

dossier

ENTRETIEN

Le corps obèse

Depuis une vingtaine d'années, la chirurgie bariatrique s'est imposée en France comme l'un des moyens privilégiés de lutte contre l'obésité morbide. Cette chirurgie, reflet d'une médicalisation croissante du social, est avant tout justifiée par les opérateurs par l'amélioration de la santé des personnes et les réductions des coûts de santé associés à l'obésité. Qu'en est-il toutefois du vécu des patients et de leurs motivations dans le recours à cette intervention? Une équipe de sociologues de l'université de Montpellier, en partenariat avec le service de chirurgie digestive du CHU de Montpellier, a conduit une série d'entretiens avec des patients obèses quelques semaines avant leur opération. **Yann Beldame**, anthropologue, revient sur quelques-uns des résultats de cette recherche ⁽¹⁾.

Dans votre recherche, vous insistez sur la médicalisation croissante de l'obésité. De quand date et comment explique-t-on cette transformation des corps obèses en problème de santé publique?

Pour expliquer l'avènement de la chirurgie bariatrique, il faut en effet comprendre comment l'obésité a été constituée comme problème de santé publique, méritant donc une prise en charge par la médecine. Un des premiers objectifs de l'anthropologue ou du sociologue est de déconstruire et de dénaturer des catégories, comme l'«obésité», pour révéler leur historicité, montrer qu'elles n'ont pas été toujours là et qu'elles ne vont pas de soi. Certaines personnes refusent d'ailleurs aujourd'hui d'entrer dans ces catégories d'obèses ou de personnes en surpoids, s'inspirant du mouvement Fat Activism né aux États-Unis dans les années 1960. C'est au sein de ce mouvement que prennent racine les *fat studies*, qui vont analyser la discrimination basée sur le poids en mettant en avant le vécu des personnes *fat* et en montrant comment la grossophobie s'articule à d'autres rapports de pouvoir, comme ceux liés à la classe, au genre, au handicap, à la race, etc. Les *fat studies* vont bien sûr s'intéresser aussi à la médicalisation du corps gros dans les sociétés occidentales. Les chercheurs des *fat studies* vont donc repenser les catégories d'«obésité» et de corps «gros» et considérer qu'il faut émettre un distinguo entre le corps «gros» et sa pathologisation puis sa prise en charge par la médecine. Comment le corps gros s'est-il progressivement médicalisé? À grands traits, il est devenu un problème de santé

publique en 1997, quand l'OMS a classé l'obésité comme maladie chronique. Avant, elle n'appelait pas de prise en charge particulière si ce n'est comme facteur de risque pour certaines comorbidités (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.). L'obésité n'est pas donc encore à proprement parler une maladie. En 1997 donc, le choix est fait de caractériser les personnes ayant un IMC à un certain niveau comme malades chroniques. Pour «créer» une maladie, du point de vue de la sociologie, il faut en fabriquer des critères objectivables, et donc un indicateur, un seuil, qui permet de faire un diagnostic médical et qui va engager la personne dans un parcours de soin. Pour l'obésité, ça a été l'IMC. Si cela ne s'est pas fait sans certaines controverses, l'IMC a été progressivement accepté, stabilisé par le milieu médical à partir des années 1980. Des personnes qui ne se vivaient pas comme malades vont ainsi progressivement être identifiées comme des malades chroniques. À partir de là, la chirurgie bariatrique est devenue progressivement un moyen parmi d'autres de traiter médicalement cette maladie. Pour donner quelques chiffres, le nombre d'opérations est passé de 2800 en 1997 à 15000 en 2008, puis à 60000 en 2018. L'envolée des demandes d'interventions suit de près cette médicalisation de l'obésité. La France est le troisième pays, après les États-Unis et le Brésil, à pratiquer le plus de chirurgies bariatriques. Pour autant, ce n'est pas le troisième pays du monde où il y a le plus de personnes obèses.

Propos recueillis par

Nicolas EL HAÏK-WAGNER

Doctorant en sociologie
Conservatoire national
des arts et métiers (Cnam)
Laboratoire Formation
et apprentissages professionnels
Contrat doctoral avec SHAM

Déborah GASNOT

Étudiante master 2
Santé, médecine
et questions sociales (SMQS)
École des hautes études
en sciences sociales (EHESS)
Assistante de gestion
à la Chaire de Philosophie à l'hôpital

Cette médicalisation n'est d'ailleurs pas le seul fruit des chirurgiens...

Cette chirurgie a fait l'objet de réticences initiales des pouvoirs publics, avant d'être encadrée par la Haute Autorité de santé en 2008-2009. Des commissions de spécialistes sont alors mises en place dans les hôpitaux avec le chirurgien, mais aussi des endocrinologues, des psychologues, des diététiciens, etc. Plusieurs spécialités sont ainsi mobilisées pour savoir si un patient doit être opéré ou non.

Dans votre enquête, vous parlez de « régime de justification » du poids et distinguez les régimes de justification « internes » des régimes de justification « externes » qui s'articulent autour d'une perception sociale de l'obésité comme « maladie de la volonté ». Pourriez-vous développer ?

On parle en effet d'un régime de justification du recours à la chirurgie, articulé à un régime de justification de la prise de poids. Ils sont étroitement liés, mais il me semble important de les séparer pour l'analyse. La construction du corps gros comme problème médical, et donc comme requérant une chirurgie, s'articule avec un idéal de minceur qui est aujourd'hui assez largement partagé dans l'espace social. Idéal au départ incarné surtout par les classes dominantes, il est constitutif de certaines formes de féminité et de masculinité, mais aussi d'un certain validisme et de l'hégémonie des corps blancs. Cette valorisation de la minceur implique en retour la stigmatisation des personnes ayant un corps gros, qu'on accuse de passivité, d'avoir perdu le contrôle de leur alimentation. Il y a l'idée d'une faute morale de leur part. Le corps qualifié d'« obèse » est souvent associé à l'absence de contrôle de soi, elle-même considérée comme la conséquence d'un manque de volonté, d'un caractère paresseux. Or, cela nie nombre de déterminants de classe, tandis que l'entrée des personnes obèses dans un parcours opératoire ne permet pas systématiquement de rompre avec cette logique de stigmatisation.

La chirurgie bariatrique est elle-même toujours suspecte et dépréciée, car elle confirme d'une certaine façon l'idée que les personnes opérées manquent de volonté et ont choisi une solution de « facilité » pour perdre du poids. Les personnes ayant recours à cette chirurgie sont donc souvent perçues plus négativement que celles qui perdent du poids par la modification de leurs habitudes de vie, notamment en matière d'alimentation et d'activité physique. De fait, certains patients indiquent avoir initialement refusé cette indication car ils considéraient qu'elle n'était pas moralement légitime. Il y a donc tout un travail de leur part pour accepter de se faire opérer. L'entrée dans un parcours opératoire se fait au prix de l'entrée dans un discours de justification qui va transformer le regard que les médecins et eux-mêmes portent sur eux : observer comment ils ont incorporé les normes dominantes de minceur. Non pas simplement le fait d'être mince, mais le fait qu'il y a des « bonnes » manières de maigrir et des « mauvaises » manières de maigrir. Les bonnes manières de maigrir consistent à être actif et responsable dans le processus de perte de poids. En ce sens, la réussite de la chirurgie aux yeux



Yann Beldame
Anthropologue

du patient va dépendre d'un discours de conversion de soi, dans lequel la chirurgie constitue une occasion de se convertir à un mode de vie actif et contrôlé. C'est la raison pour laquelle la réussite de l'opération ne tient pas juste à la mesure des kilos perdus, mais aussi à la conviction du patient, partagé par l'équipe médicale, d'avoir repris la maîtrise de son corps via un rééquilibrage alimentaire, la reprise du sport, etc. Dans cette logique, il n'est pas très étonnant que les personnes que nous avons interrogées aient eu aussi peu recours à des régimes de justifications « internes », c'est-à-dire pointant leur manque de volonté pour expliquer leur prise de poids (du type « c'est ma faute », « je n'ai pas assez fait attention », etc.). Avoir recours à de tels arguments renforcerait le stigmate lié au corps gros. Au contraire, pour expliquer leur prise de poids, les patients privilégient d'autres explications « externes », c'est-à-dire extérieures à leur volonté, le plus souvent une maladie, une grossesse ou un facteur génétique. Ils mettent ainsi en avant une identité de femme ou d'homme actif qui se sont toujours battus pour perdre du poids. Cette dialectique passivité/activité est toujours à

NOTE

(1) Y. Beldame, S. Férez, E. Perera et al., « Opération du poids et poids de l'opération. Les régimes de justification de patients obèses en attente d'une chirurgie bariatrique », *Sciences sociales et Santé*, 2021, vol. 39, n°3, p.41-67.

l'œuvre dans les discours des patients que nous avons pu interroger pour justifier et leur prise de poids et leur recours à l'opération, et elle est particulièrement présente lorsqu'ils nous racontent leurs interactions avec le corps médical.

Cette dialectique activité/passivité ne se rencontre-t-elle pas aussi dans la vie privée? Vous montrez dans votre article que le recours à la chirurgie bariatrique s'avère un moyen pour ces personnes de se «dés handicaper», de retrouver un meilleur accomplissement des rôles de genre dans la sphère familiale, comme celui de retrouver un rôle normal d'épouse ou de mère, rôle que la prise de poids a pu altérer ou fragiliser.

La chirurgie bariatrique est en effet aussi là pour réinvestir des normes de genre. Pour beaucoup de patients, l'opération est perçue comme l'occasion de se réapproprier des rôles sociaux sexués dont l'incarnation était difficile, voire impossible, en tant que personne corpulente. L'intervention permet ainsi de reprendre le contrôle de sa vie sociale en réintégrant son rôle conjugal, social, professionnel. Par exemple, une patiente, qui ne présentait pas un IMC assez élevé pour être opérée, explique qu'elle n'a pas hésité à insister sur l'importance de pouvoir remplir son rôle de mère, de pouvoir à nouveau courir après ses enfants ou faire les courses. Il s'agit ici de réacquiescer les capacités nécessaires à l'exercice du rôle parental ou d'un rôle d'épouse. Le sens de l'opération se construit ainsi en regard d'un investissement ou d'un réinvestissement dans des rôles sociaux genrés, rompant encore une fois avec l'image d'un patient dont l'apathie serait l'expression d'un désinvestissement social.

De fait, fuir le stigmate associé à la laideur corporelle des corps gros, ou la notion de quête esthétique, constitue un argument assez peu mis en avant par les personnes ayant recours à la chirurgie bariatrique. Comment l'expliquez-vous?

On peut l'expliquer en partie par l'importance du discours médical. Nous n'avons pas seulement interrogé des personnes obèses qui souhaitent se faire opérer, nous avons d'abord et avant tout interrogé des patients, c'est-à-dire des personnes ayant traversé un parcours préopératoire destiné à valider ou non leur chirurgie. La série de rendez-vous médicaux par laquelle ces personnes passent donne lieu à une socialisation médicale au cours de laquelle la personne obèse, médicalisée, apprend son rôle de patient et de malade chronique. Les discours ainsi intériorisés participent à justifier médicalement la chirurgie à venir. Dans un tel contexte, et alors qu'un chercheur vient les interroger, il n'est pas très étonnant que les patients ne s'autorisent pas à utiliser l'argument esthétique et qu'ils vont avant tout justifier leur opération par la recherche d'une meilleure santé.

Vers la fin de l'article, vous revenez vers cette notion d'empowerment ⁽²⁾ habituellement associée à une vision humaniste d'un patient plus acteur de ses soins. Vous nous dites que cet empowerment est inséparable d'un jugement de classe et d'une catégorisation médicale des patients selon leur légitimité à accéder à cette intervention et à reproduire le discours médical dont ils font l'objet. Qu'entendez-vous par là?

L'entrée dans un parcours d'accès à la chirurgie bariatrique suppose une confrontation directe avec la représentation négative qui associe l'opération à une solution de facilité. Les nombreux rendez-vous médicaux préopératoires sont donc l'occasion de redéfinir la *sleeve* ⁽³⁾ comme une simple aide nécessitant l'engagement durable du patient. Les patients comprennent combien leur concours est primordial dans le parcours pré et postopératoire pour que l'opération réussisse. Cela entre parfaitement dans la notion d'*empowerment* du patient par l'équipe médicale, concept qui s'est progressivement installé ces vingt dernières années en promotion de la santé et qui constitue l'un des objectifs de l'éducation thérapeutique. Il s'agit de conférer aux populations un plus grand contrôle sur leur propre santé. La notion d'*empowerment* coïncide ainsi avec l'objectif et le processus de déstigmatisation des patients obèses opérés et leur démarche volontaire de réinvestissement de leur vie active.

D'un point de vue méthodologique, cette enquête est loin d'être anodine... Comment s'est-elle déroulée et qu'est-ce qui a convaincu ces personnes de participer à la recherche?

Cela a été une enquête très singulière. Au-delà du nécessaire passage par un comité d'éthique, l'accès nous a été facilité par l'équipe médicale. Nous avons eu l'autorisation de recruter en salle d'attente des patients intéressés pour participer à l'enquête. Il fallait aussi qu'ils acceptent de réaliser

NOTES

(2) L'*empowerment*, qui peut être traduit en français par «autonomisation» ou «pouvoir d'agir», renvoie à la capacité qu'à un individu ou un groupe à reprendre le contrôle de leur situation sociale, économique, politique, etc. Ce concept, difficilement traduisible en français, insiste à la fois sur le pouvoir d'agir qu'acquiescent les individus (*power*) et le processus d'acquisition via le développement d'une conscience critique (*to empower*) [NDLR].

(3) Ablation d'une partie de l'estomac [NDLR].

l'entretien en dehors de l'hôpital, car nous avons bien senti que les discours que nous pourrions recueillir au sein de l'hôpital seraient orientés, que les personnes chercheraient toujours à fournir la preuve qu'elles sont de « bons » patients. Aller chez eux nous permettait de recueillir des discours plus libres, et cela a été en partie le cas, mais pas toujours, car le fait d'être associé à une équipe médicale détermine pour beaucoup les discours que nous avons pu recueillir et produire. Plusieurs raisons ont ensuite pu les convaincre de participer. La volonté de jouer le jeu avec l'équipe médicale jusqu'au bout, peut-être. Mais il y a aussi pour certains une réelle envie de livrer leur récit de vie.

Cela a pu faire du bien parfois à certains patients de parler. Certains n'avaient jamais vraiment eu l'occasion de revenir sur leur prise de poids en dehors d'un contexte strictement médical. Nous n'étions pas là pour les juger, nous étions là pour les écouter. Certains entretiens ont duré jusqu'à deux heures trente, trois heures. Nous avons, je pense, libéré une parole qui serait autrement restée enfouie, ce qui fait que, la plupart du temps, nous avons été bien reçus. L'enquête s'est déroulée en trois temps : deux mois avant l'opération, six mois après l'opération et un an après. Globalement, les participants se sont montrés aussi présents aux deuxième et troisième entretiens. Aller chez eux nous a en outre permis de les observer dans leur milieu de vie, en tenant compte de leur ancrage social, sachant que nous avons surtout interrogé des personnes issues des classes populaires, même si, bien sûr, toutes les personnes qui ont recours à cette chirurgie n'appartiennent pas exclusivement à ces classes.

Un chirurgien, le Pr Bertrand Millat, a publié dans la même revue de sciences sociales un commentaire en réponse à cette recherche (4). Il y estime que la sociologie présente trop souvent le recours à la chirurgie bariatrique comme une pratique perpétuant les rapports de classe, alors qu'elle constitue pour lui plutôt un remède aux inégalités sociales de santé...

La chirurgie de l'obésité ne se concentre pas uniquement sur les seules personnes issues des classes populaires, et nos résultats sont nécessairement dépendants du contexte hospitalier dans lequel nous avons enquêté. Si nous insistons dans l'article sur les inégalités sociales dans l'obésité et dans la chirurgie de l'obésité, notre propos est avant tout centré sur les justifications que les patients formulent quant à leur opération ; or, pour comprendre ces justifications, il faut les réinscrire dans leur contexte d'énonciation. S'ils veulent être opérés, les patients se doivent de mettre en scène, d'une certaine façon, leur prise en main d'eux-mêmes, en suggérant une réorientation active de leur habitude de vie. Il s'agissait de montrer que leurs justifications n'étaient pas créées *ex nihilo*, mais dans un contexte de médicalisation de l'obésité où la chirurgie de l'obésité tient une place de choix parmi les différents moyens pour aider à maigrir. Ce contexte hospitalier ne fait pas de ces patients des victimes, mais des locuteurs réactifs qui élaborent des tactiques langagières et qui font avec les contraintes imposées par

Le corps obèse est souvent associé à l'absence de contrôle de soi, à un manque de volonté, à un caractère paresseux.

le milieu hospitalier afin de se frayer un passage jusqu'à l'opération. Il ne s'agit pas de dire que les chirurgiens opèrent abusivement les patients, mais de montrer le jeu d'acteurs qu'impose cette médicalisation.

Comment envisagez-vous l'évolution de la chirurgie bariatrique ?

La chirurgie bariatrique ne s'est jamais aussi bien portée. La question qui se pose est celle de l'évolution de son encadrement. Des débats existent : le parcours de soin obligatoire est-il trop complaisant ? Faudrait-il resserrer les critères ? Sans savoir comment elle va évoluer, il faut repenser cette chirurgie bariatrique par rapport au service qu'elle rend à la pensée et l'idéologie sexiste, validiste, classiste, raciste, et la replacer dans les rapports de pouvoir plus généraux qui structurent nos sociétés. Il me paraît important que les recherches s'orientent à l'avenir vers cette dimension intersectionnelle. ●

NOTE

(4) B. Millat, « La chirurgie bariatrique sans excès d'honneurs ni indignité », *Sciences sociales et Santé*, 2021, vol. 39, n°3, p. 69-77.