, 2014 : 33).

27. Concernant les recherches portant sur la communication et l'information en santé publique, nous renvoyons aux travaux de Kivits.

28. « Obésité : les femmes en première ligne », Alain Sousa, site Internet *Doctissimo*, <http://www.doctissimo.fr/html/nutrition/poids/articles/10017-obesite-femmes-obepi-enquete.htm> [consulté le 11.01.2016].

29. Cette critique du corps, comme élément morcelé et optimisé dans nos sociétés modernes, est développée par Le Breton (2008).

30. L'« impuissancement » renvoie au négatif de l'« empuissancement » (*empowerment*).

31. Pour tout complément d'information, nous renvoyons vers le site du Collectif national des associations d'obèses qui est le coordinateur de cette manifestation depuis 2010 : <http://www.jeo-chna.fr/> [consulté le 10.01.2016].

ou encore des portes ouvertes dans les centres médicaux dédiés à la prise en charge de cette maladie. Si la dernière affiche, en date de 2015, porte l'accent sur l'obésité infantile en choisissant de montrer un enfant, les trois précédentes avaient fait le choix de mettre en scène une femme. Or, là encore, il apparaît de façon flagrante des déterminismes de genre dans la représentation de la femme obèse.



Figure 1 : Journées de l'obésité, 2012, www.jeo-cnao.fr

Si l'on prend l'affiche de 2014, un premier constat s'impose : il n'est nullement question d'une femme obèse. Il s'agit d'une femme que plusieurs d'entre nous pourraient qualifier de pulpeuse, jeune et jolie. Sa posture (les jambes en l'air), ses vêtements, (sa robe à pois rouge assortie à ses escarpins rouges ainsi qu'à son rouge à lèvres), font plutôt songer à une pin-up des années cinquante. Elle est posée de façon instable sur une balance, sa main est glissée sous son jupon qu'elle relève légèrement, la tête un peu penchée, un sourire aux lèvres, un chat paresse tranquillement à ses pieds, une gamelle pleine de légumes à ses côtés, enfin un mètre de couturier s'emmêle autour de son corps.

L'ensemble de l'image est dans les tons orangés pour un effet plus vitaminé, renforcé par la présence d'une tranche d'orange géante sur laquelle repose la figurine. Est-ce une façon de dire qu'avec elle on va s'en « payer une bonne tranche » ? En effet, la posture de la jeune femme est ouvertement sexuelle, les jambes en l'air, le jupon relevé, le sourire espiègle et il n'est pas évident de faire le lien avec les journées de l'obésité. Tout au plus, on devine que sa présence est censée signifier que, lors de ces journées, le public féminin est particulièrement attendu.

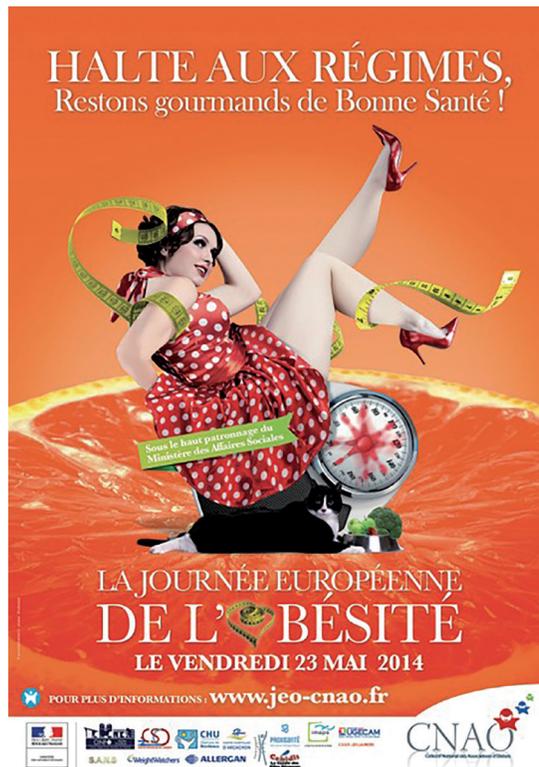


Figure 3 : Journées de l'obésité, 2014, www.jeo-cnao.fr

L'invisibilisation de la femme « obèse » au profit d'une jeune femme pulpeuse et enjouée laisse entendre plusieurs difficultés dans la représentation de ces dernières. Communiquer sur les femmes dites obèses en mettant en scène un corps obèse semble relever du tabou ; comme si l'obésité était un marqueur d'infamie ou de laideur qui rendait impossible toute représentation du sujet. Par ailleurs, la femme est ici assignée au registre du sexuel associé à celui de la gourmandise comme l'indique le slogan « restons gourmands de bonne santé ! » De la gourmandise alimentaire à la gourmandise sexuelle, il n'y a qu'un pas où la jeune femme tient le rôle du fruit défendu prêt à être croqué.

Dans cette affiche, nous voyons bien comment se superposent des strates d'assignation qui tiennent à la fois du genre mais également de celui de l'obésité. Pour Dargent ³², le corps obèse est un outil au sens de support de représentations pour autrui et souvent associé à un autre terme. Prenant pour exemple, des œuvres littéraires ou cinématographiques, Dargent commente : « Souvent, il [le corps gros] ne se suffit pas à lui-même. Il est redoublé par un trait : gros et sale (le muet de Carson Mc Cullers), gros et pataud (Bezoukhov), gros et vulgaire ou bizarre (Leavit), gros et enfantin (Updike), gros et ridicule (Béraud) ³³. » La description du corps gros, même lorsqu'elle est, prétendument, positive a souvent recours à des superlatifs comme : « bon vivant », « bien portant », « bien en chair », etc. L'accumulation des superlatifs vient, de fait, se superposer à l'accumulation de chair et de graisse qui enveloppe le corps. Dès lors, le débord de chair renvoie au débord symbolique qu'incarne le corps gros. Rien ne semble le contenir : que ce soit en signifié, comme en signifiant. Du point de vue du signe formel, le corps gros renvoie à la graisse. Cette matière flasque, molle, dont la plasticité lui permet de s'adapter à toutes les formes puisque aucune ne semble la définir. Ne dit-on pas d'ailleurs que les corps gros sont des corps difformes ? De sorte que, la forme molle de la chair, par un jeu de miroitement, renverrait à une mollesse de l'esprit à laquelle on peut ajouter la dimension morale.

Cette figuration de l'obésité n'est pas sans conséquence dans l'imaginaire des experts de la santé qui, bien souvent, considèrent les patientes comme « de bonnes femmes », peu éduquées et avec lesquelles il faut faire preuve de « pédagogie » en termes de communication ³⁴. Mais, plus important encore, cette dépréciation de la femme dite obèse est intégrée par les patientes ; ce qui a pour effet, d'être à la fois, le leitmotiv pour souscrire à l'opération bariatrique, mais également d'aborder cette intervention médicale comme un échec à leur capacité à « se prendre en main et à maigrir toutes seules ³⁵ ». Nous allons à présent nous pencher sur la façon dont les femmes « grosses » souscrivent au parcours bariatrique, puis nous verrons comment ces représentations de la personne obèse interagissent dans la relation entre personnels médicaux et patient(e)(s).

Le choix du parcours bariatrique par les femmes

Le corps gros fait donc l'objet d'une prise en charge médicale de plus en plus totalisante. De nombreux procédés opératoires se développent pour tenter

32. Dargent, 2005.

33. Dargent, 2005, p. 24.

34. Entretien réalisé avec le directeur commercial d'un laboratoire le 23 septembre 2015.

35. Retranscription des paroles de groupes des patientes en phase 1 du parcours bariatrique (préopératoire) au sein des ETP de l'obésité, à la Maison des 7 Collines, Mutuelle de la Loire, 10 décembre 2015.

d'endiguer le développement de l'obésité, notamment le recours aux opérations chirurgicales. La chirurgie de l'obésité est en pleine croissance et le nombre d'interventions a doublé entre 2006 et 2011. C'est quelque 30 000 patients qui ont eu recours à des interventions chirurgicales en 2011³⁶. Les opérations bariatriques ont pour but de restreindre l'estomac (anneau gastrique) associées parfois à des procédés de malabsorptions comme c'est le cas dans le *by-pass* ou la *sleeve* gastrectomie³⁷. À la suite de l'acte chirurgical, la personne peut perdre de 20 % à 60 % de son poids de départ³⁸.

Cependant, l'obésité est une maladie chronique dont la prise en charge reste complexe. L'expression même de prise en charge médicale interpelle. Car dans cette formulation, il n'est nullement question d'accompagnement, et donc de *care*, mais plutôt d'une prise en main où le patient doit se soumettre à l'autorité médicale. Or si le parcours bariatrique relève de la prise en charge, nous verrons par la suite, comment l'éducation thérapeutique tente un « pas de côté » en se situant plus dans un accompagnement aux soins. L'intervention chirurgicale de l'obésité est donc un traitement qui nécessite d'être complétée par d'autres procédés thérapeutiques. Cette définition de la prise en charge est codifiée par la Haute Autorité de santé³⁹. Elle consiste en différentes recommandations qui font l'objet d'un protocole, tels que la prise en compte des indicateurs d'IMC⁴⁰, l'ancienneté du surpoids et enfin le diagnostic de comorbidité⁴¹ et l'acceptation du diagnostic par le ou la patient(e) qui dictent le traitement proposé. En dépit des recommandations des difficultés sont rencontrées dans la mise en place du parcours bariatrique car elle implique des consultations sur plusieurs sites, un suivi postopératoire difficile à mettre en place et surtout l'adhésion du ou de la patient(e) à son parcours de soin. Comme le souligne le rapport sur la chirurgie de l'obésité réalisé par l'Assurance maladie, la forte progression des interventions et l'évolution des actes réalisés nécessitent de « mettre en place une cohorte de

36. Rapport de la CNAM, « Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence », point d'information 21 février 2013, <http://www.automesure.com/library/pdf/DP-cnam-chir-obe-site-2013.pdf> [consulté le 21.01.2016].

37. Blanc, 2013.

38. Blanc, 2013.

39. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge chirurgicale de l'adulte, HAS, septembre 2011.

40. L'Inserm définit l'IMC comme le rapport entre le poids et la taille au carré d'une personne, exprimé en kg/m², <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/obesite> [consulté le 10.01.2016].

41. « Les comorbidités sont fréquentes : un patient opéré sur quatre est traité pour hypertension artérielle, un sur dix est traité pour diabète, asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive, hypercholestérolémie ou est appareillé pour syndrome d'apnée de sommeil » dans rapport de la CNAM, « Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence », p. 1.

suivis des patients opérés (jeunes et adultes) afin d'évaluer dans la durée le rapport bénéfico-risque de la chirurgie bariatrique ⁴² ».

C'est dans ce cadre que l'ETP s'est fortement développée sous l'impulsion de la loi « Hôpitaux, patients, santé, territoires » de 2009. Les Agences régionales de la santé (ARS) ont en charge de valider et d'évaluer de tels programmes d'actions qui leur sont obligatoirement soumis. En ce qui nous concerne, c'est en 2013 qu'un comité de pilotage constitué de différents professionnels de la santé sur la Loire se met en place afin de réfléchir sur une prise en charge personnalisée des patient(e)s souffrant d'obésité. Trois parcours ont été élaborés : l'un en amont de l'opération, un deuxième en postopératoire et enfin un dernier concernant les personnes qui ne pourraient pas, pour diverses raisons, intégrer un parcours bariatrique. Il s'agit d'un programme ambitieux qui a pour but d'accompagner le ou la patient.e et de renforcer son autonomie face à cette maladie chronique, encore mal connue en France.

Quant au profil de ces patients, ce sont principalement des femmes qui ont recours à ce type de chirurgie, elles représentent 83 % des personnes opérées. Elles sont globalement jeunes (54 % des femmes ont moins de 40 ans) et ont un IMC plus bas que celui des hommes lors de l'intervention ⁴³. Nos enquêtes de terrain confirment ce profil sociodémographique. Pourquoi ce choix massif des femmes pour la chirurgie bariatrique ? Les patientes que nous avons pu rencontrer lors des entretiens évoquent souvent des motivations professionnelles : elles n'arrivent pas à trouver du travail et espèrent qu'en maigrissant, les futurs employeurs auront une meilleure perception d'elles. D'autres indiquent vouloir un enfant. Certaines se sont décidées après avoir vu les résultats de l'opération sur un(e) de leurs proches (souvent, une mère, cousine ou une tante) ⁴⁴. Mais à cela, il faut également ajouter des pressions sociales qui discriminent différemment les hommes et les femmes « obèses ». Si, bien souvent encore, l'homme « gros » est considéré comme « bien portant » ou « bien vivant », il en est tout autrement pour les femmes.

L'espace public est un espace hyper normatif, non pensé pour les personnes dites obèses comme le montre, par exemple, l'absence de mobiliers urbains adaptés à leur corpulence. Or cette assignation à la norme s'intensifie pour les femmes « grosses » selon les lieux qu'elles fréquentent. Les lieux de dénudation comme la plage, la piscine ou les salles de sport sont particulièrement problématiques. Car, non seulement, elles doivent surmonter des difficultés à se déshabiller mais elles

42. Huit patients sur dix sont des femmes, âgées en moyenne de 39 ans d'après l'étude menée par la CNAM, « Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence », p. 2.

43. Rapport de la CNAM, « Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence », p. 5.

44. Retranscription des paroles de groupes des patientes en phase 1 du parcours bariatrique (préopératoire) au sein des ETP, 1^{er} octobre 2015.

doivent également pratiquer une activité physique, sous le regard souvent indiscret d'autrui. Il en est de même dans les lieux potentiellement de séduction tels que les bars ou les boîtes de nuit :

Je sortais avec un groupe d'amis. Nous avons passé la première partie de la soirée dans un bar, puis à la fermeture, nous avons décidé de nous rendre dans une boîte de nuit qui se situe en centre-ville. Sur le chemin, alors que je discutais avec un copain, je croise un homme qui m'interpelle en me disant : « Eh la grosse, t'es contente de te faire draguer ⁴⁵ ! »

L'injure est fréquente envers les personnes dites obèses et se fait encore plus pressante lorsque la femme « grosse » se rend dans un lieu qui n'est « normalement » pas convenu pour elle.

Enfin, il est un espace particulièrement discriminant pour les femmes : celui des boutiques. Non seulement la plupart des boutiques de vêtements proposent des tenues qui se situent entre la taille 38 et la taille 44 ⁴⁶, mais par ailleurs, suite à des choix marketing, les habits de tailles supérieures sont présentés séparément du reste de la collection. C'est le cas, par exemple, chez *H&M*, où les vêtements sont regroupés avec le rayon maternité. Cette distinction du traitement de la norme vestimentaire ne s'observe pas pour les hommes, et les habits en taille XXL sont intégrés dans les rayonnages dits « classiques ». L'ensemble des exemples cités montre bien que les femmes rencontrent de fortes pressions dans leur vie quotidienne, qui peuvent entraîner dépréciation de soi, mésestime et désocialisation. À l'aune de ces éléments, il ne paraît pas illogique que l'addition des motivations personnelles et des barrières sociétales fasse levier et oriente massivement les femmes vers le choix d'une opération bariatrique.

Les interactions soignants/soignés dans le parcours bariatrique

Le parcours est long et dur. Il nécessite la rencontre avec de nombreux professionnels de la santé, dont, en premier lieu, le chirurgien, le nutritionniste et le psychiatre. C'est seulement après avoir obtenu leur aval que les patient(e)(s) pourront accéder à l'opération. Un parcours bariatrique se réalise le plus souvent entre 6 mois et 1 an. Il tient compte des préconisations de la Haute Autorité de santé qui « soulignent l'importance des mesures hygiéno-diététiques » dans le traitement de première intention. C'est seulement si ce traitement (nutritionnel, diététique et psychothérapeutique) « conduit pendant au moins 6 mois, aboutit à un échec, que

45. Entretien avec Michelle (tous les prénoms utilisés renvoient à des pseudonymes), patiente en phase 1 du parcours bariatrique, 11 octobre 2015, Maison des 7 Collines, Saint-Étienne.

46. Étude réalisée en décembre 2015 sur la ville de Saint-Étienne, sur un échantillon de 45 boutiques (moyennes et grandes surfaces commerciales comprises). Il s'agissait de répertorier les magasins de vêtements qui faisaient au-delà de la taille 46 et de repérer l'agencement des vitrines et l'organisation interne.

la chirurgie de l'obésité peut être envisagée ⁴⁷ ». C'est dire combien l'adhésion de la patiente à reconnaître le diagnostic médical comme légitime est importante. Peu à peu, sur les forums et les blogs s'organisent des formes de *braconnages* ⁴⁸ du protocole bariatrique par celles et ceux qui souhaitent se faire opérer. On y échange les noms des professionnels de santé mais également les « bonnes » réponses à formuler face aux « experts » de la santé. C'est tout particulièrement le cas pour la prise en charge psychothérapeutique et l'entretien qui porte sur le parcours de vie de la candidate. La rencontre avec le psychothérapeute est particulièrement crainte par les patientes qui redoutent le jugement de ce dernier sur le récit qu'elles doivent faire d'elles-mêmes. Lucie, considérée par ailleurs dans le cadre de nos séances d'observation, sur son blog relate sa rencontre avec la psychiatre :

Aujourd'hui, nouvelle étape franchie : le rendez-vous avec la psychiatre ! En voici le déroulement : arrivée en avance (comme à mon habitude), j'ai à peine attendu avant d'être reçue dans un cabinet confortable, face à une psychiatre qui m'a semblé plutôt sympathique. Elle m'a demandé par quel chirurgien j'avais été envoyée. Comme ce dernier lui avait fait parvenir un courrier me concernant, elle disposait d'ores et déjà d'informations me concernant (âge, poids, situation...). Elle a continué en me demandant d'expliquer rapidement mon parcours. Ayant commencé à grossir à l'adolescence, j'ai décrit mes habitudes alimentaires avant et après la prise de poids. Elle m'a demandé si l'idée de l'opération m'angoissait, je lui ai répondu que ma plus grande inquiétude ne concernait pas l'opération en elle-même mais « l'après » avec les nouvelles habitudes alimentaires à gérer. Nous avons donc discuté quelques instants de cette nouvelle alimentation. Ensuite, elle m'a demandé si j'avais déjà eu des épisodes dépressifs dans ma vie. Pour finir, elle a résumé la situation en disant : « Vous êtes donc motivée, prête à gérer vos nouvelles habitudes alimentaires. Quand vous retournerez voir votre chirurgien le 14 juin, il trouvera sur son bureau un courrier de ma part attestant qu'il n'y a aucune contre-indication psychiatrique à ce que vous subissiez cette intervention. » Super ⁴⁹ !

Dans ce récit, il est intéressant de repérer les critères d'évaluation de l'expert qui porte sur le récit de vie, les habitudes alimentaires et la stabilité psychique de la

47. « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge de premier recours », HAS, septembre 2011.

48. En 1980, Certeau consacre un chapitre au terme de braconnage : « Lire un Braconnage » dans *L'Invention du quotidien. Les Arts de Faire*, Gallimard, Paris, p. 239- 255. Prenant comme support de démonstration la lecture, l'auteur soutient que contre l'idéologie d'une information toute dominante, l'individu déploie des résistances qui sont de l'ordre du braconnage. Maigret commentant l'œuvre de Certeau indique que « Les médias ne produisent pas la société, ils ne la modèlent pas. À l'image du lecteur passif, assimilant les textes, devenant semblables à eux, de Certeau oppose celle d'un lecteur actif, s'appropriant ou se réappropriant le sens. » (« Les trois héritages de Michel de Certeau. Un projet éclaté d'analyse de la modernité », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 55^e année, n° 3, 2000, p. 511-549). Or de la même façon, dans le cadre du parcours bariatrique, l'individu ne se trouve pas dépourvu d'inventivité et de réactivité face au protocole médical, il développe ses propres espaces de réflexions critiques, facilités par le net, pour discuter positivement, ou pas, le protocole suivi.

49. Le blog de ma-chirurgie-bariatrique.over-blog, 31 mai 2011 [consulté le 8.01.2016].

patiente. De plus, la patiente, bien qu'elle ne sache pas vraiment à quoi s'attendre, perçoit bien qu'elle vient de « franchir une nouvelle étape ». De sorte que, durant toute la durée du parcours, le ou la candidat.e a le sentiment que chaque diagnostic posé sur son obésité est une étape qui peut soit la rapprocher de l'opération soit l'éloigner. La plupart des patientes évoquent combien il est parfois éprouvant de se soumettre à l'autorité dudit expert. Un paradoxe s'établit où, tout en même temps que l'on attend l'implication la plus totale du sujet à son parcours de soin, celui-ci est également mis en situation d'impuissance à attendre l'aval des divers professionnels de la santé qui satellisent autour de son parcours.

Lors d'un groupe de parole, Martine revient sur son échange avec la nutritionniste qui la supervise dans son parcours de santé⁵⁰. Cette dernière lui a demandé la preuve de sa volonté à manger correctement en perdant quatre kilos avant l'opération. Ce n'est qu'à cette condition, qu'elle donnera son accord pour l'opération. Martine explique qu'elle a l'impression « qu'on la traite comme une gamine », « qu'elle n'est pas plus bête qu'une autre et que si elle avait pu maigrir par elle-même, elle l'aurait fait depuis longtemps ». Mais en fin de compte, Martine finit par ratifier cette idée qu'elle va se faire opérer parce qu'elle ne sait « pas maigrir par elle-même » selon son expression et a l'impression d'avoir « choisit la solution de la facilité ». Elle hausse les épaules et ajoute que si elle avait fait preuve d'un peu « plus de volonté, elle n'en serait pas là », tout en précisant qu'elle pense avoir essayé tous les régimes existants et qu'elle a « toujours regrossi ». Nombreuses sont les femmes qui dans les parcours bariatriques finissent par reconnaître qu'elles considèrent le recours à l'opération comme un échec et un manque de volonté de leur part à se prendre en main. Cette représentation de la femme « obèse » comme une personne manquant de volonté et de capacité réflexive est, à la fois, induite par les rapports institutionnels, reprise par les communicants, prégnante dans les imaginaires des professionnels de santé et pour finir, intériorisée par les participantes elles-mêmes.

Toutefois, le travail élaboré dans le programme d'ETP Obésité semble indiquer une montée en puissance de l'expertise biographique. Dans une certaine mesure, nous assistons à une décentralisation des savoirs qui tend à redistribuer les interactions entre patients et praticiens. Pour Nadine, infirmière bariatrique, le soignant doit apprendre à déplacer son regard et sortir de sa zone de confort pour que, de soignant, il devienne accompagnant⁵¹. C'est seulement par cette volonté de transformation des identités professionnelles que l'on peut penser qu'elle permettra de déplacer le statut de patient dit obèse à celui de participant à son parcours de soin.

50. Carnet de bord, notes retranscrites à partir d'une observation participante avec un groupe de parole en phase 1 du parcours bariatrique, Maison des 7 Collines, Saint-Étienne, 11.12.2015.

51. Carnet de bord, notes retranscrites à partir d'un entretien informel avec Nadine, infirmière bariatrique, coordinatrice du programme ETP Obésité mené à la Maison des 7 Collines, 15 janvier 2016.

Conclusion

Face aux corps « gros », médecine et patients se montrent enfermés dans des stéréotypes qui sous-tendent l'image sociale d'un certain esthétisme révélateur de l'imaginaire collectif d'un corps qui se montre plutôt conforme aux normes du paraître que sain. À l'image des parcours de transition ⁵², ces corps sont incités à déposer les preuves de leur conformité, à changer. À travers ce corps en devenir le binôme normal/déviant (plutôt que le couple sain/malsain) se trouve alors convoqué. Les thérapeutiques mises en œuvre oscillent entre reproduction des stéréotypes, culpabilisation des patients et ambition d'un réel « travail du patient », sur son corps nécessairement, mais aussi et surtout sur son image et par conséquent sur sa perception de lui-même. Les normes de genre sont ici convoquées de manière paradoxale : à la fois comme figures du dégoût lorsqu'elles contreviennent aux normes esthétiques, mais également comme figures rassurantes lorsqu'elles épousent les contours d'une certaine féminité. Ce faisant, la clinique du corps « gros » ouvre la voie à une double analyse transversale en termes de normes de genre comme de normes de santé, toujours reliées à des normes esthétiques.

Cette clinique indique, comme ce texte l'a démontré, que ce qui est attendu en termes de médicalisation des corps « gros » est passé au tamis de normes de genre qui, tout en parlant d'« obésité », ne parviennent pas à la représenter. L'en deçà du montrable dans cette clinique est précisément ce « gros » du débord de la norme corporelle, de la norme esthétique et de la norme du genre. Ainsi la transition corporelle dont il est ici question mobilise deux logiques de tension nettes. D'une part, un diagnostic relatif à la suspicion d'une « bonne » ou d'une « mauvaise » obésité, voire d'un « bon » ou d'un « mauvais » malade (qui n'est pas sans faire écho au « bon » et au « mauvais » genre qu'on retrouve dans les parcours de transition), opérateur de tri et d'une sélection entre les candidat(e)s aux opérations. D'autre part, un processus de normalisation du corps et des pratiques qui l'accompagnent.

Cette suspicion qui porte sur les corps « gros » interroge tant les méthodes et les classifications en cours que le parcours de soins lui-même tel qu'il se donne à voir dans les interactions patient(e)s/soignant(e)s qui déploient ici de très nombreuses caractéristiques subjectives. Les corps « gros » ne sont pas les seuls à questionner les nomenclatures et leurs applications. Mais ils augmentent considérablement le périmètre d'action du couple genre et santé dans un registre du soin qui tend numériquement à croître.

52. Alessandrin, 2012.