Carrières de personnes obèses et acquisition de compétences

Estelle Gridaine
Centre nantais de sociologie, UMR 6025

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 4, No 2 | pp. 49-65

Reçu le : 15/09/2017 | Accepté le : 20/11/2017

Résumé : En qualifiant l'obésité d'épidémie mondiale en 2000, l'OMS offre une visibilité plus importante à ce phénomène qui n'a eu de cesse d'évoluer dans la pensée médicale. L'offre de soin pour la traiter s'est développée : chirurgie bariatrique et éducation thérapeutique en sont les deux modalités principales. Dans le cadre d'un doctorat de sociologie consacré aux enjeux qu'impliquent les transformations des corps obèses pour l'ensemble des acteurs qui gèrent cette maladie, notre interrogation porte sur les compétences dialectiques, singulières et plurielles, qu'ont pu acquérir les patients au fil de leurs carrières. Il s'agit, en effet, d'analyser en quoi ces dispositifs médicaux participent à la construction de nouvelles compétences, notamment en termes de présentation de soi, que ce soit au sein de l'espace spécifique qu'est l'hôpital mais aussi au sein de l'ensemble des sphères dans lesquelles ces malades chroniques sont impliqués. S'inscrivant dans une démarche ethnographique, cette contribution prend appui sur vingt-six entretiens menés avec des patients et l'observation de divers temps collectifs. L'article vise à contribuer aux travaux qui thématisent aussi bien les rapports de domination plus ou moins exprimés par les patients que les conflictualités identitaires et sociales générées par la constitution d'un habitus clivé.

Mots-clés : éducation thérapeutique, obésité, engagement, performance, initiation.

Introduction

Alors que d'un côté, les normes médicales et esthétiques se rejoignent pour imposer l'injonction d'un corps sain défini par la minceur, d'un autre côté, les progrès techniques de la médecine corrélés à la transformation du « regard médical » (Foucault, 1963) ont

contribué à l'invention d'une nouvelle catégorie de maladies dites chroniques (Baszanger, 1986). C'est dans ce double contexte que l'OMS a d'abord qualifié l'obésité de maladie, puis d'épidémie mondiale en 2000. Nouveau problème de santé publique, elle mobilise divers acteurs, individuels ou collectifs, intéressés par son traitement. En France, depuis 2001, les plans de santé [1] à ce sujet se succèdent sous l'égide de groupes d'experts, c'est-à-dire d'acteurs habilités à intervenir, mais aussi à définir et légitimer les solutions au problème en matière de compétences, de ressources et de responsabilités (Gilbert et Henry, 2009). Organes d'État ou instances consultatives indépendantes, tous imputent ce phénomène à un déséquilibre de la balance énergétique. Maladie, l'obésité serait également un « risque » aussi bien sanitaire qu'économique et social (Poulain, 2009), qui exige l'intervention publique. D'un point de vue sanitaire les principales complications se répartissent dans trois grands domaines de la santé : métaboliques endocriniennes (diabète de type 2), cardiovasculaires (hypertension artérielle, AVC, insuffisance cardiaque...) et respiratoires (apnée du sommeil, etc.). D'un point de vue économique, certains épidémiologistes prévoient qu'elle mette à mal l'équilibre précaire de la sécurité sociale. D'un point de vue social, les personnes obèses souffrent de stigmatisation, de discrimination, voire même d'exclusion.

À côté de ces experts et des responsables gouvernementaux, la dramatisation du problème de l'obésité renvoie également à la mobilisation des médias. En effet, afin de convaincre qu'il y a urgence à agir, les journalistes se sont emparés de la question avec un autre regard et un autre cadrage. Ce travail symbolique d'interprétation et d'explication du phénomène a constitué certaines pratiques comme problématiques (Becker, 1985). L'état physique des acteurs en surpoids résulterait d'un comportement déraisonnable dont ils seraient les seuls responsables. Dans un contexte où la « discipline des corps » (Foucault, 1975) et le « devoir de santé » (Ketterer, 2013) se sont imposés comme des indicateurs de valeur morale, l'obésité devient le signe d'une infraction à ces normes.

Dans le même temps, les actes de chirurgie bariatrique [2] qui consistent 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, ont pris leur essor en France puisqu'ils se sont presque multipliés par vingt entre 1997 (2 700 actes) et 2013 (50 084 actes) [3]. La Haute Autorité de santé définit que les patients éligibles à ce type d'interventions doivent avoir un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35 kg/m^2, présenter, au minimum, une pathologie associée de type métabolique endocrinienne, cardiovasculaire ou respiratoire et être en échec d'amaigrissement après l'application des méthodes conventionnelles sur une durée minimale de six mois à un an. Si, généralement, une perte de poids importante et rapide est constatée dans les suites de ce genre d'inter-

1. Le premier « Programme national nutri-santé » est né en France en 2000. Il est 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, il se fixe l'objectif de « faire baisser de 20 % à l'horizon 2005 » le pourcentage de Français obèses, en les incitant à manger plus de fruits et légumes, moins de sucre, moins de graisses et plus de féculents. L'actuel quatrième programme, qui couvre le quinquennat 2016-2020, se poursuit avec les mêmes recommandations nutritionnelles. Depuis 2010, ils sont corrélés aux plans obésité (renouvelables tous les trois ans) qui proposent des actions pour organiser les soins et la recherche. Ils sont ainsi pilotés par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

2. Terme crée en 1965. Du grec *baros* = poids et *iatros* = médecin.

3. Source : Haute Autorité de santé, 2015. *Cf.* bibliographie.

vention, ces chirurgies [4] engendrent des conséquences mécaniques immédiates : l'estomac, du fait de sa petite taille, ne peut recevoir que d'infimes quantités d'aliments qui seront digérés rapidement et, le cas échéant, la réduction de l'intestin peut accélérer l'évacuation. En sortant de la salle d'opération le patient est organiquement transformé et doit faire l'apprentissage d'une nouvelle *praxis* qui nécessite un suivi médical de longue haleine. L'acte opératoire n'est ainsi envisagé que comme un élément de réponse au cœur d'un dispositif plus large d'accompagnement qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire où le patient est un acteur essentiel.

En parallèle de la chirurgie, des programmes d'éducation thérapeutique du patient obèse (ETPO) se sont mis en place. Le traitement médical du surpoids s'inscrit également dans une démarche multidisciplinaire au long cours où, au travers d'entretiens individuels, d'ateliers collectifs et d'évaluations fonctionnelles, soignants et patients tentent de collaborer pour gérer la maladie et ses effets.

Dans les deux cas, soigner son obésité inscrit le patient dans une carrière, au sens interactionniste du terme, où son travail consiste à intégrer de nouvelles normes, à mettre en œuvre de nouvelles pratiques, mais aussi à répondre régulièrement à de nombreuses questions sur ses habitudes et sa qualité de vie.

Issu d'un travail de doctorat en sociologie [5] consacré aux enjeux qu'impliquent les transformations des corps obèses pour l'ensemble des acteurs qui gèrent cette maladie (les patients, leurs familles, les équipes médicales et les associations de malades), cet article vise à interroger les compétences dialectiques, singulières et plurielles, qu'ont pu acquérir les patients au fil de leurs carrières. Il s'agit, en effet, d'analyser en quoi ces dispositifs médicaux participent à la construction de nouvelles capacités, notamment en termes de présentation de soi, que ce soit au sein de l'espace spécifique qu'est l'hôpital, mais aussi au sein de l'ensemble des sphères dans lesquelles ces malades chroniques sont impliqués.

Après avoir précisé le cadre théorique et méthodologique de l'enquête, nos interrogations porteront sur trois aspects qui émergent de la dialectique des patients : l'engagement, la performance et l'initiation. Ces résultats permettront de discuter deux aspects qui apparaissent comme inhérents à la co-construction de compétences en situation d'éducation thérapeutique : les rapports de domination plus ou moins exprimés par les patients ainsi que les conflictualités identitaires et sociales que ces acteurs expérimentent lorsqu'ils décident de traiter leur obésité.

4. Elles se déclinent en quatre techniques principales : 1- L'anneau gastrique, ajustable autour de l'estomac, il en réduit sa taille (cette technique, après avoir connu un essor considérable dans les années 1990 en France, est en perte de vitesse) ; 2- Le *bypass* gastrique, initialement pratiqué aux États-Unis dès la fin des années 1960 pour guérir le diabète de type 2 (il s'agit d'une réduction de l'estomac associée à une dérivation et une diminution de la taille de l'intestin) ; 3-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 ; 4- 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 plus ni pancréas ni vésicule biliaire. Les aliments passent ainsi directement dans le gros intestin sans être absorbés.

5. Recherche soutenue par une bourse attribuée par le comité scientifique du Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids : http ://www.gros.org/

1 Cadre théorique et matériaux empiriques

L'obésité a suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs qui en proposent des approches complémentaires. En considérant le discours moderne sur l'obésité comme une construction sociale, Jean-Pierre Poulain propose une analyse de sa mise à l'agenda, de ses déterminants sociaux et des processus de stigmatisation des acteurs concernés. Henri Bergeron et Patrick Castel (2010) dirigent des travaux qui démontrent que si les causes de l'obésité sont plurifactorielles, son traitement, lui, mise sur la seule responsabilisation des acteurs. Les cinq sociologues et philosophes qui ont participé à la rédaction des *Actes de la recherche en sciences sociales* 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. Olivier Lepiller propose, lui, une approche sociologique de l'obésité à partir de sa prise en charge médicale traitant à la fois des injonctions normatives qui initient les acteurs obèses à la chirurgie bariatrique, mais aussi des épreuves et des compétences que les acteurs opérés éprouvent dans leur rapport à l'alimentation.

En complément de ce cadrage de l'obésité comme un « risque sanitaire » en tension entre plusieurs façons de la comprendre, notre réflexion s'appuiera conjointement sur la théorie interactionniste de présentation de soi et sur la théorie de l'action qui articule dispositions et espace social.

La chronicité de l'obésité inscrit sa prise en charge à la croisée de l'expertise du médecin et de l'expérience du patient. Comme le démontre Isabelle Baszanger (1986), elle exige une redéfinition des rôles de chacun puisque sa temporalité bouleverse la vie privée et sociale des malades, mais aussi le travail médical des médecins. Pratiquement, dans la relation d'auscultation, l'examen clinique ne suffit plus, il doit être complété par des entretiens où le soignant mène une enquête socio-médicale auprès de chaque malade. Au travers de la médicalisation de leur obésité, ces derniers découvrent l'importance qu'accordent les professionnels à la mise en mots de leurs maux et font le nécessaire apprentissage d'une nouvelle mise en scène de soi (Goffman, 1973) qui dépasse le seul cadre de la situation de consultation.

Dans la relation de prescription, la gestion partagée de la maladie entre le soignant et le patient implique une intime imbrication entre recommandations normatives et mobilisation des compétences des acteurs obèses. Conformément aux statistiques qui établissent que la prévalence de l'obésité augmente à mesure qu'on descend dans la hiérarchie des classes, et que cette distribution inégale s'accentue selon le genre, l'obésité touchant plus largement les femmes, la patientèle observée est majoritairement féminine et issue des classes populaires. Elles sont à la fois éprouvé(e)s socialement par leur stigmate et disposé(e)s par l'*ethos* populaire qui conjugue « sentiment d'indignité culturelle, conscience d'être "agi" plus "qu'agissant", absence du sentiment de singularité. Où parler de soi expose au soupçon de prétention, de souci de distinction » (Poliak, 2002). Les patient(e)s expérimentent les préceptes de cogestion de la maladie comme une injonction à se prendre en main.

La notion de compétence semble donc inscrite au cœur du dispositif de traitement de l'obésité. Pour les malades il s'agirait de faire reconnaître objectivement leur contribution

au travail de perte de poids tout en donnant une cohérence à ce cheminement personnel lorsqu'il s'agit de mettre en récit cette identité de patient obèse (Dubar, 2015).

En suivant Muriel Darmon dans son approche sociologique de l'anorexie, cette investigation empirique vise à analyser « la dialectique du "faire" (l'activité de transformation du corps) et du "être fait" (l'imposition normative) » (Darmon, 2008, p. 86). Ainsi, afin d'étudier au plus près le fonctionnement des institutions hospitalières et associatives tout en objectivant la prise en charge (à la fois telle qu'elle est proposée mais aussi telle que les patients se l'approprient), nous nous sommes inscrits dans une démarche ethnographique et avons diversifié les outils d'enquête et les matériaux empiriques, alliant observations et entretiens. Deux immersions de deux mois au sein du Service d'endocrinologie diabétologie nutrition du CHU d'Angers [6] ainsi qu'un contact prolongé avec l'une des associations d'entraide locale ont permis d'appréhender différentes formes de présentation de soi mises en scènes par les patients.

L'observation des salles d'attente, des réunions associatives, des ateliers éducatifs et des réunions de synthèse de l'équipe médicale a été complétée par des entretiens semi-directifs menés avec vingt-six patients afin de reconstituer leurs carrières de malades (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) qui ont permis d'analyser les modes d'entrée dans le parcours médical ainsi que les effets d'un tel engagement pensé dans ses variations individuelles.

Au sein de cet échantillon, les deux types de prise en charge sont représentés à parts égales. Les patients d'ETPO ont été exclusivement recrutés à l'hôpital, quand les patients de chirurgie ont été contactés par l'intermédiaire des réseaux associatifs d'entraide (même si au moment d'être interviewés seules quatre femmes étaient effectivement adhérentes). Parmi les treize patients inscrits dans une démarche chirurgicale, une seule a été entretenue dès son parcours préopératoire. Concernant les variables de genre, d'âge et d'activité, l'échantillon est représentatif de la patientèle [tab1] :

Tableau 1 – Représentativité de l'échantillon

	Genre	Age moyen	Patientèle active
Patientèle totale	Hommes = 19,8%	ETPO = 45 ans	ETPO = 55,4 %
	Femmes = 80,2%	Chirurgie = 42 ans	Chirurgie = 67,8%
Echantillon	Hommes = 15,4%	ETPO = 47 ans	ETPO = 46,1 %
	Femmes = 84,6%	Chirurgie = 43 ans	Chirurgie : 76,9%

Au regard d'observations permettant de constater que les personnes sont généralement plus enclines à discourir sur les pratiques médicales et leurs effets que sur l'histoire de leur prise de poids, il nous a semblé important d'introduire nos entretiens par ce premier biais. Cette entrée en matière, plus que d'instaurer le climat de confiance nécessaire à tout entretien biographique, a été l'opportunité, pour les interviewés, de faire part de la richesse de leurs savoirs au travers d'une mise à distance scientifique.

6. L'essentiel de son activité est centré sur l'ETPO et le suivi post-chirurgical. La majorité des opérations sont, elles, assurées par la clinique de l'Anjou.

Dans un souci d'une posture éthique inhérente au rôle du chercheur dans le cadre d'une enquête ethnographique, l'anonymat des personnes interrogées fait partie de nos engagements. Cependant, afin de clarifier notre propos lorsque nous citerons les interviewés pour illustrer notre cheminement, nous avons personnalisé chacun des entretiens en leur attribuant un prénom.

2 Les trois dialectiques de la présentation de soi

Le point de similarité qui émerge de façon évidente dans la dialectique des enquêtés est l'emploi du « nous » lorsqu'il s'agit de parler des patients obèses. Si avant tout contact avec le dispositif médical les personnes vivent leur surpoids individuellement, n'éprouvant ainsi pas particulièrement de sentiment d'appartenance à un groupe, en l'occurrence à celui que la société nomme « les obèses », il semble que l'institution hospitalière participe à la redéfinition de l'identité sociale des individus concernés. Les journées d'hospitalisation de jour et les ateliers organisés semblent bien participer à la constitution de groupes d'appartenance qui ne sont plus définis par la seule attitude que la société adopte à leur égard, mais bien par les interactions qui se construisent entre leurs membres (Simmel, 1998).

En prenant en compte conjointement les points de similarité et les éléments de variation entre les carrières des patients qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge de leur obésité, l'enquête révèle également l'apprentissage de compétences dialectiques à la présentation de soi.

2.1 La dialectique de l'engagement

Que la prise en charge soit chirurgicale ou médicale, le suivi des patients est parsemé d'entretiens. Que ce soit auprès du chirurgien, de l'endocrinologue, du psychothérapeute, de la diététicienne, de l'enseignant d'activités physiques adaptées (APA), des infirmières ou même des autres patients (dans le cas des ateliers éducatifs), il s'agit, principalement, d'évoquer ses habitudes de vie, de parler de sa prise ou de sa perte de poids et de ses conséquences biologiques, psychologiques et sociales. En parallèle, les patients sont invités régulièrement à compléter des questionnaires sur la qualité de vie ou des échelles d'évaluation de l'estime de soi [fig1].

Élaborés selon la méthode de Likert, ces outils invitent les patients à se prononcer sur des propositions qui évaluent les impacts de leur poids sur leur vie sociale, leurs capacités physiques et leur état psychologique selon un système de modalités de trois à cinq propositions ordonnées, allant de l'accord au désaccord absolu.

Au cours de leur carrière, les acteurs reconnus comme obèses expérimentent la maladie chronique comme un état qui les engage à participer à sa gestion. Communiquer leur expérience au médecin en répondant à ses questions est une des formes du « travail » qu'ils doivent fournir.

S'agissant de la chirurgie, au cours de la phase préopératoire, répondre à ces interrogations est perçu par les patients comme un moyen de motiver leur éligibilité à l'opération. La plupart pensent cette étape comme un moyen de mesurer leur investissement pour mériter d'accéder à ce qu'ils considèrent comme le recours ultime à leurs difficultés. Le corps

9. **Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limit(é) en raison de votre état de santé actuel.** (Entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter des courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par escalier	1	2	3
f. se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

11. **Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :**
(Entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

Liste d'activités	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a. je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. je suis en excellent santé	1	2	3	4	5

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre 1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. 1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté 1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens 1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi. 1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. 1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. 1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même 1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile. 1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. 1-2-3-4

FIGURE 1 – Exemples d'items soumis aux patients opérés lors de leur bilan annuel en hospitalisation de jour

médical les a prévenus, tous ne seront pas opérés. Le dispositif vise à vérifier, au moyen d'une multitude de rendez-vous médicaux, qu'ils sont non seulement dans des conditions physiques et psychiques qui pourront tolérer une perte de poids massive et rapide, mais aussi que l'imposition d'une hygiène de vie sur le long terme (entre six mois et un an) ne permet pas une perte de poids durable et stable. Ce dispositif est presque toujours lu, par les candidats, comme une injonction à l'engagement. Les patients qui font le choix de l'éducation thérapeutique actent, quant à eux, leur entrée dans le programme en signant un formulaire de consentement aux modalités de prise en charge proposées. Édité en deux exemplaires, ce document a fonction de contrat où chacune des parties s'engage mutuellement à la gestion de la maladie. Un an après leur intégration, l'engagement des patients est d'ailleurs évalué par les soignants qui valident ou non la poursuite du programme :

> « Poursuite du programme à condition qu'elle mette en place un suivi diététique régulier, qu'elle participe régulièrement aux ateliers de la gym sans complexe et qu'elle vienne au suivi médical. Dans le cas contraire, exclusion du programme[7]. »

Si, comme on le voit dans cet extrait de bilan, les notions d'alliance et de participation font partie intégrante, pour les soignants, de cette nouvelle façon de traiter les maladies chroniques, elles font pleinement écho chez les patients obèses. Y adhérer est une preuve de leur prise en main, alors même que leur longue expérience du surpoids leur a appris que ce stigmate est empreint d'une valeur morale dominante qui l'associe au « laisser-aller ». Les propos de Claire, qui a été initiée à l'éducation thérapeutique suite à une greffe du foie, sont caractéristiques :

> « De toute façon j'ai pas le choix. On m'a donné une seconde chance. Maintenant à moi d'assurer, de faire tout ce qu'il faut. J'ai pas le droit de mollir : ce serait une trahison ! »

Par ailleurs, lorsque les enquêtés évoquent les raisons qui ont motivé leur choix, la transaction qu'ils font avec eux-mêmes privilégie systématiquement le caractère volontariste du projet. En effet, la plupart des patients affirment avoir pris la décision seuls, parfois même contre l'avis de leurs proches ou de leur médecin traitant. Au regard de la façon dont ils envisagent le traitement de l'obésité, il semble qu'ils considèrent ce volontarisme comme une des qualités essentielles requises pour pouvoir prétendre aux accompagnements multidisciplinaires proposés.

Cette notion d'engagement est également présente lorsque les enquêtés affirment que leur décision de soin tient exclusivement à des raisons de santé. Tout au long de leur carrière d'acteur en surpoids, ils ont fait l'apprentissage des risques de la surcharge pondérale pour la santé. Au fil des diverses consultations, les patients s'approprient la pensée médicale qui s'articule autour de la gestion des risques (Peretti-Watel, 2003). N'étant plus considérés comme un récepteur passif, ils se voient systématiquement dispensés d'invitations à la vigilance et de conseils de rééquilibrage de la balance énergétique. Légitimés par leur licence et leur mandat, les médecins apparaissent comme détenteurs d'un savoir qu'il faut

7. Extrait du bilan d'un patient suite à sa journée d'hospitalisation de suivi à un an du début du programme.

s'approprier. Ainsi, lorsqu'il s'agit de motiver son engagement à l'hôpital pour perdre du poids, l'amélioration de la santé et la réduction des risques se profilent d'emblée comme les seules réponses admissibles. Ce n'est qu'au fil de nombreux échanges sur leurs pratiques que les enquêtés s'autorisent à évoquer le handicap physique ou social que représente leur surpoids. Ce vécu est récurrent chez de nombreux interviewés et peut être résumé par ce qu'expriment Pauline et Chantal, toutes deux opérées d'un *by-pass* depuis plusieurs années :

> « Quand on est obèse, tout est compliqué, on peut plus se bouger. Faire ses lacets c'est compliqué, monter un escalier c'est la mort. Non, franchement, j'étais handicapée ! »
> « J'étais déprimée, je ne sortais plus. Un jour, sur la fin, juste avant l'opération, j'ai eu du mal à passer dans le portique d'un magasin. Le client derrière moi, s'est impatienté et a dit à sa fille : "T'as vu comme elle grosse, elle peut même plus passer les portes, c'est écœurant." »

L'origine du sens actuel du terme handicap renvoie à un mécanisme qui prétend instaurer un jeu social fictif qui serait égalitaire, alors que les dotations initiales des acteurs sont inégalitaires. Sa fonction est donc comparable au concept de déviance, tel qu'il est défini par la théorie interactionniste, puisque la gestion de l'altérité a pour objectif la normalisation (Becker, 1985). Associer handicap et déviance au surpoids renvoie au processus de régulation sociale des normes corporelles. Le corps devient le lieu d'imposition de codes au sein des rapports sociaux, avec un enjeu de taille pour les intéressés, puisqu'ils finissent par se convaincre que leur apparence leur interdit toute capacité à mener une vie sociale ordinaire. Cette culture, qui se construit progressivement, à coups de répétitions stigmatisantes imposées tout au long de leurs parcours, amène d'ailleurs Gérard, qui vient tout juste d'adhérer à un suivi d'éducation thérapeutique, à affirmer que son obésité comme stigmate justifie les jugements moraux à son égard :

> « Bien sûr, ça arrive que les gens balancent. Ils disent qu'on est trop gros, qu'on est obèses. Qu'on peut pas faire ceci ou cela. Qu'on transpire comme des porcs... Mais c'est un fait ! Ils ont raison ! En tout cas moi, oui, je le reconnais, je suis trop gros. Obèse, quoi. Si je veux plus dégouliner dès que je fais un truc, c'est à moi de réagir. Ça sert à rien d'en vouloir aux autres. Alors voilà, je suis là. À moi de faire en sorte de changer. »

Les règles dominantes du rapport au corps, que ce soit en termes de corpulence idéale, d'alimentation acceptable, d'efforts physiques mesurables, étant bien intériorisées par les acteurs, ceux-ci s'approprient leur statut de déviants, de malades. Reste à s'engager dans une prise en main drastique pour normaliser pratiques et corpulences. Autrement dit, les profanes s'approprient les discours experts qui, en imposant la santé comme un idéal, exigent une rigueur dans les comportements (Martin-Criado, 2015). L'injonction à être en bonne santé domine ainsi les discours des patients lors des échanges formels et informels, avec les soignants, la sociologue, ou entre patients.

Si honorer le suivi médical de façon régulière (que ce soit après l'intervention chirurgicale : une fois par an pendant sept ans puis tous les deux ans, ou, tout au long des trois années

prévues par le programme d'éducation thérapeutique) apparait comme le moyen de mesurer les effets du traitement, il est souvent vécu par les patients comme une évaluation de leur engagement. Il faut prouver que l'on est concerné en étant assidu aux rendez-vous réguliers, en maintenant les nouvelles pratiques alimentaires et d'activité physique et en continuant de répondre aux diverses interrogations du corps médical. Ceci se traduit par une réelle appropriation du discours médical ; « calories », « IMC », « protéines », « vitamines », « masse musculaire » sont récurrents dans les discours : « Il s'agit explicitement de se transformer. » (Darmon, 2008, p. 132.) Un véritable travail de mesure se met en place afin d'évaluer les résultats. Certains patients opérés se prennent régulièrement en photo et évaluent leur transformation par rapport à une mesure étalon qu'ils se sont fixés (souvent le cadre d'une porte). L'aiguille de la balance qui descend ou remonte, la taille des vêtements qui diminue, ou l'inverse, sont autant de chiffres qui permettent aux acteurs d'évaluer objectivement et de communiquer l'efficacité de leur engagement.

L'une des premières conséquences de cet investissement sur l'identité sociale des patients touche directement leurs habitudes alimentaires puisque, de fait, les acteurs opérés ne peuvent ingérer que de petites quantités d'aliments et que tous doivent appliquer de nouvelles règles diététiques. Manger est un acte vital, mais aussi un acte social. Ainsi la socialisation du patient-mangeur est-elle directement concernée par le traitement de son obésité.

Pour les acteurs fraîchement opérés, non seulement il est difficile voire impossible de s'alimenter, mais en plus, le repas peut être interrompu par des vomissements. En ETPO, un suivi diététique intra-muros est prescrit à quasiment la totalité de la patientèle (96,8 %). Le respect des normes diététiques émerge comme un instrument, une compétence à maitriser pour des acteurs dont le surpoids les stigmatise comme des mangeurs désordonnés, voire hyperphagiques.

La patientèle étant majoritairement féminine, cet engagement ou cette prophylaxie prend souvent des allures de tensions internes et externes puisque, dans les classes populaires, la cuisine porte encore souvent les stigmates des fonctions nourricières et domestiques associées aux femmes. Cette norme sociale les confronte régulièrement à un dilemme. Soit imposer les nouvelles normes à toute la famille : elles s'engagent ainsi à faire preuve « de bonne volonté culturelle » (Bourdieu, 1979) en remplissant leurs fonctions éducatives. C'est ce que raconte Karima :

> « C'est important de bien cuisiner. J'ai tout changé. Ça n'a pas été facile, ils ont fait la grimace. Mais c'est comme ça ! Au moins ils en profitent aussi. Et puis il faut bien que les enfants apprennent. Au moins là, je leur apprends ! »

Soit manger un menu différent : elles s'engagent alors à ce que leur transformation ne perturbe pas l'équilibre familial établi tout en remplissant leurs fonctions ménagères. Les propos de Pauline en sont une illustration : « On se met sur un coin de table avec son assiette de carottes râpées, et puis voilà. »

En tout cas, ce qui distingue ces carrières spécifiques des acteurs classés comme obèses des autres carrières déviantes réside dans le fait que, contrairement aux fumeurs de marijuana décrits par Howard Becker (1985), les enquêtés ne reconsidèrent pas l'image négative de

l'individu en surpoids. En soignant leur obésité, ils s'engagent à corriger leur stigmate. Tout comme le régime « tenu » entrepris par les enquêtées anorexiques rencontrées par Muriel Darmon, il nous semble bien pouvoir affirmer que nous retrouvons, ici, la notion d'*ethos* du contrôle (Darmon, 2006) au sens où il s'agit d'un véritable travail que les acteurs ont à entreprendre : recueil d'informations, acquisition de techniques et de mises en pratique de celles-ci. Le discours est rationalisé à l'instar de ce que le corps médical exige en matière d'alimentation.

2.2 La dialectique de la performance

En complément du discours sur l'engagement, les patients obèses mobilisent également une langue dont les formes d'expression sont liées au domaine de la performance. Au nom d'une responsabilisation de chacun face à sa maladie et d'une injonction à la maîtrise de sa corpulence, ces acteurs développent, au cours de leurs carrières, des compétences au sens de Claude Dubar (2015), c'est-à-dire un ensemble de capacités qui s'adaptent en fonction du contexte.

Se peser, équilibrer et varier ses repas à partir des sept familles alimentaires (pour les patients opérés, fractionner ces apports en six prises par jour), pratiquer une activité physique quotidienne (10 000 pas/jour), doivent devenir des pratiques naturelles. Au sujet de leur prise en charge, les enquêtés décrivent que, conseillés par l'enseignant APA (souvent désigné comme un *coach* par les patients) et une diététicienne, chacun doit faire siennes de nouvelles habitudes, bouleverser ses pratiques quotidiennes pour que ces directives fassent corps en perdant du poids, en transformant adiposité en musculosité. Cette incorporation d'un nouvel habitus, vécue comme intensive, a pour effet que les injonctions inhérentes au concept de performance, empruntées au champ du coaching sportif, s'emparent du traitement de l'obésité.

À l'instar du concept de « *inner* » développé par Timothy Gallwey [8], les patients obèses semblent considérer que plus que des adversaires extérieurs, ce sont des obstacles intérieurs qu'il faut combattre pour atteindre leur niveau maximum de performance. Si, au cours d'un atelier « activité physique et relaxation », une patiente décrit que malgré ses lombalgies elle marche tous les jours, au-delà de la douleur, pour atteindre coûte que coûte les objectifs qu'elle s'est fixés, Frédéric, opéré d'un *bypass* depuis deux ans déclare :

> « Moi je fais du sport, beaucoup de sport. 1 à 2 h minimum de musculation et de course à pied par jour et le week-end du vélo. Au moins 120 kilomètres à chaque fois. Oui, 120 kilomètres, c'est le minimum. »

Dans un contexte où tous les patients ne sont pas éligibles à la chirurgie et où le programme d'éducation thérapeutique peut être rompu en cas de non-compliance, les enquêtés dont l'*hexis* corporel est, ou a été, souvent associé à un certain relâchement, s'approprient les conseils dispensés par les soignants comme des missions à accomplir, se considérant comme candidats à la transformation de soi. Les chiffres sont récurrents dans les discours comme preuves de leurs performances. Soigner son obésité étant associé à une perte de

8. Enseignant à Harvard et sportif de haut niveau, il développe ce concept au début des années 1970 afin d'identifier les obstacles internes qui nuisent à la performance et à l'apprentissage, et de proposer un ensemble de principes et d'outils qui permettent d'atteindre les objectifs fixés. Le concept d'*inner* est considéré comme fondateur du *coaching*.

poids, cette mesure est la plus manipulée. Que ce soit entre eux ou en situation d'enquête sociologique, la plupart des acteurs précisent spontanément, à un moment ou un autre, leur poids de départ, leur poids d'arrivée et donc le poids perdu. Si cette mesure fait partie intégrante de l'examen médical, elle semble incarner la présentation de soi. Comme si les enquêtés voulaient s'assurer que leur définition de soi est bien conforme aux assignations publiques : perdre du poids procure une satisfaction mais, être reconnu comme en ayant perdu, également. Mais les variables de la performance sont nombreuses : en complément du poids, les discours sont étayés de grammages alimentaires, durées d'activités physiques, distances parcourues, rythmes cardiaques, etc. Marcelle décrit ainsi son alimentation :

> « Un repas, c'est 100g de féculents, 100g de légumes et 100g de protéines. Au début, tu pèses parce qu'il ne faut pas se tromper. Mais à force, plus besoin de balance. Moi, je sais exactement ce que ça représente, 100g, même pour les féculents qui gonflent à la cuisson. »

Dans le cas des patients qui ont fait le choix de la chirurgie bariatrique, nous l'avons dit, le parcours préopératoire exige des postulants d'honorer un certain nombre de rendez-vous médicaux. Les délais annoncés entre le diagnostic et l'opération sont d'environ un an : à la fois pour satisfaire l'ensemble des rendez-vous d'expertise, vérifier que l'imposition d'une hygiène de vie n'engendre pas une perte de poids satisfaisante, mais aussi pour permettre au *staff* d'étudier collégialement les dossiers des prétendants. La majorité des interviewés tient à préciser sa performance en soulignant qu'ils ont pris moins de temps que prévu : huit à neuf mois en moyenne. Ainsi, une patiente précise qu'elle a pris tous ses rendez-vous le jour même de sa première entrevue avec le chirurgien. Une autre déclare avoir vu tous les spécialistes en deux mois. Ce rapport au temps et surtout sa mise en mots dénote, sans conteste, le désir de performance des acteurs (finalement, c'est bien le délai qu'exige l'étude du dossier par l'équipe de la clinique qui prend le plus de temps). Ils ne sont pas seulement pressés d'être opérés, mais ils veulent signifier au corps médical leur efficacité. Dans une société où la performance, bien plus qu'une notion méthodologique, est devenue une véritable culture, l'évaluation domine (Ehrenberg, 1991). Evalués par les soignants, les patients deviennent également évaluateurs de leurs propres performances, mais aussi des contre-performances des autres. Lorsque ce thème est abordé, plusieurs interviewés évoquent facilement le parcours d'autres acteurs moins performants, voire en échec. Ce discours permettrait alors à chaque interviewé de se distinguer, d'affirmer sa singularité par rapport aux parcours ordinaires, voire médiocres, d'autres patients considérés comme prosaïques.

2.3 La dialectique de l'initiation

L'analyse des interviews des patients révèle que le sentiment d'incertitude quant à l'évolution de leurs poids et donc de leur état de santé, corrélé à l'injonction de prise en main se traduit, pour tous, par une recherche importante d'informations. Au cours de leurs carrières, les sources de ces informations se diversifient. Les acteurs construisent progressivement leur place dans la division du travail médical. Ces compétences s'élaborent à la fois autour de l'expérimentation qu'ils font de leur propre corps, ce que Éric Gagnon (1999) appelle les savoirs expérientiels, mais aussi à partir de l'expérience partagée avec

les autres patients. Ainsi, il apparaît que ce travail sur soi se traduit souvent par un désir de transmission et d'explication auprès des autres.

Auprès des autres acteurs étiquetés comme obèses il s'agit, pour la plupart des enquêtés, de se faire le modèle de ce que son traitement peut obtenir. Faisant fonction de rupture biographique au sens où il provoque une identification à la maladie, le diagnostic produit chez ces nouveaux malades chroniques un besoin de compléter le savoir médical par le savoir vécu. Dans le cadre des ateliers éducatifs, ceci est d'ailleurs largement favorisé par les soignants. N'étant plus considérés comme sujets passifs, les patients y sont invités à partager leurs expériences. Ainsi, lorsqu'un participant fait part de ses difficultés, ce sont bien souvent, en premier lieu, les autres patients qui mobilisent leurs expériences pour lui signifier les bénéfices du maintien de l'engagement.

Dans le cas de la chirurgie, si pour la plupart des acteurs rencontrés ce sont bien les effets corporels de l'opération sur d'autres personnes qui les a conduits à recourir à l'intervention bariatrique, tous deviennent ambassadeurs de la technique une fois opérés et se retrouvent ainsi dans la posture de conseiller les personnes évaluées comme obèses autour d'eux. Expliquer l'opération, encourager à la chirurgie, promouvoir la clinique, son équipe chirurgicale et la qualité de son service deviennent pratiques courantes auprès des individus non opérés. Tous nos interviewés ont ainsi conseillé au moins à une personne de prendre rendez-vous avec le chirurgien. À l'instar de Marcelle, et pour de nombreuses femmes rencontrées, cette volonté d'initier les autres peut se traduire par un engagement dans des associations d'entraide perçues comme un terrain privilégié pour que le savoir profane complète le savoir expert :

> « Nous, on est déjà passées par là, alors on sait ce que c'est. C'est quand même plus facile quand t'as vécu le truc. C'est pas la science des médecins qui répond aux vraies questions des gens. Non, non ! Eux, ils savent opérer, dire ce qu'il faut faire, mais ils savent pas comment ça se vit ! »

Auprès de leur famille et de leur entourage proche, les patients fournissent également un réel travail d'initiation en raison de la désorganisation de la sphère privée qu'impliquent à la fois la maladie chronique et la transformation de soi induite par la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité. L'enjeu de cette initiation est l'adaptation de l'ordre social établi à cette nouvelle situation. La gestion des soins réorganise la vie des patients et leurs rapports avec les autres puisqu'il faut s'approprier et faire admettre de nouvelles compétences. Nous l'avons abordé plus haut, en fonction des contextes familiaux, la transmission de nouvelles normes diététiques est faite au minimum. Les conséquences mécaniques de la chirurgie sur le système digestif conduisent également les patients opérés à habituer leur entourage à la gestion de nouveaux symptômes : prise quotidienne de compléments alimentaires, gestion des risques de vomissement, de diarrhées, de *dumping syndrome*[9], etc.

Auprès de la sociologue, les interviewés peuvent se saisir des entretiens pour user des compétences linguistiques acquises afin de s'attribuer un pouvoir symbolique qui les place

9. Malaise associé à des douleurs abdominales.

en qualité d'experts face à une enquêtrice non avertie et donc profane [10]. Les patients opérés font, par exemple, preuve d'une réelle expertise en maniant des termes scientifiques pour expliquer ce que sont les opérations. Cette volonté d'initier à la fois l'étudiante (donc apprenante), la sociologue (inscrite dans une discipline perçue comme non coutumière des faits médicaux et paramédicaux), mais aussi la jeune femme dont l'*hexis* corporel l'exclut du groupe des pairs, s'est également manifestée par des 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.

3 Une dialectique révélatrice d'un *habitus* clivé ?

Nous l'avons dit, le recrutement des patients obèses s'opère majoritairement au sein des classes populaires. Une large littératie sociologique a démontré que le rapport à la santé, à l'alimentation était intimement lié à l'*habitus* corporel de classe, mettant en évidence que « les usages populaires du corps s'inscrivent dans un fatalisme corporel » (Darmon, 2006, p. 443). Enrique Martín-Criado démontre que lorsqu'il s'agit de contrôler son poids, non seulement ces schèmes entrent en tension avec l'incorporation des modèles dominants, mais ils varient également selon les générations. Ainsi à partir des éléments empiriques produits par ce compte-rendu et en rejoignant Erving Goffman (1973), qui démontre que la « présentation de soi » dépend des interactions dans lesquelles sont impliqués les acteurs, pouvons-nous interroger la nature de la dialectique maniée par ces patients lorsqu'ils mettent en récit leurs carrières.

Du point de vue médical, les enquêtés ont certes fait l'apprentissage de parler d'eux-mêmes, mais dans une relation qu'ils vivent le plus souvent comme unilatérale, qu'ils interprètent plus comme un examen de passage que comme un échange. C'est ce qu'illustrent les propos de Frédéric : « Je dirais pas qu'on se fait engueuler, parce qu'on est pas des gamins, mais bon, on se fait remettre dans le droit chemin, quoi ! »

Dans ce contexte, il semble alors légitime de s'interroger sur l'impact de la technique d'enquête socio-médicale, utilisée par les soignants, sur la dialectique maniée par les patients pour se mettre en récit. La situation d'entretien pouvant être lue comme une tentative de neutralisation (Mauger, 1991), nous pouvons supposer que les enquêtés contrebalanceraient la domination qu'ils subissent, lorsque la relation d'auscultation s'instaure, en maniant une dialectique empreinte des normes médicales. Comme acte d'alliance thérapeutique, cette compétence pourrait alors faire partie de la gamme des stratégies promotionnelles des profanes face aux experts. Mais nos analyses démontrent que les patients obèses ne se sentent pas pour autant légitimes à s'attribuer le statut de patient-partenaire. Toute forme de proposition ou de revendication est exclue des consultations : les fiches d'évaluations des ateliers thérapeutiques en témoignent. Ici demeure le déséquilibre entre profane et expert.

10. Ce type de transactions se joue également lorsque certains enquêtés décrivent la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin généraliste. Ce dernier n'est pas nécessairement au fait de l'ensemble des conséquences d'une chirurgie bariatrique, le patient peut alors recourir à un discours d'expertise pour l'informer des contre-indications de telle ou telle molécule, voire même l'utiliser comme un simple distributeur de médicaments en vue de faire renouveler une ordonnance. Pour paraphraser Isabelle Baszanger (1986, p21), ils deviennent ainsi leurs propres experts plaçant les médecins à la place de « paramédicaux ».

Du point de vue social, au moins pour les patients issus des classes populaires, il semble qu'il subsiste un certain *habitus* de classe qui « établit une disjonction absolue entre santé et maladie. La maladie est un état bien circonscrit caractérisé par des douleurs, un mal-être et/ou des incapacités physiques évidentes qui empêchent de réaliser les tâches quotidiennes. Sans ces symptômes, on est en bonne santé » (Martin-Criado, 2015, p. 77). Le choix du traitement de l'obésité ne serait donc admis que lorsque le surpoids entraîne de nombreux problèmes de santé (ce que le corps médical nomme les comorbidités), voire un handicap physique. La présentation de soi serait alors fortement influencée par une approche populaire de l'état de santé. Acter des motivations liées à des notions d'esthétique ou de dépréciation sociale ne pourrait être qu'écarté d'office dans les discours formels. Ce d'autant plus que le soin a un coût et qu'il peut paraitre inacceptable de déclarer l'engager pour d'autres raisons que celle d'une certaine amélioration de l'état de santé. Bien souvent, ces conflictualités identitaires et sociales s'accentuent à mesure des engagements dans ces carrières qui visent à la transformation de soi. Ainsi la prophylaxie qu'exige ce traitement participe à l'émergence d'un *habitus* clivé. Il en résulte que bien souvent la *praxis* des patients oscille entre normes familiales et injonctions médicales, occurrant de nombreuses tensions qui ne semblent pouvoir émerger que dans les conversations informelles. Si l'observation de plusieurs interactions entre les patients a permis de relever que les repas peuvent devenir difficiles, seul un des enquêtés évoque clairement ce fait en expliquant que depuis qu'il a modifié son alimentation, il s'isole de ses collègues pour éviter à la fois d'éventuelles railleries sur la composition de son menu, mais aussi les tentations internes qu'il projette s'il devait associer cette discipline à la convivialité des pauses déjeuner.

Cette recherche démontre que, dans un contexte où les représentations collectives associent obésité à des valeurs morales de « contrôle indiscipliné des corps », l'engagement des acteurs obèses dans le suivi médical induit un *ethos* du contrôle « en résonance avec les pratiques et les représentations [...] de l'excellence sociale qui constitue en repoussoir absolu et "vulgaire" le "laisser-aller" » (Darmon, 2006, p. 444). Bien souvent trahis par un *hexis* corporel dissonant, soit parce que le corps reste en surpoids, soit parce que l'enveloppe corporelle demeure ample par rapport à la structure ferme du corps, les acteurs doivent gérer diverses tensions entre représentations d'eux-mêmes, identité sociale et présentation de soi. Le titre de malade chronique impose bien une essence sociale aux patients obèses, mais son effet se limite à transformer les représentations de soi que se font les individus et les comportements qu'ils croient devoir adopter, sans pour autant transformer la représentation que s'en font les autres acteurs et donc leurs comportements à leurs égards.

Conclusion

Cette contribution s'inscrit dans le cadre plus large d'une recherche de thèse en sociologie. Partant du postulat que soigner l'obésité n'engage pas simplement des problèmes de santé, mais aussi des représentations sociales et morales (de soi, des autres), il s'agit d'identifier et analyser les perturbations occasionnées pour chacun des acteurs impliqués dans son traitement (les patients, leurs familles, les équipes médicales et les associations de malades).

L'observation directe et les entretiens, envisagés comme des scènes sociales à décrypter, donnent ici tout son relief à la carrière de patient comme processus d'apprentissage social, qui passe par une redéfinition de l'identité sociale des individus classés comme obèses sans pour autant annuler les représentations qu'ils ont du système de classement dominant.

Dans la mesure où cette analyse, du fait même de ses terrains d'investigations (institution hospitalière et association d'entraide), ne rend compte que des pratiques et représentations des patients qui persévèrent dans leur adhésion à la prise en charge proposée, la discussion semble devoir se prolonger. Il est admis ici que l'institution hospitalière, en jouant les fonctions d'une socialisation secondaire, participe à l'émergence d'un *habitus* clivé où se confrontent les rôles sociaux de déviants (dont les stigmates corporels sont à corriger et les stigmates moraux à maîtriser) et de malades chroniques (dont les compétences sont à exacerber). Dès lors, les nombreux patients perdus par la chirurgie (près de 50 % pour les estimations les plus pessimistes) et les 47,5 % d'abandon de programme d'ETPO au CHU d'Angers ne pourraient-ils pas être envisagés comme le résultat de tensions trop fortes à gérer ?

Références bibliographiques

Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie,* 27(1), 3-27.

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

Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Paris : Les éditions de Minuit.

Darmon, M. (2008). *Devenir anorexique. Approche sociologique*. Paris : La Découverte.

Darmon, M. (2006). Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps. *Adolescence*, 56, 437-452.

Dubar, C. (2015). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.

Ehrenberg, A. (1991). *Le culte de la performance*. Paris : Calmann-Lévy.

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

Gagnon, E. (1999). La communication, l'autre, l'indicible. De l'entraide des malades. *Anthropologie et Sociétés*, 23(2), 61-78.

Gilbert, C. et Henry, E. [dir.] (2009). *Comment se construisent les problèmes de santé publique ?* Paris : La Découverte.

Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*. Paris : Les Editions de Minuit.

Grossetête M., Larchet, N., Martin-Criado E., Moreno, Pestana J.L., Vandebroeck D. (2015). Le poids des corps. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 208.

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*, 140-141, 235-255.

Lepiller, O, 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.

Mauger, G. (1991). Enquêter en milieu populaire. *Genèses*, 6, 125-143.

Poulain, J.P. (2009). Sociologie de l'obésité. Paris : Presses universitaires de France.

Peretti-Watel, P. (2003). *Sociologie du risque*. Paris : Armand Colin.

Poliak, C. (2002). Manières profanes de 'parler de soi'. *Genèses*, 47, 4-20.

Références sur le Web

Basdevant, A. (2011). *Médecine et chirurgie de l'obésité* [en ligne] : https ://books.google.fr/books ?id=Xm_zjI7Pcl8C&pg=PP1&lpg=PP1&focus=viewport&hl=fr&output=html_text (17/02/2018).

Grignon, C. (2015). *Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ? Le cas de l'obésité*. [en ligne] : http ://www.laviedesidees.fr/Une-sociologie-des-normes-dietetiques-est-elle-possible.html (17/02/2018).

Haute Autorité de la santé. Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : *Prise en charge préopératoire minimale* [en ligne] : http ://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/ipaqss_fiche_descriptive_obe.pdf (17/02/2018).

Ketterer, F. (2013), La production des campagnes médiatiques de santé publique : une dialectique entre normalisation des comportements collectifs et appel à la responsabilisation individuelle » [en ligne] : http ://journals.openedition.org/socio-logos/2775 (17/02/2018).