École des Hautes Études en Sciences Sociales

École doctorale de l'EHESS

Centre Maurice Halbwachs

Doctorat

Discipline : Sociologie

THÉO ROUGNANT

(Se) mettre aux normes

Socialisations corporelles dans la prise en charge médicale de l'obésité

Thèse dirigée par : Séverine GOJARD et Sylvain FEREZ

Date de soutenance : le 10 juin 2026

Jury
1 Claire PERRIN, université Claude Bernard – Lyon 1 (rapporteuse)
2 Julien BERTRAND, université Grenoble Alpes (rapporteur)
3 Martine COURT, université Clermont Auvergne (examinatrice)
4 Philippe BATAILLE, EHESS (examinateur)

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Séverine et Sylvain pour leur accompagnement régulier (et de qualité !) tout au long de ces années de thèse. Ce manuscrit doit beaucoup à leur encadrement. J'en profite aussi pour remercier Florence Maillochon et Manuel Schotté, membres du comité de suivi, dont les conseils ont été très précieux. Loin d'être purement administratifs, les réunions de CSI ont été des étapes clés d'avancées scientifiques.

Je remercie également Martine Court, Claire Perrin, Julien Bertrand et Philippe Bataille d'avoir accepté de lire et expertiser cette thèse.

Bien sûr, ce travail n'aurait jamais pu se faire sans toutes les personnes sur qui porte l'enquête, et notamment celles qui ont facilité mes entrées sur le terrain, dans le service hospitalier ou l'association. Je les remercie vivement.

Une thèse porte nécessairement la marque des collectifs de travail dans lesquels elle a été produite. Je remercie donc les membres du Centre Maurice Halbwachs, en particulier les doctorant·es et membres de l'axe GCR ; et les collègues de l'université Gustave Eiffel, notamment les membres du GREHSS.

Certaines personnes ont eu un rôle fondamental dans la réflexion nécessaire à l'élaboration de cette thèse. Je souhaite remercier très sincèrement Catherine Milon, Jeanne Goudinoux, Marton Angyan, Anthony Forestier, Arthur Malé et Tristan Duverné. Sans elles et eux, la thèse n'aurait pas cette forme et serait sans aucun doute de moins bonne qualité.

Fort heureusement, il n'y a pas que la thèse dans la vie. Je remercie donc toutes les personnes avec qui j'ai pu partager des moments de qualité, pendant le doctorat et bien au-delà : les 2SEP, le jungle 2K (même ceux qui disparaissent), l'ASMB judo et l'AJA Paris XX. Ma famille, bien sûr, Maman, Papa, Titi et Marine[1].

Et Soso, évidemment.

[1] Malheureusement, aucun chat ne sera remercié cette fois-ci.

Résumé et mots clés

Cette thèse prend pour objet la prise en charge médicale de l'obésité afin d'étudier la façon dont les patient·es sont socialisé·es à un certain nombre d'usages du corps « sains » (alimentation et activité physique). Dans un contexte où les modifications thérapeutiques du mode de vie prennent une place de plus en plus importante, l'objectif est d'expliquer la réception socialement différenciée d'une prise en charge médicale de la corpulence selon la position sociale des individus dans de multiples rapports sociaux, dans le temps court des interactions médicales et dans le temps long d'un suivi médical pluriannuel, voire décennal. Ce travail est mis en œuvre à travers deux enquêtes qualitatives par entretiens et observations, l'une dans un service hospitalier spécialisé dans l'obésité, l'autre dans une association d'activité physique adaptée créée en partenariat avec le service. Le traitement de deux enquêtes quantitatives, sur les pratiques sportives et les consommations médicales des Français·es, complète l'analyse.

Alors que l'obésité concerne majoritairement les classes populaires, les usages du corps prônés en médecine de l'obésité semblent, au sein de l'espace social, davantage mis en œuvre par les femmes et les membres des classes moyennes et supérieures. Cette distance aux contenus de la prise en charge est redoublée par les chances qu'ont les individus de devenir patient·es d'un service spécialisé de l'obésité. Parmi les personnes obèses, les hommes et les membres des classes populaires manifestent plus fréquemment une moindre consommation de biens de santé et un rapport davantage curatif à leur santé, contre un rapport préventif des femmes et des individus plus diplômés, expliquant leur surreprésentation dans les services médicaux spécialisés. Les inégalités sociales de santé sont entretenues et produites au sein même des parcours de soin, par les méthodes employées, socialement situées, et les (dé)valorisations dont les patient·es peuvent faire l'objet, sur la base de leurs appartenances sociales et genrées. Le passé incorporé des individus vient amplifier ces inégalités dans la prise en charge. Les femmes et les membres des classes supérieures, qui sont les plus alignés au départ avec les exigences médicales, sont aussi ceux et celles qui captent le plus de ressources médicales et se transforment le plus, en adoptant, au fond, les « meilleures » pratiques pour leur santé.

Ces résultats se confirment largement lorsqu'on met la focale sur un des usages du corps valorisés en médecine de l'obésité, à savoir l'activité physique. À l'échelle de l'ensemble des personnes obèses en France, il apparait que ce sont surtout les femmes et les plus diplômés qui ont le plus de chance de répondre à l'injonction morale à prendre soin de sa santé par des activités physiques, et ce malgré une offre largement défavorable aux plus fortes corpulences. L'engagement plus ou moins durable dans une activité physique s'avère être le produit de certaines socialisations de classe et de genre, croisées avec des effets de contextes liés à l'offre disponible et aux temporalités biographiques. En plus des profits sanitaires liés à la pratique, des femmes issues des classes moyennes et supérieures peuvent manifester par leur corps une forme de distinction sociale. Cette distinction par la pratique s'appuie sur des normes et hiérarchies corporelles qui valorisent l'activité et les usages du corps « sains », et discréditent la paresse. Prendre appui sur le stigmate peut permettre, pour soi, de ne pas y être associé.

Mots clés : Obésité ; Inégalités sociales de santé ; Activité physique ; Alimentation ; Médecine ; Corps.

Abstract and keywords

This thesis examines the medical treatment of obesity in order to study how patients are socialised into certain ways of using their bodies (diet and physical activity). In a context in which therapeutic lifestyle changes are becoming increasingly important, the aim is to explain the socially differentiated reception of medical treatment for obesity according to individuals' social position in multiple social relationships, in the short term of medical interactions and in the long term of multi-year or even decade-long medical follow-up. This work is carried out through two qualitative surveys using interviews and observations, one in a hospital department specialising in obesity, the other in an adapted physical activity association created in partnership with the department. The analysis is completed by two quantitative surveys on the sporting practices and medical consumption of French people.

While obesity mainly affects the working classes, the practices promoted in obesity medicine seem to be more widely adopted by women and members of the middle and upper classes within society. This distance from the content of treatment is compounded by the probability of individuals becoming patients of a specialised obesity service. Among obese people, men and members of the working classes are more likely to consume fewer health goods and have a more curative approach to their health, compared to a preventive approach among women and individuals with higher levels of education, which explains their over-representation in specialised medical services. Social inequalities in health are perpetuated and produced within healthcare systems themselves, through the socially situated methods employed and the (de)valuation to which patients may be subjected on the basis of their social and gender affiliations. Individuals past experiences amplify these inequalities in healthcare. Women and members of the upper classes, who are the most closely aligned with the norms, are also those who receive the most medical resources and experience the most transformation, ultimately adopting the ‘best’ practices for their health.

These results are largely confirmed when we focus on one of the uses of the body that is valued in obesity medicine, namely physical activity. Among obese people in France as a whole, it appears that women and those with higher levels of education are most likely to respond to the moral injunction to take care of their health through physical activity, despite the fact that the options available are largely unfavourable to those who are overweight. The degree of commitment to physical activity appears to be the result of certain class and gender socialisation factors, combined with contextual effects linked to the activities available and biographical timelines. In addition to the health benefits of exercise, women from the middle and upper classes can use their bodies to express a form of social distinction. This distinction through practice is based on bodily norms and hierarchies that value ‘healthy’ activity and discredit laziness. Relying on the stigma can allow individuals to avoid being associated with it.

Keywords: Obesity; Social inequalities in health; Physical activity; Diet; Medicine; Body.

Index des abréviations et acronymes

ACM	Analyse des correspondances multiples
AFERO	Association française d'études et de recherches sur l'obésité
ALD	Affection longue durée
ALFEDIAM	Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
AP	Activité physique
APA	Activité physique adaptée
APS	Activité physique et sportive
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAH	Classification ascendante hiérarchique
CSO	Centre spécialisé de l'obésité
DEXA	*Dual-energy X-ray absorptiometry*
DRJSCS	Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EAPA	Enseignant en activité physique adaptée
EHESS	École des hautes études en sciences sociales
ENPPS	Enquête nationale sur les pratiques physiques et sportives
ENS	École normale supérieure
EPS	Éducation physique et sportive
ESPS	Enquête santé et protection sociale
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FSGT	Fédération sportive et gymnique du travail
GLP-1	*Glucagon-like peptide-1*
GROS	Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
HPI	Haut potentiel intellectuel
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMC	Indice de masse corporelle
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IOTF	*International obesity task force*
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
NASH	*Non-alcoholic steatohepatitis*
MTMV	Modifications thérapeutiques du mode de vie

OMS	Organisation mondiale de la santé
PCS	Professions et catégories sociales
PNA	Programme national pour l'alimentation
PNAPS	Plan national de prévention par l'activité physique
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSSBE	Plan national sport santé bien-être
PMA	Procréation médicalement assistée
PO	Plan obésité
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SNDLF	Société de nutrition et de diététique de langue française
SNSS	Stratégie nationale sport santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives

Sommaire

Introduction **1**

Partie I. La médicalisation du style de vie **27**

Introduction 27

Chapitre 1. L'activité physique comme nouvel outil thérapeutique 28

Chapitre 2. L'idéal socialement situé de la prise en charge : une normalisation vers le haut ? 63

Conclusion de la partie I. 88

Partie II. Soigner des patient·es, socialiser des individus **90**

Introduction 90

Chapitre 3. Devenir patient·e. Conditions sociales de l'entrée dans une prise en charge ... 92

Chapitre 4. Comment faire adopter un mode de vie « sain » ? La production médicale différenciée d'une bonne volonté sanitaire. 127

Chapitre 5. S'adapter ou résister. Conditions sociales de félicité du travail socialisateur. 198

Conclusion de la partie II 274

Partie III. Adopter la bonne sportivité médicale **277**

Chapitre 6. Pratiquer malgré son corps. La différenciation sociale des personnes obèses dans la pratique d'activités physiques 279

Chapitre 7. S'engager, persévérer, adhérer. Carrières de pratiquant·es dans des espaces sportifs variés 314

Chapitre 8. Ne pas être associées aux « pires ». Distinctions de classe et de genre dans et par la pratique d'activités physiques 343

Conclusion de la partie III 367

Conclusion générale **369**

Bibliographie **378**

Annexes **407**

Table des matières **444**

Table des tableaux

Tableau du chapitre 2 :

Table n° 1 : Propriétés sociales des pratiquant·es des principales AP utilisées dans la prise en charge médicale de l'obésité.....82

Tableaux du chapitre 3 :

Table n°1 : Répartition des classes de corpulence selon les indicateurs de position sociale (pourcentages ligne). 94

Table n°2 : Répartition des classes de corpulence par sexe selon les variables socio-démographiques (pourcentages ligne). 95

Table n°3 : Répartition des classes de corpulence par sexe selon le groupe professionnel (pourcentages ligne). 97

Table n°4 : Pratiques de consommations médicales selon la classe de corpulence. 100

Table n°5 : Principal critère de choix d'une hospitalisation selon la classe de corpulence parmi les personnes ayant mentionné plusieurs critères de choix.....105

Table n°6 : Répartition sociale des individus selon le groupe d'appartenance créé dans la CAH. 109

Table n°7 : Dernière visite chez le spécialiste, chez les personnes obèses, selon la position sociale. 111

Tableaux du chapitre 6 :

Table n°1 : Statut de pratique en fonction de l'IMC (pourcentages ligne).....283

Table n°2 : Parmi les pratiquant·es, nombre de pratiques déclarées en fonction de l'IMC (pourcentages ligne).....285

Table n°3 : Parmi les pratiquant·es, fréquence de pratique d'AP au cours des 12 derniers mois en fonction de l'IMC (pourcentages lignes).. 286

Table n°4 : Parmi les pratiquant·es, lieux de pratiques déclarés en fonction de la classe d'IMC. 290

Table n°5 : Parmi les pratiquant·es, modalités de pratiques déclarées en fonction de la classe d'IMC. 292

Table n°6 : Parmi les pratiquant·es, part d'individus pratiquant certaines activités selon la classe de corpulence. 295

Table n°7 : Répartition sociale des pratiquant·es d'AP valorisant un poids important. 297

Table n°8 : Être un·e pratiquant·e ou non parmi les personnes obèses. 306

Table des illustrations

Figure n°1 : Évolution du nombre d'actes bariatriques en France (1997-2022).....43

Figure n°2 : Programmes et plans relatifs à l'obésité, l'alimentation et/ou l'AP depuis 2000. 55

Figure n°3 : Représentation graphique des groupes issus de la CAH dans le plan factoriel de l'ACM.....108

Figure n°4 : 15 activités les plus pratiquées par les personnes « maigres ».....288

Figure n°5 : 15 activités les plus pratiquées chez les individus « normopondérés ». 288

Figure n°6 : 15 activités les plus pratiquées chez les personnes en « surpoids »...289

Figure n°7 : 15 activités les plus pratiquées chez les personnes « obèses ».....289

Figure n°8 : Raisons de pratiquer chez les personnes obèses.....303

Figure n°9 : Raisons de pratiquer chez les personnes normopondérées.....303

Figure n°10 : Pour chaque motif de pratique, pourcentage d'individus le considérant comme important ou très important selon la corpulence (jaune : obésité ; bleu : normopondéré).....304

Introduction

> « *Mercredi 30 juin* [2021]*, la Ligue contre l'obésité publie les résultats d'une enquête nationale qui montre qu'environ 8,5 millions d'adultes en France (17 %) ont un indice de masse corporelle (IMC, un indicateur de corpulence) supérieur à 30 – au-delà duquel on parle l'obésité –, contre 15 % en 2012.* […] *La prévalence de l'obésité reste très fortement marquée par des inégalités sociales : la courbe de l'obésité est directement corrélée au niveau d'études (24,5 % de prévalence parmi des personnes ayant un niveau d'éducation du primaire, 21,5 % parmi ceux ayant un niveau fin de collège, contre 7,3 % chez les diplômés du supérieur de 3e cycle).* »
>
> « En France, où l'obésité augmente, près d'une personne sur deux est en surpoids », Mathilde Gérard, *Le Monde*, 30 juin 2021.

L'obésité est couramment présentée dans les médias comme une « épidémie » associée aux classes populaires et à la pauvreté. Les pouvoirs publics font alors état d'un ciblage nécessaire sur les catégories les moins favorisées de la population, afin de leur faire adopter des modes de vie « sains », ce qui impliquerait de les retrouver en écrasante majorité dans les services hospitaliers et dispositifs spécialement dédiés à la prise en charge de l'obésité. Or, rien n'est moins sûr.

> Centre hospitalo-universitaire d'une grande métropole française, septembre 2023. Après plusieurs mois de procédures éthiques et réglementaires, je suis autorisé à observer les différentes activités du service nutrition, reconnu pour son expertise en médecine de l'obésité, puis à réaliser des entretiens avec les patient·es. J'observe, carnet de notes en main, comment les professionnel·les prennent en charge les patient·es. Les consultations et réunions s'enchainent, et je m'aperçois petit à petit que, parmi la patientèle, un grand nombre de personnes exercent des professions comme informaticien·nes, enseignant·es, cadres de santé, élu·es, chef·fes d'entreprise, expert·es comptables, étudiant·es, chercheur·ses, avocat·es, etc. Bien loin, en somme, de ce qu'est censée représenter statistiquement l'obésité. Ils et elles ne sont pas seul·es, et côtoient chauffeurs routiers, aides-soignantes, secrétaires, ouvrier·ères, ou des personnes sans emploi. Mais les membres des classes moyennes et supérieures y occupent une place non négligeable et, surtout, sont particulièrement satisfaits de la prise en charge. « *Tout le monde est aux petits soins, c'est rodé* », me confie Hélène, 50 ans, commerciale, bac+5. Ce sont d'ailleurs ceux qui investissent le plus les ateliers et dispositifs d'éducation alimentaire et d'activité physique adaptée en lien avec le service.

Si l'on en croit les études épidémiologiques, comme celle évoquée dans l'article du *Monde* cité plus haut et les intentions affichées des pouvoirs publics, la médecine de l'obésité devrait être organisée pour prendre en charge au mieux les plus concerné·es, à savoir les membres des classes populaires, hommes comme femmes : ouvrier·ères et employé·es, peu ou pas diplômé·es. Or, une observation, même rapide, de la patientèle d'un grand centre spécialisé vient questionner frontalement ces bonnes intentions. Tout le monde peut-il accéder aux services médicaux spécialisés dans l'obésité ? Les personnes obèses y sont-elles toutes logées à la même enseigne ? Qui se saisit de la prise en charge et peut donc en bénéficier au mieux ? À quelles conditions les personnes suivies peuvent-elles adopter les pratiques « saines » qui y sont promues, notamment en termes d'activité physique ? C'est cette série de questions qui nous occupera tout au long de cette thèse.

I. Des corps pathologisés et discrédités

Avant d'aborder en détail la diffusion et la réception de normes corporelles dans la prise en charge de l'obésité, il est nécessaire de rappeler les travaux qui ont permis d'identifier le double processus de pathologisation et de discrédit des fortes corpulences. C'est bien parce que les corps gros sont pensés comme déviants sur les plans sanitaires, comportementaux et moraux qu'une prise en charge visant à faire adopter des modes de vie « sains » est légitimée.

A. Faire d'une caractéristique corporelle une déviance sanitaire et morale

Plusieurs catégories peuvent être utilisées pour ordonner et distinguer les corps selon leur corpulence, et ce n'est qu'assez récemment que le terme obésité s'est imposé dans le langage courant. Des travaux historiques ont déjà pu explorer la variation dans le temps des valorisations et dévalorisations de la corpulence. C'est par exemple ce que fait Vigarello (2010), étudiant du XVème au XXème siècle la façon dont l'excès de poids a été progressivement constitué comme une pathologie discréditante. Si la grosseur a depuis longtemps eu un statut ambivalent, les « excès » de corpulence étant condamnés dès le Moyen-Âge[2], ce n'est que récemment que la minceur est devenue un idéal corporel à atteindre, accompagnée de savoirs médicaux et de seuils précis indiquant les limites à ne pas dépasser[3]. Le terme d'obésité apparait au XVIIIème siècle et vient signifier médicalement « l'excès » de poids nocif pour la santé, avant de s'imposer dans le langage commun (Csergo 2009).

Mais ce terme est en partie contesté, notamment par les personnes qui militent pour une acceptation sans discrimination de toutes les corpulences, qui lui préfèrent celui de grosseur et ses dérivés (Carof 2021). Bien que pouvant paraitre discréditants, les termes « gros », « grosses » ou « grosseur » sont employés pour marquer une distance avec les catégories médicales, et insister sur le fait qu'une masse importante ne devrait être conçue que comme une caractéristique corporelle, et non pas un stigmate ou une pathologie.

Une forte corpulence représente à la fois une pathologie, un stigmate et une caractéristique corporelle. Ces trois éléments ne sont pas complètement indissociables, mais les distinguer ainsi permet de mettre en valeur les différentes dimensions sociales de la corpulence. Les termes que nous pouvons employer ne sont donc pas neutres, ils doivent être replacés dans les espaces sociaux dans lesquels ils sont utilisés et sous-entendent forcément une dimension de la corpulence plus qu'une autre. Comment peut-on dès lors nommer le corps et les personnes dans une recherche sociologique qui porte sur la prise en charge de l'obésité ?

Il est tout autant possible de parler d'obésité ou de grosseur, mais ces deux termes charrient des présupposés théoriques différents. La définition sociologique que l'on peut donner à

[2] Si la minceur est, dès le Moyen-Âge, un signe de bonne moralité, la grosseur, quand elle n'est pas jugée excessive, signifie dans le même temps la force et la bonne santé (Alexandre-Bidon 2012).
[3] À ce processus s'ajoute une histoire de la disqualification depuis l'Antiquité de certaines pratiques alimentaires, et notamment de ce qui est vu comme des « excès » (Le Bras et Marache 2025).

l'obésité, en tant que pathologie, serait qu'une personne est obèse dès lors qu'elle est considérée comme telle (par elle-même, ses proches, ou l'institution médicale). On définit alors les individus par l'opération sociale de diagnostic que les identifie (Darmon 2008a). C'est une définition qui emprunte au concept interactionniste d'étiquetage (Becker 2020), forgé pour étudier la déviance sociale, et permet de prendre au sérieux la médicalisation dont elle fait l'objet sans nécessairement épouser le point de vue médical sur la question[4]. La prudence épistémologique amène à ne pas prendre position dans un débat (savoir si, oui ou non, l'obésité est bien une pathologie) qui concerne surtout les sciences biologiques[5]. Dans ce sens, utiliser le terme obésité, revient à 1) se restreindre aux individus étiquetés comme tels et surtout 2) risquer de ne porter le regard que sur les dimensions proprement médicalisées de la corpulence. Or, on ne peut réduire les individus obèses à leurs rapports à la médecine, quand bien même l'institution médicale peut être centrale dans leur existence (que ce soit directement, par une prise en charge, ou indirectement, dans leurs façons de penser leur corps et leur santé).

Le terme de « grosseur » permet à l'inverse d'insister sur les dimensions sociales de la corpulence, relatives par exemple au stigmate ou aux conséquences d'une forme du corps imposante. La littérature sur le stigmate que nous présentons *infra* mobilise largement cette catégorie. Contrairement au terme « obésité », le risque d'employer le mot « grosseur » réside dans le fait de sous-estimer la dimension fortement pathologisée des corps gros. Tout dépend alors des questions de recherche et de la place accordée à l'institution médicale dans ces questions : moins elle est centrale, plus il semble pertinent de parler de grosseur. Et inversement, plus les questions portent sur le volet médical ou les rapports à la santé des individus, plus le terme obésité (défini comme l'étiquetage d'obésité) sera adéquat. Nous choisissons donc pour cette thèse ce mode de formulation : à mesure que le questionnement nous amènera à « sortir » de la prise en charge médicale *stricto sensu*, nous préfèrerons le terme de « grosseur » à celui d'« obésité ».

On l'aura compris, il existe plusieurs manières d'aborder sociologiquement la question des corpulences et des normes corporelles. Par rapport à notre questionnement initial, trois ensembles de travaux peuvent être convoqués. Le premier s'intéresse au stigmate associé à la grosseur et aux discriminations qui en découlent, dévoilant les expériences partagées de la grosseur. Un deuxième ensemble de travaux montre cependant que toutes les fractions de l'espace social ne sont pas également concernées par l'obésité, et n'adoptent pas les mêmes rapports au corps ou à la santé, venant questionner l'homogénéisation que produit une analyse en termes de stigmate. Enfin, un troisième ensemble de travaux porte sur l'institutionnalisation de l'obésité, comme une question d'ordre médical et comme une question politique de santé publique, menant à la constitution d'un segment spécifique de la médecine, mais sans forcément interroger la réception différenciée par les patient·es de cette action publique.

[4] Sur l'enjeu de devoir utiliser des catégories que l'on souhaite déconstruire par ailleurs, au risque de les essentialiser, voir chapitre 9 de Brun et Cosquer (2022).
[5] Ce qui n'empêche pas de porter un regard analytique et critique sur cette catégorie médicale, avec l'appui de la sociologie des controverses scientifiques.

B. Tous les individus vivent-ils le stigmate de la même façon ?

Un ensemble de travaux sur l'obésité l'aborde sous l'angle de la dévalorisation sociale, des discriminations et du stigmate. Prenant appui sur le cadrage théorique de Goffman, ces travaux interrogent la façon dont la grosseur peut être tout à la fois une « monstruosité du corps », une « tare de caractère » (signe de « manque de volonté », de laisser-aller) et un stigmate « tribal » (« qui peut se transmettre de génération en génération ») (Goffman 1975, p. 14). La dimension morale est particulièrement prégnante dans le cas de l'obésité et discrédite fortement les plus corpulents[6]. Comme le souligne Vigarello dans son étude historique des modes d'appréciation de la corpulence, « le gros est d'abord celui qui esquive, refusant l'amincissement, négligeant le travail sur soi. Son défaut est abandon, sa responsabilité manquement intime : moins les passions que l'indifférence, moins l'emportement que la non-maitrise, l'impossibilité de se régler ou de se transformer » (Vigarello 2010, p. 262). Ainsi, les plus corpulents sont érigés en « repoussoir social » (Darmon 2008a, p. 285), et ce d'autant plus qu'ils représentent aussi par corps les classes populaires. À l'inverse, la minceur symboliserait l'autocontrôle achevé, incorporé et naturalisé (Darmon 2010).

Les travaux pionniers de Cahnman (1968) outre-Atlantique posent les jalons d'une sociologie du stigmate de l'obésité. À partir d'entretiens avec des adolescent·es et jeunes adultes patient·es d'une clinique de l'obésité, il met en avant la dimension morale de l'obésité, jusque dans la façon dont elle est traitée médicalement[7]. Dans le sillage de travaux nord-américains contemporains (Becker 2020 ; Erikson 1962), il problématise l'obésité comme un étiquetage particulier de déviance. Les personnes obèses, contrairement à d'autres types de déviances corporelles, seraient pensées comme personnellement responsables de leur état, ce qui aggrave fortement l'importance du stigmate.

Côté francophone, c'est un article de Fischler (1987) qui introduit la sociologie de l'obésité articulée au stigmate. S'opposant à un discours du passé enchanté dans lequel la grosseur ne ferait pas l'objet de dévalorisations et de sanctions, il rappelle la prégnance anthropologique du mépris envers les personnes jugées excessivement grosses et coupables de gloutonnerie[8]. Dans sa thèse et les différentes publications qui en découlent, Carof mène plus récemment une comparaison internationale entre la France, l'Angleterre et l'Allemagne sur le vécu de la grosseur, selon si les individus sont en surpoids ou obèses (Carof 2015, 2017, 2019, 2021). Elle constate une différence fondamentale de rapport au monde, de nature et d'intensité des discriminations subies selon leur corpulence, en sachant que les termes obésité et surpoids dans le langage courant ne recouvrent pas les mêmes réalités que dans les taxinomies médicales qui leur donnent pourtant leur force.

---

[6] La grosseur peut aussi être pensée comme une forme de déviance, au sens de Becker (2020), portant moins sur des actes visiblement effectués que sur des actes supposément réalisés.

[7] « *Unspoken assumption that what is needed first and foremost in the treatment of the "immature" obese is the repression of ravenous appetites; the corresponding materialistic therapy consists in a strict dietary regimen, with or without the assistance of drugs*. » (Cahnman 1968, p. 287).

[8] Le thème du gros qui s'approprie la part des autres est courant, notamment dans les caricatures populaires des élites aux XVIIIème et XIXème siècle, représentées ainsi pour signifier le vol des profits générés par les travailleurs (Duprat 2012).

Prenant acte d'un monde social dans lequel les personnes grosses sont reléguées aux marges, et d'autant plus discréditées qu'elles sont corpulentes et femmes, les travaux les plus récents de Carof s'intéressent aux espaces politiques de luttes contre la grossophobie et aux différents cadrages utilisés, plus ou moins inspirés de rhétoriques médicales, pour penser la grosseur et la lutte contre les discriminations (Carof 2021, 2025). En effet, la dimension genrée du stigmate de l'obésité est indéniable. Les hommes sont moins nombreux à déclarer des épisodes de discrimination concernant leur poids, et les femmes subissent davantage une pression à la minceur (Carof 2019, 2021), d'où une prévalence plus importante de l'anorexie chez elles, notamment en haut de l'espace social (Darmon 2008a ; Scodellaro, Pan Ké Shon, et Legleye 2017). Le genre, en tant que système de domination, contribue à faire accorder des valeurs différentes aux corps masculins et féminins.

La rareté des travaux francophones sur les discriminations associées à l'obésité tranche avec l'institutionnalisation outre-Atlantique des *Fat Studies* (Rousseau 2016). Ce courant académique, centré sur l'objet empirique, est né au début des années 2000 pour produire un ensemble de discours critiques à l'égard des catégories médicales et du traitement social réservé aux personnes grosses. On en trouve les bases dans plusieurs manuels (Rothblum et Solovay 2009 ; Sobal et Maurer 1999a, 1999b), insistant particulièrement sur l'étude des processus de négociation, résistance et interprétation individuelle des normes liées au poids, faisant intervenir les concepts de soi, d'identité ou d'*agency*. Le positionnement épistémologique de ce courant est particulier, dans la mesure où la dimension normative des travaux est pleinement assumée[9]. L'enjeu réside moins dans la production de connaissances objectivées sur le monde social que sur la possibilité d'offrir « *a crucial corollary to fat pride community and fat civil rights activism* » (Wann 2009, p. 10). D'où le fait qu'on retrouve dans les manuels et les publications à la fois des chercheur·ses et des activistes non académiques (coachs, blogueur·ses, essayistes, etc.). C'est un certain rapport à la connaissance qui est prôné, dans lequel les différents modes de production de discours sur le monde social sont dé-hiérarchisés : le billet de blog est cité au même plan que l'article publié dans une revue à comité de lecture. Ce point réduit mécaniquement l'importance donnée aux méthodes et aux enquêtes empiriquement étayées. Cette épistémologie particulière des *Fat Studies* est en quelque sorte inversée par rapport à la sociologie *mainstream* telle qu'on peut la retrouver dans l'*American Sociological Review* (Ollion 2011), où l'objet empirique étudié compte moins que les questions théoriques plus larges qu'il permet de poser, appuyées par ailleurs sur des enquêtes précises et fouillées.

Les travaux que nous avons regroupés autour de la thématique du stigmate (dans lequel nous insérons les travaux des *Fat Studies* états-uniens) ont tendance à porter l'accent sur un vécu commun de la grosseur, et moins sur la variabilité sociale des personnes qui subissent le stigmate. L'expérience des personnes grosses y est souvent homogénéisée, sans être systématiquement replacée dans les conditions sociales qui rendent plus ou moins probable la confrontation à des situations vécues comme discriminantes ou violentes. La littérature sociologique considère pourtant comme un acquis stable le fait que la position de classe, de

[9] Voir par exemple l'introduction de Pausé et Taylor (2021).

genre ou d'âge a une influence importante sur le passé, le présent et le devenir de chaque individu, dans la mesure où toutes les positions ne se valent pas et rendent plus ou moins probable la confrontation à des expériences situées du monde social (nous ne reviendrons pas plus en détail ici sur la littérature à ce sujet, ce qui serait inutilement fastidieux[10]).

Or, on peut faire l'hypothèse que l'influence de la position sociale ne s'arrête pas aux portes des fortes corpulences, quand bien même les personnes grosses partageraient des expériences communes. Des travaux, notamment en sociologie de l'éducation (Duru-Bellat et Van Zanten 2016 ; Lahire 2019), montrent bien qu'il ne suffit pas d'être placé dans la même situation pour que les conséquences sociales soient identiques (en termes de vécu personnel de la situation ou de ses conséquences). Ainsi, confrontés comme les classes populaires à la guerre de tranchées pendant la Première Guerre Mondiale, les intellectuels au front font une expérience très particulière et socialement située de la mobilisation, bien différente des autres soldats (Mariot 2013). Leur perception de l'évènement et les pratiques qui en découlent sont marquées par leur condition et leur passé d'intellectuels. On peut faire l'hypothèse qu'un homme gros appartenant aux classes dominantes ne vivra pas le stigmate et/ou la pathologisation de son poids de la même manière qu'une femme des classes populaires.

Les travaux en sociologie du stigmate partagent bien souvent un présupposé selon lequel les individus seraient à considérer comme des égaux, ce qui permet de mettre en valeur les traitements injustement discriminants qui leur sont appliqués, notamment dans les interactions. Or, ce principe tend à mettre de côté ce que les individus peuvent ou non posséder, des capitaux et des dispositions intériorisées ou incorporées, et donc une certaine inégalité entre eux, non pas par nature mais par socialisations[11]. Si certains travaux, ceux de Carof (2015, 2021) ou Milon (2025) notamment, mettent en avant la différence de stigmatisation et leur vécu selon l'état des rapports de genre et les socialisations genrées, ils restent plutôt rares.

À la lumière de ce constat, on remarque un espace finalement peu investigué : celui des inégalités entre les personnes grosses. Suffit-il de porter un même stigmate pour en subir les mêmes effets ? Les personnes grosses font-elles toutes la même expérience du monde social ? On sait pourtant que tous les individus n'entretiennent pas le même rapport au corps selon leur position sociale, ce qui explique en partie l'inégale répartition de l'obésité selon les groupes sociaux. Si l'on veut pleinement comprendre comment des individus peuvent adopter des pratiques corporelles « saines » par une prise en charge de l'obésité, il semble opportun de penser leur hétérogénéité de rapport au corps et à la santé.

C. Des corps gros socialement situés

On l'a déjà évoqué rapidement, l'obésité ne se répartit pas au hasard dans l'espace social. Il existe depuis la fin des années 1990 une double littérature sur la répartition sociale de l'obésité. La première est épidémiologique, incarnée notamment par les enquêtes Obépi-Roche menées

[10] Pour un ouvrage théorique récent sur cette question, voir Lignier (2023a).
[11] On peut définir simplement la socialisation comme « la façon dont la société forme et transforme les individus » (Darmon 2016, p. 6).

tous les trois ans de 1997 à 2012, puis reprises en 2020. Ces études sont financées par les laboratoires pharmaceutiques Obépi-Roche et menées conjointement par l'INSERM et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP), sauf pour la dernière mouture qui est financée par la Ligue Contre l'Obésité (Fontbonne et al. 2023). Bien que les effectifs des enquêtes Obépi-Roche soient modérés, 9 598 pour l'édition 2020 par exemple, et les modes de recrutement contestables, elles restent largement médiatisées. L'édition 2020 de l'étude se base sur un échantillon d'individus volontairement présents dans la base de données de l'institut de sondage Odoxa, ajusté selon la méthode des quotas. Si les résultats de ces études sont intéressants à plusieurs égards, ils doivent être pris pour ce qu'ils sont : une approximation de la corpulence d'individus volontaires pour participer à des sondages répétés. Toujours dans une veine épidémiologique, d'autres études se basent sur les baromètres Santé Publique France (Salanave et al. 2024), l'étude ESTEBAN (Verdot et al. 2017) ou la cohorte épidémiologique Constances (Czernichow et al. 2021). Plus rigoureuses, ces études portent sur des échantillons représentatifs de la population tirés au sort, avec soit un nombre élevé d'individus (63 582 pour l'étude de Czernichow et al. par exemple), soit une méthodologie de mesure par des professionnel·les de santé du poids et de la taille, comme dans le cas de l'étude ESTEBAN.

L'objectif de ces recherches épidémiologiques concerne la prévalence de l'obésité et du surpoids. L'argumentaire est quasi identique entre chaque étude : une épidémie mondiale, des risques pour la santé et donc une nécessité de l'évaluer pour donner un appui aux politiques publiques. Globalement, les études citées *supra* convergent vers une prévalence de l'obésité entre 14% et 17%, et une stabilisation de ces taux depuis quelques années[12]. Les variables sociologiques autres que l'âge et le sexe, comme le niveau de diplôme ou le niveau de revenu, sont peu exploitées, quand bien même un « gradient social de l'obésité » est relevé. Lorsqu'elles sont mobilisées, ces variables amènent quelques interprétations au gradient social : un accès restreint à une alimentation saine chez les moins dotés, peu de pratiques d'activité physique (AP) et la présence de stress causé par la pauvreté.

Le deuxième pan de littérature sur la répartition sociale de l'obésité concerne les études proprement sociologiques, interrogeant la production sociale, et donc différenciée, des corps. Or, ces études, bien que très pertinentes, commencent à être datées, puisque basées sur des enquêtes menées au début des années 2000. C'est le cas des travaux de Poulain (2009a) sur la population française et de Saint-Pol (2010a) dans une perspective comparative à l'échelle européenne. L'obésité « se distribue de façon assez nette dans un espace en tension entre un faible capital culturel et un faible capital économique » (Poulain 2009a, p. 87). Sur l'ensemble des variables socio-économiques classiquement utilisées dans les modèles d'estimation de la prévalence de l'obésité, le diplôme possède l'effet le plus important. Ce sont 14,3% des peu diplômé·es (moins ou égal à BEP ou CAP) qui rentrent dans la catégorie d'IMC de l'obésité, contre 4,9% des personnes ayant un bac+3 ou plus. Si l'obésité concerne les hommes et les femmes dans des proportions proches, 16,7% pour les femmes et 17,4% pour les hommes

[12] Ce qui tranche avec les discours alarmistes que l'on peut entendre dans les médias grand public, qui pourtant reprennent ces études mais ne conservent que les chiffres les plus parlants et les plus catastrophistes (« la moitié de la population française serait en surpoids ou obèses » parait bien plus accrocheur que d'évoquer une stabilisation depuis plusieurs années de ces chiffres).

(Obépi-Roche, 2020), l'effet du diplôme semble plus fort chez les femmes, 14,2% des femmes ayant un CAP/BEP ou moins sont obèses contre 2,2% des femmes ayant un bac+3 ou plus (Poulain 2009a). Enfin, l'obésité peut être considérée comme une pathologie associée au déclassement économique. La prévalence est de 13,1% pour les personnes qui affichent une baisse de revenus, contre 6,2% de celles qui ont une hausse de revenus et 10,6% pour celles qui ne connaissent pas de changement (Poulain 2009a).

Ces résultats ont été construits sur la base de données qui ont maintenant une vingtaine d'années, et les études sociologiques récentes portant sur l'obésité en France (Carof 2019, 2021 ; Gridaine 2022) n'ont pas permis de mettre à jour nos connaissances sur la question[13], renvoyant aux travaux sociologiques précités ou aux études épidémiologiques. Du côté de la Belgique, le sociologue Dieter Vandebroeck croise ses propres enquêtes avec celles disponibles dans son pays pour analyser le gradient social qui y est également constaté (Vandebroeck 2016). Une interrogation apparait à la lumière de la bibliographie existante : comment se fait-il qu'une question aussi sociologiquement importante – la formation des corps par le social – et médiatiquement vive – le gradient social de l'obésité et les inégalités face à la santé – ne soit pas davantage étudiée en France et les résultats mis à jour régulièrement[14] ? Les chercheur·ses en sciences sociales peuvent avoir quelques réticences à appréhender le corps autrement que comme signe, performance ou objet de discours et représentations, de peur de glisser vers des approches biologisantes et de ne plus expliquer le social par le social[15]. On remarque pourtant un accroissement des écarts entre groupes sociaux au sujet de la corpulence, autant chez les femmes que chez les hommes, mais également une persistance en ce qui concerne le fait que les écarts sont plus marqués chez les femmes. Heureusement, certaines études existent, portant directement sur les déterminants sociaux des corpulences ou indirectement sur certains usages du corps, et permettent de mieux comprendre les inégalités corporelles.

Les études sur les déterminants sociaux des corpulences posent l'obésité comme un problème de santé causé par un déséquilibre entre des apports et des dépenses, afin de comprendre comment se forment et se reproduisent les inégalités sociales de santé. Les travaux en sociologie de l'alimentation permettent notamment de comprendre comment des cultures de classe, des rapports de genre et des conditions matérielles d'existence particulières peuvent produire des rapports au corps et à l'alimentation différenciés, qui eux-mêmes produisent des corps plus ou moins corpulents (Bourdieu 1979 ; Lhuissier 2012 ; Martín-Criado 2015 ; Régnier 2006 ; Régnier et Masullo 2009). Du fait de leur place dans les rapports de production, les classes populaires adopteraient un rapport au corps instrumental et un goût de classe pour les nourritures permettant la recharge de la force de travail (Boltanski 1971). Les travaux en sociologie du sport et des activités physiques permettent également de comprendre la constitution de cultures corporelles de classe et de genre, pouvant *in fine* amener des inégalités

[13] Ces travaux interrogent d'autres aspects très pertinents de l'obésité, comme la structuration d'une profession médicale chargée de la prendre en charge ou les stigmatisations dont font l'objet les individus.

[14] De Saint-Pol évoque à cet égard « l'omniprésence du discours médiatique et l'étonnant silence des sciences sociales » (de Saint Pol 2010a, p. 3).

[15] « Les sociologues ont une attitude défensive vis-à-vis de la biologie parce qu'ils craignent que la sociologie ne perde sa substance dans la biologie. À mon avis, on ne peut mettre sur pied une théorie de l'activité humaine, sans savoir comment l'organisme est construit et comment il travaille » (Elias 1991, p. 42).

de corpulence : pratiquer une activité physique (AP) dans une optique de santé concerne plus souvent les classes moyennes et supérieures que les classes populaires, et les femmes plus que les hommes (Court et al. 2014 ; Mennesson et al. 2021 ; Mennesson, Bertrand, et Court 2016).

On l'aura compris, les recherches sur la répartition sociale de l'obésité et ses déterminants sociaux permettent d'éclairer la surreprésentation des fortes corpulences parmi les classes populaires, et un enjeu de minceur particulièrement prégnant pour les femmes. Si on entrevoit des rapports différenciés à la santé, ces études laissent dans l'ombre ce que font et vivent concrètement les personnes une fois obèses, dont le corps est pathologisé et pris en charge par la médecine. Comment les personnes obèses sont-elles prises en charge ? Quel est l'effet de cette prise en charge sur leur rapport au corps et à la santé ?

D. La prise en charge médicale des personnes « obèses »

Des travaux ont déjà pu montrer comment s'est effectuée la médicalisation de l'excès de poids en France (Poulain 2009a, 2009b) et aux États-Unis (Sobal 1995), en lien avec l'intérêt de plus en plus fort porté aux maladies chroniques (Baszanger 1986). Poulain (2009b) observe un double glissement au tournant des années 2000 : d'une appréciation qualitative de l'excès de poids à sa quantification ; d'un statut de facteur de risque à celui de pathologie à part entière. L'obésité devient dans le même temps une question politique (Bergeron et Castel 2010), mise à l'agenda dans les pays occidentaux (Bossy 2010). L'AP (Radel 2012) et l'alimentation « saine » (Larchet 2015) sont aussi progressivement érigées en outils de santé publique pour faire face à l'« épidémie d'obésité ».

Du fait d'un certain nombre de controverses sur les causes et conséquences de l'excès de poids, certains auteurs parlent davantage de panique morale pour qualifier l'importante médiatisation de ces questions et leur mise à l'agenda politique (Campos et al. 2006). Poulain évoque une « rhétorique de la dramatisation qui débouche sur une surmédiatisation (p. 171), notamment en agrégeant systématiquement surpoids et obésité pour « gonfler les chiffres » (Poulain 2009a)[16]. On peut ajouter à ces critiques le lien complexe entre obésité et mauvaise santé, comme le rappelle Moreno Pestaña (2015) dans un bilan de la littérature : la dépréciation et la dévalorisation des personnes grosses pourraient entrainer un ensemble de conséquences sociales et sanitaires, par le stress et le déclassement social que ces jugements impliquent.

Des travaux récents se sont penchés sur « les dimensions sociales des organisations médicales et leurs modes de fonctionnement » (Poulain 2009a, p. 24). C'est le cas de la thèse récente de Ruiz (2025), qui aborde avec une méthode prosopographique la façon dont la médecine de l'obésité s'est progressivement constituée comme une offre de soin, non sans luttes internes entre chirurgiens, médecins nutritionnistes et psychiatres. Cette offre de soin n'est pas sans poser de multiples questions socio-économiques, dans la mesure où il s'agit de prendre en charge une pathologie chronique dans un contexte d'incitation politique à la réduction des

[16] Surmédiatisation qui laissent peu d'espace de parole aux principaux·les concerné·es (Grossetête 2015).

durées de séjour[17] et plus généralement des frais hospitaliers (Sajus 2012). Malgré sa très forte visibilité médiatique, le traitement de l'obésité est peu structuré dans les services hospitaliers, du moins avant la création en 2013 des Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) sur lesquels nous reviendrons en détail au chapitre 1. Les monographies de services hospitaliers et cliniques de Gridaine (2022) permettent alors de mettre en lumière comment certain·es professionnel·les, souvent des femmes, trouvent dans la médecine de l'obésité un moyen de revaloriser leur parcours professionnel et de mettre en valeur des compétences genrées à l'écoute et au *care*.

Quid des personnes prises en charge ? Les travaux portant spécifiquement sur les patient·es obèses apparaissent plutôt rares. Dans sa thèse, Gridaine (2022) consacre une partie de ses analyses à la façon dont ils et elles sont devenu·es obèses, puis patient·es d'un service spécialisé[18] et font le choix, ou non, d'une chirurgie bariatrique[19]. La chirurgie visant à réduire le volume de l'estomac (nous reviendrons au chapitre 1 sur cette technique médicale) est bien souvent au cœur des autres travaux centrés sur les patient·es obèses (Throsby 2012), notamment les femmes, qui y ont recours en majorité. La thèse de Rouvarel explore le processus de décision d'entamer un parcours de chirurgie bariatrique et les reconfigurations identitaires qui en découlent (Rouvarel 2025), tandis que celle, en cours, de Milon se penche sur les parcours de vie et subjectivités des femmes opérées. D'autres travaux se penchent sur les registres discursifs employés par les patient·es pour justifier le recours à la chirurgie, socialement différenciés et plus ou moins légitimes aux yeux des équipes médicales (Beldame et al. 2021) ; ou encore, une fois la chirurgie effectuée sur le potentiel de déstigmatisation de la perte de poids qui ne peut être complète (aux yeux des patient·es et de l'équipe soignante) que si les individus adoptent une forme de correction morale de leur style de vie en devenant proactifs dans les soins (Beldame et al. 2024).

La littérature sur la chirurgie bariatrique tend à donner une importance fondamentale à cette méthode de prise en charge, et en faire l'élément central des parcours de soin. On peut en comprendre l'attrait, dans la mesure où la chirurgie pose les questions du changement corporel radical et rapide et d'une potentielle déstigmatisation. Or, comme nous le verrons au cours de cette thèse, on ne peut réduire la prise en charge médicale de l'obésité à la chirurgie bariatrique. Tous les individus pris en charge ne se font pas opérer, loin de là. Mais tous se voient offrir des incitations à changer d'habitudes de vie, en termes d'alimentation et d'AP entre autres. Ces aspects ont été très peu investigués, et restent une « chasse gardée » des professionnel·les du soin. Faire changer les habitudes de vie d'une série d'individus définis par leur corpulence excessive passerait pour une évidence naturellement justifiée, même aux yeux des sociologues.

On peut toutefois noter que certains travaux mettent la focale sur ce changement d'habitudes de vie. C'est le cas, par exemple, des travaux sur la prise en charge de l'obésité dans l'enfance et l'adolescence (Leszczak 2025 ; Letoux 2021). Concernant les adultes, les travaux de Jacolin-

[17] On parle ainsi d'un « virage ambulatoire », mis en place notamment par un nouveau mode de tarification à l'acte dans l'hôpital public en France.
[18] Contrairement à d'autres pathologies (Bataille 2010), le diagnostic n'est pas un choc qui entrainerait la rupture avec une « vie d'avant ».
[19] Dans la mesure où elle n'observe pas de consultations médicales, les interactions de soin à proprement parler n'y ont pas une place centrale.

Nackaerts (2012, 2018) portent sur les conditions de réussite d'une perte de poids d'individus pris en charge. Dans sa thèse, elle adopte un point de vue normatif aligné sur le point de vue médical[20], considérant d'emblée la grosseur comme une pathologie dont il faudrait guérir par la perte de poids. Elle prend pour angle théorique l'analyse des socialisations passées des individus, et des dispositions[21] favorables à la prise et la perte de poids, ce qui semble une piste intéressante pour appréhender les inégalités de prise en charge. Toutefois, nous verrons que s'assujettir aux critères de jugements de l'espace médical, c'est risquer de manquer un certain nombre d'effets sociaux (socialisateurs) d'une prise en charge, qui peuvent être contraires aux attendus explicites des professionnel·les.

Que recouvre finalement la prise en charge des personnes désignées comme obèses dans l'institution médicale ? Si l'alimentation est depuis de nombreuses années au cœur des modes de traitement de cette pathologie, l'AP y prend également une place de plus en plus importante. Ces deux angles thérapeutiques sont particulièrement intéressants dans la mesure où ce sont deux pratiques sociales qui existent en dehors de la médecine et du soin. On les sait structurées par le genre et la classe, ce qui pose la question de leur mise en forme par l'institution médicale et leur réception effective par les patient·es. Mais, pour pleinement les aborder, il est nécessaire de prendre une distance avec la façon dont elles sont conçues par le corps médical. L'AP, comme l'alimentation, sont à penser comme des biens culturels, fruits d'une histoire et d'appropriations multiples qui leur confèrent des valeurs symboliques spécifiques, au principe de la variation sociale de leurs usages. Or, l'institution médicale a tendance à produire un travail à plusieurs échelles (recommandations médicales, travaux scientifiques, guides de bonnes pratiques, offres de soin, interactions médicales) de valorisation et de dévalorisation de certaines pratiques d'AP et d'alimentation par rapport à leur intérêt sanitaire (pour la santé des individus) et médical (pour le bon déroulement des pratiques médicales), tout en déniant le caractère socialement situé de cette démarche.

Certaines enquêtes explorent plus précisément les conditions sociales de possibilité d'adoption de pratiques jugées « saines » par des patient·es obèses, notamment d'AP (Knobé 2020, 2024 ; Marcellini et al. 2016), ou par des patient·es pris en charge pour leur diabète (Schlegel 2020, 2022, 2024). Il apparait que les socialisations passées de classe et de genre ont une importance fondamentale lorsqu'il s'agit d'adopter de nouveaux usages du corps légitimés par la médecine. À cet égard, on note un investissement bien plus important des femmes et des classes moyennes et supérieures, sans pour autant que ces travaux ne permettent d'en objectiver précisément l'effet.

En guise de bilan de ce pan de littérature sur la prise en charge de l'obésité, on peut remarquer une dimension assez peu exploitée : celle des pratiques médicales à visée de transformation des habitudes de vie des patient·es, et leurs réceptions multiples, dont on peut faire l'hypothèse qu'elles sont socialement différenciées. Qui sont les patient·es de la médecine de l'obésité ? Quelles pratiques corporelles les personnes prises en charge sont-elles incitées à adopter ? Comment les professionnel·les du soin tentent-ils de transmettre les pratiques jugées saines ?

[20] Sa thèse a par ailleurs été co-encadrée par une médecin pédiatre hospitalo-universitaire spécialiste de l'obésité.
[21] Une disposition est une inclination à agir et penser socialement construite.

Quelle est l'action transformatrice de la médecine de l'obésité ? Que deviennent les individus pris en charge ? Qui est en mesure de satisfaire aux exigences de la prise en charge ? Qui parvient à adopter les « bonnes » pratiques ? Pour quels profits ?

II. Une mise aux normes des corps gros par l'institution médicale

Étudier la manière dont les individus investissent une prise en charge médicale et les profits qu'ils peuvent en retirer nécessite de se pencher sur le rapport qu'ils entretiennent à l'institution médicale. Cela permet de comprendre le rôle que peut jouer cette institution dans la diffusion de normes corporelles et sanitaires légitimées « par le haut ». En s'intéressant à un service public accessible de droit à toutes et tous, on peut également interroger la réception socialement différenciée de l'action publique (Revillard 2018) et les rapports ordinaires des individus aux institutions (Spire 2016). Cela revient à appréhender un gouvernement des corps, tel qu'abordé par Fassin et Memmi (2004), sous un jour nouveau, plus proche de l'expérience qu'en font les principaux concernés. Qui fréquente les dispositifs de soin en médecine de l'obésité et qui en bénéficie le plus ? Derrière cette question se trouve celle des inégalités sociales de santé, en amont et pendant une prise en charge. De plus, mettre la focale sur une institution médicale permet d'envisager une certaine portée généralisatrice, en replaçant les résultats de l'enquête comme la conséquence de choix politiques analogues à d'autres spécialités à vocation éducative, comme la prise en charge du diabète par exemple (Schlegel 2020).

Le travail que nous menons suppose ainsi de s'interroger sur l'influence que des normes peuvent avoir sur les pratiques des individus à qui elles s'imposent. Il est donc nécessaire d'aller au-delà des normes explicites, textes, manuels ou règlements, pour voir en pratique le travail effectif de normalisation par des professionnel·les de santé, qui peuvent avoir des intérêts multiples, sur des individus aux dispositions plurielles (Darmon 1999). Les travaux sur les politiques publiques peuvent en effet avoir tendance à supposer un effet mécanique des normes sur les individus. Des travaux de sociologie, notamment de sociologie du droit, ont pu montrer l'hétérogénéité des capacités des individus à se saisir des institutions de l'État, selon leur milieu social, les classes populaires étant plus démunies que les autres (Deville 2023 ; Siblot 2006 ; Spire et Weidenfeld 2019). Ces résultats se confirment dans le domaine de la santé, où les classes moyennes et supérieures bénéficient plus que les autres des prises en charge, étant capables de faire fructifier des capitaux économiques et culturels dans l'institution médicale (Darmon 2021 ; Loretti 2021). Mais nous souhaitons aller plus loin que la question des usages des institutions par les individus et de leur rapport à la médecine, pour aborder les effets plus ou moins durables et incorporés d'une prise en charge. Cette socialisation est en grande partie explicite dans le cas de la médecine de l'obésité, qui s'emploie à inculquer durablement un certain nombre d'habitudes de vie aux patient·es[22]. Or, cette socialisation

[22] On peut alors parler d'une forme d'éducation et, à la manière de Becker, étendre cette notion au-delà du domaine scolaire : « Si […] on pense l'éducation et l'apprentissage comme un ensemble de processus sociaux génériques, il n'y a aucune raison de supposer que ces processus ne prennent place qu'à l'école. On pourrait essayer de

particulière a de fortes chances d'être différenciée selon les individus et leurs socialisations antérieures. C'est par exemple ce qu'on peut observer dans le cas des politiques anti-tabac, bien plus efficaces envers les classes moyennes et supérieures qu'envers les classes populaires, du fait de socialisations de classe et de conditions matérielles d'existence face auxquelles bute l'action publique (Peretti-Watel 2013). Quels sont les processus d'adhésion, mise en pratique, refus ou contournement des normes diffusés en médecine de l'obésité ? Dans quelle mesure le travail d'imposition normative produit par l'institution médicale rentre-t-il en conflit avec les socialisations des individus ?

Les processus de socialisation et d'incorporation seront donc au cœur de ce travail. De multiples travaux empruntent ce cadre théorique[23], et ont pour point commun de poser la question des façons dont le monde social marque plus ou moins profondément les individus, selon leur genre, leur classe sociale, leur âge ou encore leur appartenance raciale supposée. Nous nous inscrirons dans le cadre théorique dispositionnaliste de Lahire (2011, 2013), qui vise à mettre en lumière les produits d'une socialisation. Ces produits sont pensés comme un ensemble de dispositions incorporées, c'est-à-dire des inclinations à agir et penser socialement déterminées, construites dans certains contextes, activées ou inhibées par d'autres contextes, faisant des individus des êtres pluriels irréductibles à un unique style de vie ou habitus (Lahire 2011). Dans la mesure où la médecine de l'obésité remplit une fonction quasi-explicitement éducative à l'égard des patient·es[24], un cadre théorique forgé en partie pour comprendre le fonctionnement et les effets du système scolaire nous semble adéquat (Bourdieu et Passeron 1970 ; Lahire 1995, 2008).

S'imposant aux individus, les primes expériences fondent ce que l'on appelle la socialisation primaire et sont au principe de la façon dont les expériences suivantes sont perçues[25]. Passé incorporé, l'histoire sociale est faite corps et possède une certaine inertie au changement, ce que Bourdieu nomme l'hystérésis de l'habitus, tout en étant soumise à des changements continus, parvenant à modifier plus ou moins les dispositions qui composent l'habitus[26]. Passées ces primes expériences, on parle davantage de socialisation secondaire. Secondaire parce qu'elle arrive après la socialisation primaire, mais aussi parce que son intensité est moindre. Les changements de dispositions induits par les socialisations secondaires sont

redéfinir le domaine comme celui des activités des personnes qui apprennent des choses, quels que soient le moment et le lieu où cette activité se déroule, et quels que soient les caractéristiques de ceux qui s'y livrent » (2000, p. 162).

[23] Il serait bien trop rébarbatif d'en faire la liste. Parmi les plus récents, nous pouvons citer sur des thématiques très variées l'ouvrage théorique de Lignier (2023a), la thèse de Forestier (2025), le dossier coordonné par Blanc et Fouilland dans le numéro 147 de la revue Politix (2024), ou encore le travail sur les médecins libéraux de Garcia, Gelly, et Hamelin (2025).

[24] Nous aurons l'occasion d'y revenir en détail au cours de cette thèse, mais un des objectifs principaux de la médecine de l'obésité consiste à enseigner aux individus les « bonnes » façons de penser son corps et de l'utiliser.

[25] Opérant une sorte de filtre, l'habitus construit dans les primes expériences modèle l'ensemble des expériences suivantes (Bourdieu 1980).

[26] Les conditions matérielles d'existence génèrent ainsi les expériences individuelles qui fondent l'habitus, et ce tout au long de la vie. Ces conditions sont partagées par des groupes d'individus, créant à l'échelle macro des socialisations de classe mais aussi de genre. Les particularités individuelles révèlent toutefois que les dispositions ne sont pas nécessairement concordantes entre elle, formant un habitus unifié, mais davantage plurielles comme le met en avant Lahire (2011), c'est-à-dire spécifique à un domaine de la pratique, plus ou moins transférables vers d'autres domaines.

souvent marginaux et impliquent pour être compris de prendre en compte tout le passé incorporé des individus qui les amène davantage à persévérer dans leur être qu'à changer du tout au tout. Moins étudiées que les socialisations primaires, les socialisations secondaires n'en restent pas moins fondamentales à comprendre pour saisir ce que le monde social fait aux individus tout au long de la vie. Ces derniers doivent composer avec des structures sociales incorporées et des institutions qui s'imposent à eux[27], et ce travail quotidien n'est pas sans effet, en retour, sur eux. D'autant plus quand une de ces institutions, la médecine, vise à imposer certaines pratiques socialement situées à des individus déjà socialisés de manière plurielle.

Ce travail est donc avant tout une contribution à la sociologie de la socialisation médicale. Comment la médecine traite-t-elle la différence corporelle ? Comment fait-elle pour faire adopter des pratiques et des modes de vie jugés « sains » ? À quel point les individus se transforment-ils par une prise en charge ?

III. Traquer les socialisations corporelles secondaires

Pour mener à bien ce projet, plusieurs types de données ont été récoltés selon des méthodologies spécifiques. Nous faisons le choix de présenter ici succinctement ces méthodes et les terrains d'enquête qui y sont liés, afin de déployer dans le corps des chapitres suivants, lorsque c'est utile, les éléments nécessaires à la compréhension des données mobilisées.

A. Étudier des socialisations lentes dans un temps restreint

L'angle choisi pour cette thèse implique d'observer au plus près ce qu'il se passe dans une prise en charge de l'obésité, mais aussi de pouvoir observer les effets de cette prise en charge sur les individus. Deux conséquences découlent de cette approche. La première implique une immersion au plus près des parcours de soin, et donc une observation de tous les temps d'interaction médicale (consultations, ateliers, hospitalisations, etc.). La seconde conduit à envisager un suivi dans le temps des individus, pour pouvoir objectiver des processus de socialisation en cours. Or, ce dernier aspect est loin d'être évident à mener, dans la mesure où les transformations qui se produisent se font sur un temps long. Sans anticiper sur les résultats, nous pouvons déjà dire que les effets socialisateurs d'une prise en charge s'observent sur plusieurs mois et années. Un suivi longitudinal, qui serait la méthode idéale, aurait été irréalisable dans le temps d'une thèse de doctorat qui, dès le départ, n'avait pas vocation à dépasser outre mesure le temps du financement de trois ans.

Plusieurs méthodes ont donc été mobilisées pour estimer, malgré tout, les effets durables d'une prise en charge. Ce sont tout d'abord des entretiens rétrospectifs avec les individus, afin de reconstruire de potentiels changements de goûts, de représentations ou de pratiques qui ont pu advenir (Darmon 2019), et les lier aux séquences biographiques de leur existence, notamment

[27] Le terme institution est pensé ici dans un sens large, à l'instar de Mauss et Fauconnet (1901) : « un ensemble d'actes ou d'idées tout institué que les individus trouvent devant eux et qui s'impose plus ou moins à eux » (p. 168).

leur prise en charge. La limite des entretiens biographique est bien connue, en ce qu'ils produisent une « illusion rétrospective » (Goffman 1968, p. 198) où chaque évènement est interprété par l'individu comme la suite logique et nécessaire de ce qui précède, faisant oublier l'ensemble des contingences et déterminations potentiellement invisibles (Bourdieu 1986). C'est pourquoi nous avons aussi opté pour une démarche comparative raisonnée, en analysant les différences entre des individus au même stade d'une prise en charge, mais dont les propriétés sociales diffèrent, ou des individus aux caractéristiques semblables mais situés à des temps différents des parcours de soin. Si on ne compare pas directement les mêmes individus à différents temps de leur existence, ces deux approches permettent tout de même d'objectiver les effets croisés d'un suivi médical avec des propriétés sociales variées. Enfin, nous avons étudié la façon dont les individus peuvent mettre en œuvre les pratiques qu'ils sont incités à adopter pendant la prise en charge, en investiguant un dispositif d'activité physique dédiée à l'obésité. Cela permet, en se focalisant sur un usage du corps particulier, de saisir comment certains individus en viennent à modifier leurs pratiques corporelles en dehors des espaces proprement médicaux. En complément, nous mobilisons deux grandes enquêtes nationales permettant d'objectiver des dispositions par les pratiques de santé et d'AP déclarées et de les situer, celles des répondant·es et celles des enquêté·es, dans un espace social plus large que les terrains d'enquête.

À notre connaissance, le croisement de ces différents angles d'attaques n'a jamais été réalisé dans le cas de l'obésité[28]. Tout l'enjeu est alors de lier des pratiques observées dans un dispositif avec des effets dispositionnels reconstruits d'autre part.

B. Ethnographier la transmission de pratiques corporelles

Deux terrains d'enquête ont permis de constituer le cœur des matériaux analysés dans la thèse. Combinés, ils permettent d'observer la façon dont des professionnel·les de l'obésité tentent de faire adopter de nouvelles pratiques corporelles à leurs patient·es, et comment ces nouvelles pratiques peuvent être appropriées par les individus au-delà du suivi.

L'activité physique comme analyseur des styles de vie « sains »

La majeure partie du matériau récolté dans la thèse a été récoltée lors d'une ethnographie de dix mois, de septembre 2023 à juin 2024, dans un service hospitalier de nutrition d'une grande métropole française, spécialisé dans le traitement et la prise en charge de l'obésité. Ce service a la particularité d'être un CSO et possède une place d'avant-garde dans le domaine de la médecine de l'obésité[29]. Après plusieurs mois de procédures administratives visant à justifier,

[28] Les études sur l'obésité se concentrent soit sur une analyse quantitative, soit sur des entretiens et récits de vie rétrospectifs. Les observations d'interactions médicales y sont très rares, et aucune étude ne croise ces trois méthodes.

[29] Nous aurons l'occasion d'y revenir, mais le terrain constitue donc un « cas idéal » de la médecine de l'obésité, particulièrement ajusté aux « bonnes manières » de prendre en charge les patient·es.

vis-à-vis du CNRS et de l'hôpital, la conformité de l'enquête au RGPD[30], j'ai pu observer en immersion les multiples activités du service. J'ai observé de manière intensive, pendant un peu plus de six mois, les réunions de service (n=23), les consultations médicales (n=52) et diététiques (n=11), les visites en chambre des patient·es (n=5), les rendez-vous avec l'enseignant en Activités physiques adaptée (APA) (n=12) et les séances d'APA (n=15). Les observations ont porté principalement sur ce que les professionnel·les mettent en œuvre pour faire adopter de nouvelles pratiques aux patient·es, la façon dont ils et elles placent les patient·es dans différents parcours de soin, les jugements à leur égard et les réactions des patient·es. En complément, 10 entretiens avec les professionnel·les du service ont été réalisés, portant sur leurs activités, leur rapport au métier et aux patient·es. Les derniers mois de présence sur le terrain ont consisté à faire des entretiens de type semi-directifs avec 23 patient·es du service, sélectionné·es de manière à faire varier à la fois leurs propriétés sociales et leur position dans les différents parcours de soin (cf. Annexe n°1). Les entretiens, d'une durée variant de 45 minutes à plus de 2h30, ont permis d'aborder le rapport à la santé, au corps et à la prise en charge médicale des patient·es. En intégrant les patient·es vu·es lors des observations, nous disposons d'informations sur un peu plus de 200 individus.

Une seconde ethnographie fournit l'autre partie des matériaux qualitatifs. Cette dernière a été réalisée en deux phases, de novembre 2021 à mars 2022, puis de décembre 2022 à mars 2023, dans une association d'APA. Cette association est explicitement dédiée aux « personnes en surpoids et obèses », mais accueille toute personne qui souhaite pratiquer des APA, quelle que soit sa corpulence. Cette association a été créée en 2008 par d'ancien·nes patient·es du service nutrition, et continue d'entretenir des liens réguliers avec la structure hospitalière, qui y oriente certain·es patient·es. Là encore, deux étapes se sont succédé. Dans un premier temps, j'ai réalisé une observation participante à découvert des APA proposées (gymnastique, circuit-training, yoga, aquagym, n=51) avant, dans un second temps, de réaliser des entretiens avec 20 adhérent·es de la structure (cf. Annexe n°1). Les observations ont principalement porté sur les objectifs et finalités des activités ; les types de pratique et modalités de pratique proposées ; les difficultés ou l'aisance que pouvaient manifester les pratiquant·es. Les entretiens, eux, visaient à objectiver le rapport au corps et à la santé des pratiquant·es et les socialisations qui les ont produits.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement dans une première version grâce à l'outil Whisper accessible *via* la plateforme Huma-Num, puis complétés à la main. Sans exagérer un effet de réel peu utile à l'analyse, un effort a tout de même été fait pour restituer au plus proche

[30] Du fait de la nature « sensible » d'une partie des données récoltées (liées à la santé) et du caractère « vulnérable » des enquêté·es (patient·es d'un service), il a fallu, après enregistrement de la recherche au registre du CNRS, réaliser une Analyse d'Impact relative à la Protection des Données (AIPD) du projet de recherche, afin d'assurer au délégué à la protection des données du CNRS et au service recherche de l'hôpital enquêté la conformité de la gestion des données. Le respect du RGPD implique notamment un chiffrement des données, une sécurisation de leur stockage, un usage balisé de celles-ci et une information claire des participant·es à l'étude. L'enquête suit une méthodologie de référence MR004, et a bénéficié en complément d'un avis favorable du comité éthique interne au Centre Maurice Halbwachs. Toutes ces procédures ont permis d'établir une convention d'accueil dans le service entre l'hôpital et l'EHESS, m'autorisant à mener la recherche.

les expressions utilisées par les enquêté·es, révélant une part de leurs propriétés langagières, socialement situées (Lahire 1996).

Les notes d'observations ont été consignées sur le terrain dans un carnet manuscrit, soit en direct, soit dans les cas des séances d'APA immédiatement après. Ces notes ont ensuite été recopiées au format numérique, en conservant au mieux les expressions des enquêté·es. Lorsque nous mentionnons au cours de cette thèse des extraits en italique entre guillemets, cela signifie que les paroles prononcées ont été notées et restituées telles quelles.

Toutes les données de terrain ont été analysées de manière thématique grâce à un codage progressivement réalisé à l'aide de l'outil MAXQDA. Les prénoms des patient·es et adhérent·es de l'association ont été pseudonymisés, en tentant de reproduire au mieux les propriétés sociales contenues dans les prénoms d'origine (Coulmont 2014). Du fait de la nature sensible des données (relatives à la santé) et du public (patient·es d'un hôpital), certaines informations sur les enquêté·es ont été volontairement brouillées (pathologies par exemple), dans un sens qui ne nuit pas aux analyses, afin d'éviter toute identification. Les professionnel·les, plus facilement reconnaissables, sont désigné·es uniquement par leur profession suivie d'une lettre.

L'intérêt de croiser ces deux terrains consiste à suivre en détail la diffusion d'un style de vie sain, de la tentative des professionnel·les de santé de le transmettre, jusqu'à son application concrète par certains individus. Il nous semble en effet pertinent de ne pas s'arrêter aux seules interactions médicales pour voir comment des normes corporelles légitimées peuvent être appropriées ou non, en dehors des prises en charge *stricto sensu*. Dans ce cadre, l'AP est un analyseur privilégié de la dynamique normative, en ce qu'elle constitue un nouvel outil de santé publique particulièrement prisé dans le cadre de l'obésité, et révélateur de rapports au corps et à la santé socialement situés. Nous avons donc fait le choix d'observer l'engagement en acte des individus dans des AP sur le terrain hospitalier et en-dehors, afin de retracer les conditions sociales de l'adoption d'un style de vie « sain ».

Naviguer en terrain acquis à la cause des sciences sociales

Les négociations d'entrée sur le terrain se sont faites assez aisément, exception faite des procédures administratives et éthiques inhérentes à toute enquête en milieu hospitalier[31].

Dans l'association APA, mon premier contact a été avec une encadrante familière des sciences sociales, avec qui je partage un même cursus universitaire en STAPS[32] et très intéressée par la question de la stigmatisation. Au-delà des caractéristiques de cette enseignante APA, le fait que l'association accueille également des personnes qui ne sont pas obèses ou en surpoids est, selon moi, également un des éléments qui font que j'ai été si facilement accepté sur ce terrain : je ne suis pas le seul à ne pas partager cette condition corporelle, même si je suis le seul avec

[31] Une année a été nécessaire pour mener à bien toutes les démarches requises afin d'être autorisé à démarrer l'enquête dans le service hospitalier.

[32] J'ai en effet obtenu deux licences et un master STAPS, avant de réaliser un master recherche en sociologie et une thèse de doctorat.

l'enseignante à ne pas souffrir de pathologie. Si, dans cet espace, je ne passe pas inaperçu (parce que jeune, homme et de corpulence « normale »), je suis facilement invité par l'ensemble des adhérent·es et des encadrant·es à pratiquer les activités physiques.

Ensuite, sur le terrain hospitalier, je ne rencontre pas l'hostilité que d'autres enquêtes ont pu susciter (Darmon 2005). Ma présence génère un certain enthousiasme éphémère de la part de l'équipe, éphémère parce que je suis qu'une infime partie de leur temps très contraint. En bref, je ne gêne pas le travail des professionnel·les et ma présence est légitime. D'où vient cette légitimité ? Déjà, l'entrée sur le terrain s'est faite par le sommet de la hiérarchie médicale : le chef de service. Ce dernier a une position statutaire d'autorité sur le reste des professionnel·les du soin, et semble familier des questions de sciences sociales. Ensuite, dans le service étudié, la sociologie n'est pas cantonnée à une explication du contexte[33], puisque mon enquête est vue comme un outil pour comprendre l'organisation du service, son action sur les patient·s et leur vécu de la prise en charge. La possibilité de cette enquête nait ainsi de la rencontre entre des intérêts conjoints :

> Lors de ma première rencontre avec le chef de service, celui-ci insiste à de nombreuses reprises sur le fait qu'il est très intéressé par mon étude, puisqu'il y a un certain nombre de choses qu'il n'arrive pas à savoir en tant que médecin. Il évoque notamment « *le vécu* » des patients et la manière dont les parcours de soins s'intègrent dans leur vie. Il me précise qu'il n'est pas intéressé par tous les projets, mais que le mien rentre totalement en accord avec ce qui les intéresse ici dans le service.
>
> Rendez-vous avec le chef de service, entrée sur le terrain, novembre 2022.

On aurait pu penser qu'un intérêt pour l'étude risquerait de provoquer une « imposition de problématique » de la part du chef de service, orientant l'enquête selon ses propres questions. Or, j'ai bénéficié d'une grande maitrise dans le choix des directions à donner à la recherche. Ce point s'explique, selon moi, par le fait d'avoir mis en avant l'intérêt d'une observation ethnographique longue pour établir précisément les questions de recherche de manière inductive, ce dont le chef de service est familier. Je suis incité, selon ses termes, à « *venir voir* » comment le service fonctionne et comment chaque professionnel·le exerce son métier, dans une « *plongée anthropologique* » susceptible d'apporter un regard différent sur leurs pratiques et sur les patient·es. De manière plus générale, la sociologie est loin d'être discréditée dans cet espace 1) pluriprofessionnel, où les modes de vie des individus sont au cœur de la prise en charge, et 2) scientifiquement proche de l'épidémiologie, où des notions comme le gradient social de l'obésité et la stigmatisation sont connues et valorisées.

Mais d'autres aspects permettent de comprendre la facilité d'accès au terrain. Je suis par exemple légitimé par le sceau des institutions que je représente (ENS, EHESS), notamment du point de vue du chef de service[34]. C'est aussi mon parcours en STAPS qui est valorisé : je ne suis pas *qu'un* sociologue, je suis aussi vu comme quelqu'un de plus « terre à terre », « pragmatique », et familier des sciences médicales. Enfin, je connais personnellement un des doctorants du chef de service, ce qui a été d'une grande aide pour établir le premier contact.

[33] Comme cela a pu l'être dans le cas de l'anorexie étudiée par Darmon (2008a).
[34] Il me dit explicitement lors de notre première rencontre que faire partie de l'EHESS est un « *point positif* ».

Mais une autorisation d'accès à un terrain d'enquête n'est jamais totale. Le droit d'entrée n'est pas un droit absolu, et certaines négociations supplémentaires doivent forcément être réalisées. Dans le cas présent, ma présence est autorisée, mais je dois négocier de nouveau pour accompagner chaque professionnel·le et pour interroger chaque patient·e. Les refus ont été très limités, et seule une patiente n'a pas souhaité faire d'entretien pour mon enquête :

> Premier (et seul) refus à l'hôpital, 12ème patiente que je vois pour un entretien. La patiente est une femme d'environ 30 ans. Je lui demande si je la dérange et si elle préfère que je repasse. Elle me dit que non. Je me présente comme une personne qui fait une étude sur la prise en charge des patients dans le service nutrition. J'ajoute que participer à l'étude consiste à répondre à des questions dans un entretien, et que cela ne rentre pas dans le parcours de soin. Je la vois regarder vers le sol et se frotter les mains, ce qui me fait dire qu'elle est gênée. Je lui offre une « porte de sortie » en lui disant qu'elle a le droit de refuser, sans conséquence. Elle me dit qu'elle préfère ne pas participer. Je lui dis qu'il n'y a pas de problème et je lui demande si je peux lui demander la raison. Elle me dit qu'elle a déjà « *vu trop de monde aujourd'hui* », qu'elle est un peu bouleversée. Je me demande si elle a appris une mauvaise nouvelle médicale, et je préfère ne pas insister.
>
> Négociation des entretiens, avril 2024.

Le refus de cette patiente est révélateur de la place que peut avoir un entretien avec un enquêteur, lorsque les patient·es sont hospitalisé·es dans le service, bien souvent pour un bilan médical complet, sur une ou plusieurs journées. Les patient·es voient un nombre élevé de professionnel·les de santé, souvent pour évoquer des sujets personnels dans des consultations longues. Ma demande d'entretien s'ajoute ainsi à ces temps déjà intenses en émotion pour la plupart, et implique là encore de se raconter à un inconnu. Comment expliquer dans ce cas le faible nombre de refus ?

Au risque d'être perçu comme un professionnel de santé

Plusieurs éléments peuvent expliquer le fait que les patient·es acceptent volontiers de réaliser un entretien. Premièrement, même si leurs journées d'hospitalisation sont chargées en émotion, elles sont aussi entrecoupées de moments d'ennuis que ma présence vient égayer. Nombreuses ont été les remarques du type « *ça me fera passer le temps !* » à la suite de la présentation de la recherche et de l'entretien. Ma requête leur offre aussi l'occasion de porter un regard évaluatif, voire critique, sur la prise en charge sans risquer d'entacher la relation de soin avec les professionnel·les.

Ensuite, et ce malgré tous mes précautions et rappels du caractère facultatif de l'entretien, celui-ci peut être vu par les patient·es comme faisant partie de leur parcours et en quelque sorte obligatoire. Le fait que je porte une blouse blanche sur le terrain y est sans doute pour quelque chose. En effet, j'ai fait le choix de porter la tenue classique des professionnel·les de santé, afin notamment de circuler facilement dans des locaux partagés avec d'autres services médicaux. Ce choix a été effectué en concertation avec le chef de service :

> Le chef de service me demande si j'ai réfléchi aux conditions de mon entrée, notamment vis-à-vis de la blouse blanche. Selon lui, être en blouse facilite les choses « *avec une blouse blanche on peut aller partout, personne ne va jamais vous poser de questions* ». Je lui dis que, vis-à-vis des patients, je ne souhaite pas être pris pour un médecin. Il est d'accord, je ne dois pas être

> confondu avec le personnel médical, mais vis-à-vis de l'équipe c'est plus facile, pour assister aux réunions par exemple. La question n'est pas si simple à trancher, et concernant « *l'approche anthropologique* » que je souhaite mener, il me dit par analogie avec son service : « *Est-ce que si vous allez en Amazonie, vous gardez votre chapeau colonial ?* ».
>
> Entrée sur le terrain, rendez-vous avec le chef de service, mars 2023.

Endosser une blouse blanche reviendrait à porter un chapeau colonial ? Ou, au contraire, cela permettrait de se fondre dans le paysage ? Ces réflexions soulèvent un point assez crucial : celui de la relation de domination dans laquelle sont placé·es les patient·es du fait du pouvoir médical qui s'exerce sur elles et eux (Perrin 2025). Porter une blouse blanche reviendrait alors à se situer du côté des dominant·es dans cet espace local (comme le colon en Amazonie), et finalement ne jamais pouvoir accéder pleinement à l'expérience des dominé·es, d'autant plus du fait de ma corpulence (cf. Encadré n°1). Mais il faut relativiser ce point. Déjà, ce ne sont pas que les médecins qui portent une blouse, mais en réalité toutes les personnes qui travaillent dans les locaux, dont des chercheur·ses qui ne voient jamais de patient·es. La blouse, si elle est symboliquement attachée au soin, a davantage une fonction de distinction entre usager·ères et professionnel·les dans cet espace. Mon entrée sur le terrain *via* le chef de service me place bien davantage du côté des professionnel·les que du côté des usager·ères de l'hôpital. Ayant les risques de confusion en tête, j'ai quand même fait le choix de porter la blouse, afin de circuler facilement dans les différents espaces sans devoir justifier ma présence à longueur de temps vis-à-vis des professionnel·les des autres services.

Encadré n°1 : Doit-on soi-même être objet de l'étude pour être légitime à en parler ?

Une spécificité épistémologique des *Fat Studies* que nous avons présentées plus haut réside dans l'importance forte donnée aux connaissances acquises en 1ère personne. Dans la lignée des études féministes qui revendiquent une épistémologie du point de vue (*standpoint*)[a], les chercheur·ses en *Fat Studies* revendiquent que « *a fat epistemology recognizes that fat people know the most about being fat people* » et que « *non-fat people engaging in Fat Studies scholarship are a threat to Fat Studies* » (Pausé et Taylor 2021, p. 11). Le débat sur cette question n'est pas récent, et le sociologue des sciences Merton critiquait déjà ce type de prise de position en 1972 en la qualifiant d'*extreme insiderism*, à savoir la croyance que seuls les membres d'un groupe devraient étudier ce groupe.

Dans le cas de cette thèse, la proximité du chercheur avec le monde des activités physiques n'efface pas une différence bien plus marquée en ce qui concerne les corpulences. Si une distance avec les enquêté·es permet de faire des « observations surprenantes » (Lazarsfeld 1970, p. 320-321), les poussant à expliciter ce qui peut leur paraitre évident, reste qu'il est impossible pour l'enquêteur d'expérimenter en première personne le stigmate de la grosseur, ou une prise en charge médicale de l'obésité. Est-ce un obstacle pour l'enquête telle qu'elle a été conçue ?

Tout d'abord, l'objet de recherche est davantage un processus, la socialisation, que des individus précis. En ce sens, les enquêté·es sont tout autant des personnes grosses et des patient·es obèses que des professionnel·les du soin et des enseignants en APA, de corpulence

« normale » ou mince pour la plupart. L'hôpital ou l'association APA n'étant pas des espaces clos réservés uniquement aux personnes grosses, je n'apparais que comme une personne de corpulence normale de plus. Ensuite, la focale est mise sur les façons socialement différenciées d'être obèse. Ainsi, si j'étais obèse, je ne pourrais l'être que d'une seule manière socialement située, ce qui m'empêcherait de toute façon de comprendre par corps les autres positions sociales. Être gros ou patient d'un service médical de l'obésité n'aurait ici pour avantage que d'ajouter un individu au corpus de données.

On peut toutefois se demander s'il y a des choses que les enquêté·es disent moins facilement à un enquêteur de corpulence normale. Tout ce qui relève de l'intime et des relations amoureuses peut être assez délicat à exposer, qui plus est lorsque l'enquêtée est une femme face à un homme. Les enquêté·es peuvent ne pas vouloir exposer une vulnérabilité, et ne pas avouer trop frontalement des difficultés relationnelles amoureuses et sexuelles. Je ne partage pas une connivence de « femme grosse » ou « d'homme gros » suivant les cas, qui autoriserait dans l'interaction une complicité implicite et l'exclusivité de l'aveu de certaines choses vues comme intimes ou sensibles. Pour ces raisons, l'enquête laisse de côté la question des relations amoureuses ou intimes, qui a pu être abordée dans d'autres travaux, notamment États-Uniens (Gailey 2012).

[a] On peut citer par exemple les travaux de Haraway (1988) sur la connaissance située, et de Harding (1986) sur l'importance politique d'intégrer le point de vue des personnes généralement exclues de la production de connaissance. Ces recherches s'inscrivent dans un mouvement général de prise en compte de la position du chercheur·ses pour intégrer ce que cette position fait à la production de connaissance, nécessairement située.

C'est initialement pour ces raisons pratiques que j'ai pris le risque d'être de prime abord confondu avec un soignant·es dans les interactions. Mais, au fil de l'enquête, je me suis rendu compte que cette tenue permettait d'être associé symboliquement aux soignant·es qui revendiquent dans le service enquêté un *ethos* professionnel non-stigmatisant vis-à-vis des patient·es (nous aurons l'occasion d'y revenir). Porter la blouse a finalement permis d'être perçu, à l'instar de l'équipe soignante, comme un professionnel qui n'est pas là pour juger les patient·es mais pour faire son travail ; la blouse incarnant en quelque sorte l'injonction professionnelle à la bienveillance.

Mais le port de la blouse ne va pas sans difficulté, puisqu'il implique nécessairement un travail de présentation de soi et de l'enquête à chaque interaction, pour « désamorcer » l'image de professionnel du soin, et préciser que le contenu de l'entretien ne sera pas transmis à l'équipe soignante. Ces précautions sont plus difficiles à tenir dans le cas des observations, notamment de consultations. Si les professionnel·les me laissent me présenter, j'annonce l'objectif de la recherche et laisse la possibilité aux patient·es de refuser ma présence comme observateur. Dans d'autres cas, ce sont les professionnel·les qui m'annoncent, parfois très rapidement, mais là encore en demandant si ma présence est un problème. Si les enquêté·es donnent a priori leur consentement à l'enquête, on peut se demander à quel point celui-ci peut être forcé. Peut-on décemment refuser la présence d'un tiers lors d'une consultation, qui plus est en blouse

blanche, au risque de laisser penser qu'on est peu coopératif ? La réponse semble être plutôt non, et j'en veux pour preuve l'absence de refus explicite de ma présence lors des consultations.

Le choix de la blouse blanche n'est pas non plus sans conséquence dans les entretiens. Malgré mes précautions, je peux avoir, à certains moments, le statut de vérificateur de la bonne application des normes de santé. Ma présence et l'entretien ont pour effet d'exacerber le fait que les enquêté·es mentionnent à quel point ils respectent les normes, à quel point ils sont de « bons élèves ». Ce n'est pas nécessairement un « biais », mais au contraire une richesse, dans la mesure où cela révèle le type de normes valorisées et ce qui compte pour chaque enquêté·es, parfois en décalage avec ce qui compte pour les professionnel·les. En plus de cela, une manière de dépasser une présentation de soi avantageuse de la part des enquêté·es consiste à les interroger de manière précise sur leurs pratiques effectives, et non pas seulement sur ce qu'ils et elles pensent devoir faire.

Parfois, les patient·es (ou les adhérent·es de l'association, ce qui montre que ce n'est pas qu'un effet « blouse blanche ») me demandent des conseils sur leurs pratiques alimentaires et d'AP, ou leur prise en charge :

> « *Vous pensez que c'est une bonne idée* [la chirurgie bariatrique] *?*
>
> *Moi ? je ne vous donne aucun conseil.*
>
> *Ah, vous ne parlez pas du tout ?*
>
> *Non. Ben non, je ne veux pas... Non, je ne suis pas médecin. Ce serait vraiment déplacé.* »
>
> Geneviève, 56 ans, Master, directrice de maison d'édition [Service nutrition].

Systématiquement, lorsque cette situation s'est présentée, j'ai botté en touche, comme dans l'extrait ci-dessus. Vu l'effort que je mets à présenter mon statut et faire comprendre que je ne suis pas un professionnel de santé, je suppose que les conseils qu'on me demande sont le résultat de ma position d'enquêteur. Puisque je fais une étude sur le service et les patient·es, je devrais logiquement avoir mon mot à dire. En taisant mon avis, pour éviter d'être normatif et prescriptif, on pourrait ainsi penser que je ne donne pas de contre-don aux enquêté·es qui me font grâce de leur temps. Mais je ne suis pas lié qu'aux patient·es dans la relation d'enquête, je le suis aussi vis-à-vis des professionnel·les du soin, avec qui existe un contrat implicite selon lequel je n'empiète pas sur leurs plates-bandes. Je ne suis pas autorisé à parler aux patient·es pour réaliser leur métier à leur place, métier pour lequel je ne suis pas compétent, mais pour sonder en tant que sociologue ce qui se joue dans la prise en charge.

L'ethnographie de la mise aux normes sanitaires des personnes obèses réalisée dans cette thèse porte ainsi la marque des contraintes liées aux terrains et des choix effectués. La construction des terrains a pour effet de porter le regard sur les interactions médicales, les parcours de soin et l'engagement dans l'activité physique de personnes qui « jouent le jeu » de la prise en charge de l'obésité, en venant au moins une fois dans l'un ou l'autre des deux terrains. Pour le dire autrement, l'enquête ne permet pas de voir concrètement les résistances (qu'on peut supposer les plus efficaces) à la transmission d'un style de vie « sain » par la médecine de l'obésité, de

la part d'individus qui échappent aux institutions médicales ou aux dispositifs d'APA. Le recours à deux enquêtes quantitatives permet en partie de pallier cette difficulté.

C. Des méthodes mixtes en appui de l'étude dispositionnelle

En complément de l'enquête de terrain, deux enquêtes quantitatives nationales produites par la statistique publique ont été exploitées, l'une sur les pratiques de santé, l'autre sur les pratiques d'AP des Français. Nous les présentons ici rapidement, mais elles feront l'objet de développements plus détaillés lorsque nous les mobiliserons. Mais avant cela, quel est l'intérêt de ces études quantitatives ?

Les approches quantitatives permettent notamment d'approcher des individus qui échappent à l'enquête de terrain, comme ceux qui n'investissent pas l'institution médicale et/ou n'adoptent pas les pratiques corporelles valorisées par les soignant·es. Elles permettent aussi d'objectiver des dispositions corporelles, notamment parce que les deux enquêtes que nous avons sélectionnées se basent sur des pratiques et modalités de pratiques relatives aux usages du corps, et que l'on peut situer dans l'espace social. L'avantage d'une vision d'ensemble réside dans le fait que l'on peut repérer des effets de socialisation indépendamment d'un terrain d'enquête situé, et donc local. Mais ce qu'on gagne en potentiel de généralisation et d'abstraction statistique, on le perd en compréhension des mécanismes qui 1) favorisent la genèse et le renforcement d'une ou plusieurs dispositions et 2) sous-tendent la mise en pratique effective (le passage de la disposition à l'action), qui ne se fait que dans des contextes précis. C'est pourquoi nous nous efforcerons de croiser le plus possible les matériaux qualitatifs et les matériaux quantitatifs.

La première enquête que nous avons exploitée est l'édition 2020 de l'Enquête Nationale sur les Pratiques Physiques et Sportives des Français·es (ENPPS), qui pour la première fois interroge la taille et le poids des individus. Réalisée par l'Institut Nationale de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP) selon les standards de qualité de la statistique publique, l'enquête ENPPS possède un caractère obligatoire et permet de rassembler 12 034 répondant·es sur l'ensemble du territoire français. Cette enquête permet d'accéder de manière précise aux pratiques et modalités de pratique d'AP des Français·es sur 12 mois. Pour plus de détails, voir Lefèvre et Raffin (2023) et l'annexe n°2.

La seconde enquête que nous avons exploitée est l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de 2014, menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). C'est une enquête représentative en population générale, portant sur les pratiques de santé, avec notamment un module de questions concernant les parcours de soin. Les ménages sont recrutés sur la base des fichiers de l'Assurance maladie, et sont interrogés soit au téléphone, soit en face-à-face. L'enquête prévoit deux contacts (séparés d'une semaine), auxquels s'ajoute un questionnaire auto-administré (Celant, Guillaume, et Rochereau 2017). Au total, elle délivre des informations sur 26 514 individus. Les pratiques de santé et les données d'IMC ne concernent toutefois que les individus de plus de 15 ans ayant répondu, à la suite du premier contact, au questionnaire auto-administré, soit 15 729 personnes.

Tous les traitements statistiques présentés dans cette thèse (tris croisés, régressions et analyses géométriques) ont été réalisés avec le logiciel R, et pondérés grâce à la variable de pondération fournie par chacune des deux enquêtes.

Pour compléter notre méthodologie, nous avons exploité la littérature grise portant sur les politiques de santé publique relatives à l'obésité depuis le début des années 2000, et les publications médicales, guides de bonnes pratiques et recommandations de prise en charge les plus récentes en France. Ces deux corpus ont pour double fonction d'objectiver les changements récents dans la prise en charge de l'obésité et de situer le terrain d'enquête par rapport à ce qu'est censée être la prise en charge.

Les données quantitatives et la littérature grise nous permettront de situer le terrain et les enquêté·es dans un espace national plus large, afin de contrôler la potentielle généralisation des résultats de l'enquête.

IV. Plan de la thèse

Grâce aux multiples matériaux de recherche récoltés, nous tenterons donc de comprendre les conditions sociales qui permettent à certains individus d'adopter, ou non, les normes corporelles valorisées en médecine de l'obésité. La démonstration sera organisée en trois parties[35].

La **première partie** aborde les contenus de la prise en charge, pour tenter de les situer socialement. Par une analyse des producteurs de normes relatives à la prise en charge, le **chapitre 1** aborde les changements récents dans la médecine de l'obésité en France. Un certain nombre d'acteurs définissent en effet les objectifs et les méthodes à suivre pour prendre en charge les patient·es. En analysant également les critiques que l'État produit sur sa propre action (rapport sénatorial par exemple), nous verrons apparaitre les quelques controverses qui structurent les différentes modalités d'action sur les patient·es. Quels traitements et options thérapeutiques se sont imposés dans une période récente ? Existe-t-il un consensus sur les moyens et objectifs de la prise en charge ?

Le **chapitre 2** prend la suite directe du précédent pour porter un regard sociologique sur la nature même des contenus de la prise en charge. Le style de vie « sain » promu en médecine de l'obésité et vers lequel les patient·es doivent tendre est loin d'être socialement neutre. Grâce aux résultats du chapitre 1 et aux données de terrain, nous verrons que certaines pratiques d'alimentation, d'AP, et un *ethos* relationnel particulier constituent un modèle auquel les individus pris en charge sont incités à se conformer. La médicalisation de ce style de vie fait alors passer pour neutres des pratiques en réalité situées socialement. Quelles sont les pratiques que les professionnel·les du soin tentent de faire adopter aux patient·es ? Par qui ces pratiques

[35] Pour rappel, plus les questions que nous posons s'éloignent *stricto sensu* des prises en charge médicales, plus nous privilégions le terme de grosseur à celui d'obésité, afin d'insister sur les autres aspects de la corpulence que la pathologie (caractéristique corporelle, stigmate).

sont-elles investies selon la position dans l'espace social ? En quoi les contenus mêmes de la prise en charge sont-ils socialement situés ?

La **seconde partie** rentre dans le vif de la relation de soin pour essayer d'estimer ce que la prise en charge fait aux patient·es. Énoncer une norme, comme nous l'avons fait en partie I, ne préjuge rien de sa mise en pratique et des résistances qui peuvent apparaitre. Le **chapitre 3** vise d'abord à dresser le portrait de la patientèle en médecine de l'obésité, sa potentielle hétérogénéité, et les dispositions préalables des patient·es. Grâce au croisement de données de l'enquête ESPS et des données du terrain hospitalier, nous chercherons à comprendre les conditions sociales et dispositionnelles qui permettent effectivement de devenir patient·e d'un service spécialisé. Suffit-il d'avoir un IMC supérieur à 30 pour être pris en charge ? Tout le monde a-t-il les mêmes chances d'accéder à un service spécialisé ? Selon quelles conditions ? Tous les modes d'entrée dans une prise en charge sont-ils équivalents ?

Partant de là, le **chapitre 4** se penche sur ce que font concrètement les professionnel·les de santé à l'égard des patient·es, nous permettant de voir en pratique l'action de l'institution médicale. En plus des premiers filtres évoqués au chapitre 3, des inégalités de parcours de soin se créent pendant les prises en charge. Les manières d'entrer dans le service sont plus ou moins valorisées ou discréditées, et ce que manifeste le patient (ce qu'il dit et ce qu'il fait) est un élément évalué pour orienter les parcours de soin. Quel type de patient faut-il être aux yeux des professionnel·les pour se voir attribuer des ressources médicales ? Sur quels critères les professionnel·les se basent-ils pour catégoriser et (dé)valoriser les patient·es ? Les appartenances de classe et de genre de ces dernier·ères jouent-elles un rôle sur les pratiques médicales ?

Cette première approche des inégalités sociales de santé est approfondie au **chapitre 5**, en portant cette fois-ci le regard sur les patient·es. La position sociale des individus, et leurs socialisations passées et incorporées, jouent aussi sur les façons différenciées de « tirer quelque chose » de la prise en charge. Les patient·es sont plus ou moins disposés à penser leur corps, leur poids ou leur santé de la bonne manière, et à faire ce qui est requis. Si cela leur donne plus moins de valeur aux yeux des soignant·es, les dispositions passées leur permettent aussi de profiter plus ou moins de la prise en charge. Certain·es paraissent aligné·es avec les exigences de la prise en charge, quand d'autres résistent au projet de transformation, plus ou moins volontairement. Quelles dispositions sociales permettent effectivement de se transformer dans le sens recherché par les professionnel·les ? Et, au contraire, quelles sont celles qui provoquent des résistances ? Peut-on situer ces dispositions dans l'espace social ?

Pour finir, la **troisième partie** s'écarte des prises en charge pour voir comment le style de vie sain qui est promu en médecine de l'obésité peut se diffuser et être approprié par certains individus. L'AP servira d'étude de cas de cette diffusion normative. Au **chapitre 6**, nous abordons le fait que l'AP peut être considérée à la fois comme un bien de santé, un usage du corps et une pratique culturelle, afin de comprendre grâce aux outils de la sociologie de la culture et du handicap comment certains individus peuvent se l'approprier, et d'autres non. Le croisement entre l'enquête ENPPS et les données de terrain permettent d'aborder les logiques multiples de l'engagement (ou du non-engagement) des personnes obèses dans des pratiques

d'AP. Dans ses formes actuelles, l'AP est-elle un bien culturel adapté aux personnes les plus corpulentes ? Parmi les personnes obèses, qui a le plus de chance de pratiquer des activités physiques, et notamment les activités spécifiques promues en médecine de l'obésité ? Qui s'approprie l'AP comme un bien de santé ?

Pour dépasser une cartographie des pratiquant·es quelque peu figée, le **chapitre 7** poursuit l'enquête en abordant les processus par lesquels les individus peuvent devenir des pratiquant·es d'AP, grâce notamment aux données d'observation de pratique et aux entretiens. En mobilisant le concept de carrière, nous présentons les différentes conditions contextuelles et dispositionnelles qui permettent de démarrer une pratique, et de poursuivre l'engagement à moyen et long terme. En retour, nous cherchons à voir en quoi la pratique elle-même peut produire des effets socialisateurs, notamment sur le rapport au corps et à la santé des individus. Comment certaines personnes grosses deviennent-elles des pratiquant·es d'AP ? Quelles logiques sous-tendent l'engagement à court, moyen et long terme ? Quelles conditions sociales permettent d'adopter les pratiques les plus valorisées sur le terrain hospitalier ? Qu'est-ce que la pratique fait en retour aux individus ?

Pour finir, le **chapitre 8** se focalise sur les individus qui mettent en pratique le style de vie « sain » sur le plan de l'AP, afin de comprendre les profits qu'ils peuvent en retirer. L'observation ethnographique dans l'association APA nous permet d'analyser ce qui se joue dans la pratique d'AP au niveau interactionnel, et notamment en rapport avec la gestion du stigmate. Nous interrogerons les dispositions sociales qui permettent à certains individus de mettre à distance par corps le stigmate de la grosseur. Si les stéréotypes qui y sont associés concernent souvent la fainéantise et le laisser-aller, dans quelle mesure la mise en pratique d'une norme d'AP « saine » peut-elle moduler l'importance du stigmate ? La pratique d'AP offre-t-elle des profits interactionnels ? Rejoue-t-elle une distinction sociale passant par le corps ?

Ce cheminement nous permettra d'approcher conjointement les inégalités sociales (re)produites dans une prise en charge médicale et dans la mise en œuvre de pratiques corporelles jugées saines. Au plus près de l'expérience vécue des personnes obèses, nous verrons que l'adoption d'un style de vie sain ne peut être réduite à une question individuelle de motivation, mais implique un ensemble complexe de conditions sociales.

Partie I. La médicalisation du style de vie

Introduction

Nous allons dans cette première partie tenter de cadrer le contenu de la médecine de l'obésité. Ce qu'il convient de proposer aux patient·es est loin de faire l'unanimité, mais semble plutôt l'objet d'une lutte de positionnement d'une multitude d'acteurs (professionnel·les de la médecine, acteurs politiques et institutionnels, industries pharmaceutiques), surtout si l'on prend une perspective historique. C'est l'objet du **premier chapitre** de cette thèse, qui aborde la question des différentes options thérapeutiques utilisées, actuellement ou par le passé. En effet, comment comprendre la manière dont les individus pris en charge se transforment au contact d'une institution médicale sans se pencher sur le contenu de ce qu'on leur propose ? Si l'utilisation médicale des activités physiques (AP) peut nous paraitre évidente de prime abord dans le cadre d'une pathologie comme l'obésité, cela n'a pas toujours été le cas. Nous reviendrons ainsi sur les conditions socio-historiques qui ont produit un cadrage spécifique de l'action médicale rendant légitime l'utilisation des AP, au point de leur donner, selon certains acteurs, le statut de médicaments. D'échecs en controverses, et sous pression médiatique et politique, la médecine de l'obésité s'est progressivement dotée de nouveaux outils thérapeutiques consensuels, dont les Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV) sont le fer de lance.

Si la focale sur les habitudes de vie des patient·es s'est progressivement imposée, toutes les formes d'alimentation et d'AP ne se valent pas dans les espaces médicaux. Bien au contraire, ce sont certains usages du corps qui sont valorisés, appuyés par des études épidémiologiques qui établissent des liens statistiques entre certaines pratiques et l'évitement de pathologies associées à l'obésité. Déplaçant le regard vers les pratiques promues, nous chercherons à estimer la direction sociale vers laquelle la prise en charge de l'obésité tente d'amener implicitement les patient·es. Les pratiques d'alimentation et d'AP prônées correspondent-elles à une partie spécifique de l'espace social ? Sont-elles assez concordantes pour parler d'un unique modèle, situé sur le plan de la classe et du genre ? Comment les professionnel·les justifient la prépondérance de certains usages du corps par rapport à d'autres ? Le **deuxième chapitre** tentera de répondre à ces questions, et d'apporter un premier éclairage sociologique sur ce qui est théoriquement exigé des patient·es. Qu'est-ce qu'englobe exactement le modèle de comportement de référence jugé le plus « sain », et donc l'objectif vers lequel doivent tendre les patient·es ?

Chapitre 1. L'activité physique comme nouvel outil thérapeutique

Si l'activité physique (AP) peut nous paraitre un élément essentiel de la « lutte contre » l'obésité et de sa prise en charge médicale, ce n'est que très récemment qu'elle a été constituée comme outil de santé publique. Ce chapitre entend revenir sur cette construction récente d'une solution à ce qui est défini comme un problème de santé publique : l'accroissement au cours du temps du nombre de personnes rentrant dans la définition du surpoids et de l'obésité. Comment l'AP est-elle devenue, depuis les années 2000, un rouage essentiel des politiques de santé publique ? Comment s'imbrique-t-elle avec les politiques publiques relatives à l'alimentation ?

Répondre à ces questions nous amène nécessairement à envisager 1) les objectifs de la prise en charge de l'obésité et 2) les rôles donnés à l'alimentation et l'AP dans la prise en charge. Un premier constat peut être posé : la médecine de l'obésité, dont l'histoire est ponctuée de solutions thérapeutiques peu probantes, abandonne progressivement l'objectif de faire perdre du poids aux patient·es pris en charge, à rebours d'incitations politiques et sociales à l'amincissement général. L'énigme que tente de dénouer ce chapitre apparait alors : comment en est-on venu à traiter médicalement l'obésité tout en abandonnant l'objectif de perte de poids ? En quoi consiste alors la prise en charge ?

C'est dans ce contexte paradoxal que l'AP est devenue récemment un bien de santé à part entière, couplée à une modification des recommandations alimentaires qui exclut les régimes drastiques. Si la médecine de l'obésité s'est dotée de nouveaux objectifs, elle a également adopté de nouveaux modes d'action, centrés sur les Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV).

Mais derrière les prises en charge et les orientations données à la médecine, il y a des institutions, l'État en premier lieu, qui instillent des directions à donner à l'action publique. Ainsi, étudier les modes d'actions et objectifs de la médecine de l'obésité implique de prendre en compte les orientations générales (plans, programmes) produites par l'État en ce qui concerne la santé. Nous tenterons de croiser la mise sur agenda et la thématisation de l'obésité et de l'AP dans l'action publique avec les mises en œuvre à l'échelle de l'institution médicale.

Pour y parvenir, ce chapitre mobilise conjointement deux corpus de données. Le premier concerne les rapports ministériels, plans et programmes nationaux relatifs tant à l'obésité qu'à l'AP et l'alimentation depuis les années 2000. Sans prétendre à l'exhaustivité ni à l'analyse systématique approfondie, nous avons tenté de relever dans ces documents les différentes thématisations de ces trois objets, l'évolution de leurs définitions et les rhétoriques qui les lient comme des éléments progressivement indissociables. On le verra, ces trois thématiques se construisent ensemble sous la forme [problème => solutions]. Le second corpus comprend les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) les plus récentes au sujet de l'obésité, les publications médicales relatives aux « bonnes pratiques » de prise en charge et des extraits d'entretien et d'observation du service nutrition enquêté (cf. Encadré n°1). Ces trois ensembles

permettent chacun à leur manière de saisir la forme des prises en charge médicales de l'obésité et les choix qui ont été faits en termes d'objectifs et de méthodes. Combinés, les deux corpus de données permettent de voir les arguments rhétoriques utilisés dans la fabrique institutionnelle de l'AP et de l'alimentation, d'abord comme outil de santé publique général, puis comme mode de traitement de l'obésité dans les dispositifs de prise en charge.

Encadré n°1 : Un service nutrition d'avant-garde.

Prendre en compte le point de vue des professionnel·les du service enquêté dans ce chapitre n'est pas arbitraire, dans la mesure où une part importante contribue à la rédaction des recommandations de la HAS, et de certains plans ou programmes d'action publique. Poser ce constat permet de donner de l'importance à leurs prises de position, en les assimilant à la manière légitime actuelle de traiter l'obésité. Dans le même temps, cela nous donne aussi des indices sur la position spécifique que possède le service enquêté, à savoir une position légitime dans le sous-champ de la médecine de l'obésité. Nous resterons volontairement imprécis sur les recommandations, plans ou programmes auxquels ont contribué les professionnel·les enquêté·es, afin de respecter leur anonymat.

Loin d'être de pures émanations de l'État (forme aux contours flous), les plans, programmes, recommandations de bonnes pratiques sont commandés et rédigés par des individus ayant des intérêts définis et des prises de position spécifiques dans un espace social plus large. Si l'objectif de cette thèse n'est pas de décortiquer le détail des luttes d'acteur qui conduisent à la mise en œuvre de politiques publiques de santé[36], nous tenterons malgré tout de situer les acteurs clefs, pour mieux comprendre les prises de position incarnées dans les instruments d'action publique.

Ce premier chapitre permet, dans l'architecture générale de la thèse, de comprendre la place de plus en plus importante de l'AP dans la prise en charge, en lien avec de nouveaux objectifs d'une médecine de l'obésité qui cherche moins à faire maigrir qu'à agir sur d'autres paramètres de santé moins visibles. On comprendra mieux, pour la suite, l'importance de se pencher sur les contenus précis des MTMV prônés.

[36] D'autres s'en sont chargés, voir par exemple la thèse récente de Perrier (2022).

I. D'innovations en échecs, une médecine en quête de solutions thérapeutiques

A. Retour sur la pathologisation de l'obésité

L'histoire de la pathologisation de l'obésité croise celle de sa médicalisation[37] et des techniques thérapeutiques visant la perte de poids. L'obésité est progressivement considérée comme une maladie à partir du moment où les compagnies d'assurance états-uniennes établissent des liens statistiques entre corpulence, espérance de vie et dépenses liées à la santé au cours du XXème siècle (Fischler 1990). Le diabète de type 2 et les pathologies cardiovasculaires deviennent associés aux fortes corpulences, définies progressivement comme un excès de masse grasse pathologique : l'obésité. En parallèle se développe un ensemble de connaissances médicales relatives aux causes de l'obésité et aux processus physiologiques qu'implique une accumulation de graisse dans le corps. Dès la première moitié du XXème siècle, le caractère multifactoriel de l'obésité est repéré par les médecins et psychologues (Poulain 2009b). De multiples propositions thérapeutiques émergent alors en lien avec les différentes disciplines qui se sentent concernées par l'obésité : chirurgie, psychiatrie, psychologie, psychanalyse ou encore pharmacologie.

Comme le rappelle Poulain (2009a), la variété des traitements envisagés au cours du temps permet à l'obésité de devenir une question pleinement médicale, sans pour autant être nécessairement une question de santé publique. L'appréhension de l'obésité comme enjeu de politique de santé publique s'est davantage constituée par l'institutionnalisation de la médecine de l'obésité, via des revues ou des sociétés savantes[38], en articulation avec un changement de statut épidémiologique des fortes corpulences. Si la médecine de l'obésité se structure au cours du XXème siècle autour de l'idée que l'obésité est une maladie, c'est seulement en 1990 qu'elle est pleinement reconnue comme telle dans l'*International Classifications of Diseases*. En 1995, l'OMS ancre la définition de l'obésité comme une maladie en reconnaissant une manière mesurable de la détecter, l'Indice de Masse Corporelle[39] (IMC, cf. Encadré n°2). L'utilisation de l'IMC comme outil de définition de l'obésité s'accroit fortement à la suite de cette reconnaissance internationale par l'OMS, notamment dans les publications scientifiques. Un article publié par la revue *Nature* est souvent considéré comme représentatif de cette bascule métrologique, indiquant que « l'obésité est définie par un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 » (Kopelman 2000, p. 635)[40]. En parallèle, l'OMS érige l'obésité au rang d'« épidémie globale » en 1997, ce qui constitue un moment clé de la transformation de son statut épistémologique et épidémiologique. Le cadrage médical de la grosseur s'impose (Carof

[37] La médicalisation est un processus défini comme le changement de point de vue « qui confère une nature médicale à des représentations et à des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas spécialement appréhendées en ces termes » (Fassin 1998, p. 5).

[38] Tels que l'*Association for the Studies of Obesity*, créée en 1966, ou l'*International Journal of Obesity*, créé en 1977.

[39] IMC = poids [en kg] / (taille [en m]^2).

[40] On peut noter une nouvelle bascule très récente vers une définition de l'obésité en termes d'altération de certaines fonctions corporelles en lien avec un excès de masse grasse, sans toutefois se détacher complètement de l'utilisation de l'IMC qui continue d'intervenir dans le tableau clinique en complément d'autres indicateurs (Rubino et al. 2025).

2025), et l'obésité devient en cette fin de XXème siècle un « problème » de santé publique mondial.

Encadré n°2 : Le paradoxe de l'IMC.

La mise en avant de l'IMC dans le rapport de l'OMS de 1995 constitue une bascule entre une définition qualitative de l'obésité, l'excès de masse grasse, et une définition quantitative, un IMC au-delà de 30. Des mises en garde accompagnent ce glissement sémantique, que ce soit dans les publications officielles de l'OMS ou de l'INPES/HAS, ou les publications médicales : l'IMC serait un outil avant tout utilisable pour estimer la prévalence de l'obésité à l'échelle des populations, du fait de la corrélation partielle entre IMC et taux de masse grasse. Puisqu'il ne rend pas compte de la composition corporelle (et sa répartition en masses osseuse, musculaire, grasse, liquide), l'IMC n'est pas destiné à des utilisations individuelles, encore moins dans un cadre non médical. Pour autant, cette « norme médicale » a toutes les chances de devenir une « norme sociale » dans la mesure où les politiques publiques qui se saisissent de la question de l'obésité présentent fréquemment au grand public l'IMC comme un outil de mesure des corpulences utilisable par tout un chacun (de Saint Pol 2010a). Les publications médicales (et, nous le verrons, la pratique également) contribuent elles aussi à brouiller la frontière entre outil d'analyse populationnel et outil individuel : « *Il apparait donc clairement que l'IMC ne reflète que de façon très incomplète la variabilité des phénotypes d'obésité entre individus et entre populations. Cependant, du fait de sa simplicité, du fait que les mesures de composition corporelle ne sont toujours pas d'usage clinique courant et du fait de sa large diffusion, l'IMC reste malgré tout actuellement l'indicateur clé pour la surveillance épidémiologique, la pratique clinique et le public* » (Oppert, p. 4, dans Lecerf et al. 2021).

Bien que reconnu comme un outil très imparfait, ce que rappelle un article très récent du Lancet (Rubino et al. 2025), l'utilisation de l'IMC est recommandée même pour « *le public* », c'est-à-dire les individus profanes, concernés ou non par l'obésité. Un paradoxe apparait, entre la reconnaissance de l'IMC comme un outil principalement pertinent pour *l'observation* générale de la prévalence de l'obésité et son utilisation – parfois par les mêmes acteurs – comme un outil *clinique*. Les recommandations liées aux parcours de soin de l'obésité publiées par la HAS (2023) incarnent ce paradoxe. L'IMC y est présenté comme un mauvais indicateur individuel tout en étant préconisé comme outil de dépistage dans la consultation médicale, sans toutefois être le seul. La simplicité d'usage semble l'emporter sur la pertinence scientifique.

Depuis 1997, sous l'impulsion de l'OMS, les politiques publiques se succèdent en France pour « enrayer » l'épidémie que constitue dorénavant l'obésité. À cette époque, l'organisation mondiale adresse une injonction à produire des recommandations nationales. Trois sociétés françaises (l'Association française d'études et de recherches sur l'obésité [AFERO], la Société de nutrition et de diététique de langue française [SNDLF] et l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques [ALFEDIAM]) confient alors l'établissement de ces recommandations à trois spécialistes, avec une validation de 120 experts

de disciplines variées. La diffusion de ces recommandations en 1998, couplée à l'organisation du 8ème congrès international sur l'obésité à Paris et à l'autorisation de mise sur le marché d'une nouvelle molécule de traitement de l'obésité (l'Orlistat), « amène l'obésité sur le devant de la scène médiatique et contribue à sa médicalisation en France » (Poulain 2009a, p. 166).

Le premier Programme National Nutrition Santé (PNNS, d'une durée de quatre ans) est lancé le 31 janvier 2001 par le Premier ministre, Lionel Jospin, à la clôture des États généraux de l'alimentation. Ce plan se base sur un rapport (« Pour une politique nutritionnelle de Santé Publique en France ») coordonné par Serge Hercberg, médecin nutritionniste et membre de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)[41]. Si l'obésité n'est pas au cœur du PNNS 1, l'objectif n°8 précise la nécessité de réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte et de freiner l'augmentation de la prévalence chez les enfants. Suite à une augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids en France au cours du début des années 2000, le PNNS 2 (2006-2010), toujours supervisé par Serge Hercberg, place la lutte contre l'obésité au centre des objectifs à atteindre par un volet alimentaire très développé.

Le champ de la médecine de l'obésité se structure en parallèle des politiques publiques, avec la création du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) en 2002, dont les membres fondateurs[42] ont en commun de prôner une approche critique des PNNS et des régimes alimentaires comme mode de traitement de l'obésité (Merlaud 2014). En concurrence partielle avec le GROS, et plus établis d'un point de vue institutionnel (Ruiz 2025), les médecins nutritionnistes posent à la même période les jalons de la médecine de l'obésité, en témoigne la publication en 2004 du *Traité de médecine de l'obésité* par Bernard Guy-Grand et Arnaud Basdevant, médecins nutritionnistes et chefs du service de nutrition de l'Hôtel-Dieu (Paris). La première revue francophone sur le sujet, *Obésités*, est créée en 2006.

Quelques années plus tard, c'est le constat effectué en 2010[43] par un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de la faible place de l'obésité dans les différents plans ministériels qui débouche sur la création du Plan Obésité (PO, 2010-2013), mené par Arnaud Basdevant. On comprend que, dès les premières actions de l'État au sujet de l'obésité, le cadrage est résolument médical. Le PO doit offrir une base pour que les plans successifs relatifs à la nutrition et issus de différents ministères (Santé, Agriculture, Éducation nationale, Jeunesse et sport) soient concordants sur la question de l'obésité, ce qui est loin d'être le cas dans la pratique (Sajus 2012). La médiatisation croissante de l'obésité amène une gestion politique de court terme, dont ce plan de 36 mesures non chiffrées est révélateur (Sajus 2012). Le PO a toutefois permis d'amorcer le pilotage de la lutte contre l'obésité entre une pluralité de structures médicales (hospitalières, médico-sociales, libérales, à domicile, etc.) et d'échelons territoriaux. Cette structuration correspond à un changement plus global dans la conduite des

[41] Serge Hercberg sera plus tard un des acteurs majeurs du Nutriscore, indice de qualité nutritionnel de produits alimentaires largement diffusé.
[42] Le GROS est une association créée par un psychiatre (Gérard Apfeldorfer) et deux médecins (Jean-Philippe Zermati et Bernad Waysfeld), regroupant des professionnel·les du traitement de l'obésité. L'association dispense des formations, surtout envers les soignant·es, et promeut une approche psycho-sociale de l'obésité censée réduire les injonctions, notamment alimentaires, qui pèsent sur les individus.
[43] Le rapport porte sur l'évaluation du PNNS 2.

politiques publiques, où l'État perd sa centralité (Lascoumes et Le Galès 2004), en s'associant parfois au secteur privé (Bergeron, Castel, et Nouguez 2011).

Lié au PO dans sa conception, le PNNS 3 (2011-2015), présidé par le pédiatre spécialiste en nutrition Dominique Turck, insiste encore davantage que le PNNS 2 sur la question de la lutte contre l'obésité en élargissant les modes d'action : promotion de l'AP, dépistage systématique, développement de la recherche sur l'obésité, lutte contre les discriminations et focalisation sur les enfants et les populations défavorisées (Carof 2021). Si le PO n'a pas été renouvelé en 2013 pour se fondre dans le PNNS 3, censé représenter le nouvel outil uniformisé de politique publique sur la question de la nutrition et de l'obésité, un rapport de la cour des comptes de 2019 sur la prévention et la prise en charge de l'obésité pointe une gouvernance nationale « *trop faible* » (p. 40)[44] et un pilotage interministériel « *timide* » (p. 40)[45].

Lancée en 2019, la quatrième mouture du PNNS (2019-2024) reprend les objectifs du plan précédent pour les élargir, afin notamment d'améliorer les « choix éclairés » des individus, par la diffusion du Nutriscore élaboré par Serge Hercberg, mais aussi de contribuer à l'éducation et à la lutte contre les inégalités sociales en matière d'obésité. Les 55 mesures de ce plan sont centrées sur le surpoids et l'obésité, avec comme objectif de « *diminuer de 15 % l'obésité et stabiliser le surpoids chez les adultes* », et « *diminuer de 20 % le surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents* ». Un rapport du Sénat de 2022 sur la lutte contre l'obésité met en avant les échecs successifs des précédents plans, que le PNNS 4 ne semble d'ailleurs pas en mesure d'interrompre :

> « *Il est douteux que le dernier plan s'écarte franchement des constats qu'ont fait les évaluateurs des trois premiers plans, qui ont déploré le foisonnement des mesures, la mauvaise articulation avec les autres politiques publiques, la difficile déclinaison sur le terrain des actions menées et la difficulté à mesurer les résultats obtenus.*
>
> *Il faut concéder que l'action publique en la matière est d'une redoutable complexité. D'abord car le caractère multifactoriel du phénomène invite plutôt à une action globale sur les déterminants environnementaux du surpoids plutôt que sur la responsabilisation des individus, dont l'autonomie est en réalité limitée. Ensuite car il existe une certaine difficulté à lire l'état du consensus scientifique à travers le brouillard des conflits d'intérêts entretenus par l'industrie agroalimentaire*. » (p. 12)[46]

Cet extrait du rapport du Sénat pointe un paradoxe majeur dans l'organisation des politiques publiques de lutte contre l'obésité en France. Il existe un décalage particulièrement fort entre les explications de l'obésité visibles dans les médias, relatives aux conditions de production de l'industrie agroalimentaire et à des facteurs biologiques, et les moyens mis en œuvre par les politiques publiques pour lutter contre, moyens centrés sur les comportements individuels (Bossy 2010). C'est la concurrence entre plusieurs ministères qui provoquerait cette centration

[44] Cour des comptes (Novembre 2019). *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.
[45] *Idem*.
[46] Deseyne C., Deséva B., Meunier M. (2022). *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la lutte contre l'obésité*, Rapport sénatorial n° 744.

sur les choix des individus. Alors que le ministère de la Santé pointe les dangers de l'obésité, le ministère de l'Agriculture tente de mettre en avant un modèle français d'alimentation fondé sur la diversité des produits. En ce sens, et c'est particulièrement visible dans les trois programmes nationaux pour l'alimentation (PNA) (2010-2013 ; 2014-2017 ; 2019-2023), la focale est mise sur l'éducation des individus pour manger sainement, davantage que sur l'éventuelle responsabilité des industries agroalimentaires. Les mesures individuelles l'emportent sur celles visant des changements structurels de production ou la réduction des inégalités et de la précarité (Bergeron, Castel, et Saguy 2019). Comme le souligne Carof, « prôner des solutions individuelles dans le cadre de politiques publiques de santé, c'est légitimer, avec une force normative évidente, les représentations péjoratives qui affirment que l'individu·e en surpoids ou obèse est seul·e responsable de son état » (2021, p. 52). Le Nutriscore, affichage de la qualité nutritionnelle des produits sous forme de score, les guides nutritionnels ou encore les messages de prévention audiovisuels (type « cinq fruits et légumes par jour ») sont autant d'exemples de la focalisation sur les comportements individuels et les « choix éclairés » (ou plutôt à éclairer) des consommateurs[47], dans des formes consensuelles qui ne remettent pas en cause de manière directe l'industrie agroalimentaire (Benamouzig et Boubal 2022).

Mais l'environnement social n'est pas complètement exclu des plans de lutte contre l'obésité. Lorsqu'il est invoqué, c'est d'une part pour constater l'inégale prévalence de l'obésité selon le milieu social, et d'autre part pour mettre l'accent, notamment dans les PNNS 3 et 4, sur les discriminations auxquelles font face les personnes obèses. Si ces deux points sont bien documentés, notamment par une littérature sociologique, ils ne constituent pas l'ensemble de ce que l'on peut dire sociologiquement de l'obésité. Centrer la focale sur les inégalités sociales de corpulence et sur les discriminations occulte un certain nombre d'études sur la responsabilité et l'influence des industries agroalimentaires concernant l'alimentation des individus (Depecker et Déplaude 2021 ; Nestle 2002 ; Thaler et Sunstein 2008).

Le constat d'une centration excessive sur les comportements individuels est partagé par les acteurs politiques eux-mêmes, voire par les médecins de l'obésité. Le rapport du Sénat 2022 sur la lutte contre l'obésité mentionne ainsi l'importance de se détacher d'un paradigme purement individuel dans le traitement de l'obésité :

> « *Le présent rapport ne s'écartera pas de ces grandes lignes* [celle des rapports précédents] *mais ses auteures tâcheront de les reconsidérer en conservant de leurs nombreuses auditions la conviction que les différents dispositifs déployés depuis une quinzaine d'années maintenant ont placé un poids excessif sur les épaules des individus, réputés principalement responsables de leur niveau de masse graisseuse et encouragés, dans le meilleur des cas, à changer de comportement pour la réduire.* » (p. 29)[48]

[47] Alors même que le lien entre connaissances nutritionnelles et corpulence est particulièrement faible (O'Brien et Davies 2007).
[48] Deseyne C., Deséva B., Meunier M. (2022). *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la lutte contre l'obésité*, Rapport sénatorial n° 744.

L'incapacité du plan obésité et des quatre premiers PNNS à réduire la prévalence de l'obésité et du surpoids depuis deux décennies pose nécessairement la question de l'adéquation des moyens déployés au regard des objectifs visés. Quelle est l'influence du cadrage individuel de l'obésité sur les formes de la prise en charge de l'obésité et les solutions thérapeutiques envisagées ?

B. D'une médecine qui échoue à faire maigrir à une médecine qui ne cherche plus la perte de poids

Le cadrage individuel des politiques publiques de prévention et de réduction du surpoids et de l'obésité se combine avec une appréhension également individuelle des solutions médicales pour soigner les patient·es déjà obèses. Or, en la matière, l'histoire des thérapies envisagées dans le domaine de l'obésité est ponctuée d'échecs. Sans en faire une description exhaustive, nous reviendrons sur quelques périodes clefs d'innovations thérapeutiques, qui constituent autant de moments d'espoir pour les soignant·es et les patient·es, finalement bien souvent « refroidis » quelques années plus tard. En conséquence d'une incapacité à trouver une solution thérapeutique unique, les objectifs de la prise en charge de l'obésité se modifient et tendent vers des résultats moins spectaculaires.

Les restrictions volontaires de l'alimentation prônées par des acteurs médicaux, que nous appellerons ici régimes[49], sont peut-être les plus anciennes pratiques de gestion de la corpulence connues (Vigarello 2010). Les travaux qui décrivent l'évolution de ces pratiques produites ou mobilisées par le champ médical à partir la seconde moitié du XXème siècle sont, à notre connaissance, surtout publiés par des médecins dans des revues professionnelles ou de science médicales (Bauduceau et Bordier 2020 ; Lecerf 2013 ; Schlienger et Monnier 2019)[50]. Décrivant tout ou partie d'une gamme d'usages thérapeutiques de l'alimentation qui tend à être hypocalorique (régime hyperprotéiné, intermittent, hypoglucidique, cétogène, etc.[51]), ces publications mettent ensuite en garde contre « l'effet rebond » à l'arrêt d'un régime ; car après la perte de poids, survient bien souvent une reprise. Ils pointent également les potentiels effets néfastes sur certains aspects de la santé de la restriction de telle ou telle catégorie d'aliments, macro ou micronutriments. Les régimes restrictifs sortent ainsi progressivement du champ de prescription des professionnel·les de l'obésité, comme l'indique – par ces questions rhétoriques au sujet des régimes – un récent ouvrage sur la prise en charge de l'obésité :

> « *Doit-on continuer à recommander un traitement qui échoue avec une telle fréquence ? Ne devrait-on pas admettre que la méthode n'est pas adaptée à cette*

[49] Nous faisons ici la différence entre cette définition du régime, comme pratique sanitairement orientée et médicalement diffusée, et les définitions sociales du régime qui peuvent recouvrir des pratiques bien plus larges et aux significations sociales variées. Pour plus de détail, voir le dossier sur les régimes de la revue d'Étude en Agriculture et environnement, et notamment l'introduction de Lhuissier (2010).

[50] Il semble qu'il n'existe pas de travaux sur l'histoire, notamment récente, des usages médicaux des restrictions de poids dans le domaine de l'obésité.

[51] Ce n'est pas parce que ces régimes sont produits ou portés par des acteurs du monde médical qu'ils ne sont pas également fortement médiatisés et réappropriés par des individus. C'est le cas par exemple du régime dit Dukan.

> *maladie, plutôt que d'accuser le patient de ne pas adopter convenablement la méthode ?* » (Lecerf, dans Lecerf et al. 2021, p. 427)

La réponse à ces questions est évidemment non. En effet, à grand renfort d'études épidémiologiques, les publications professionnelles insistent sur la très faible efficacité des régimes à long terme, voire sur leur effet contre-productif en ce qu'ils entraineraient une « *restriction cognitive* » :

> « *À l'instar de la stigmatisation, elle* [la restriction cognitive] *concerne la majorité des personnes en situation d'obésité qui s'engagent dans un programme d'amaigrissement ou qui, même sans se restreindre, exercent un contrôle mental sur leur alimentation. Assez rapidement cet hypercontrôle visant à inhiber un comportement alimentaire normal aboutit à une désinhibition sous forme de TCA* [Trouble du Comportement Alimentaire] *: un manque de sommeil, une fatigue passagère, une alcoolisation festive suffisent à déstabiliser le sujet en restriction cognitive et à entrainer le passage à l'acte, aggravant in fine la souffrance et l'obésité elle-même en un funeste yoyo.* » (Weysfeld, dans Lecerf et al. 2021, p. 130)

Dans un autre registre, là encore assez peu exploré dans la littérature[52], un certain nombre de traitements médicamenteux ont été développés dans l'optique de produire une perte de poids chez les personnes obèses (Scheen, De Flines, et Paquot 2023 ; Schlienger 2024). Aux espoirs suscités par ces médicaments succède bien souvent leur retrait du marché. Dans l'ensemble, les composés actifs des médicaments utilisés pour la perte de poids agissent sur trois leviers : la diminution des ingestats alimentaires (médicaments anorexigènes ou « coupe-faim »), l'augmentation de la dépense énergétique de base ou l'inhibition de l'absorption intestinale des graisses.

Après la Seconde Guerre mondiale, les amphétamines qui avaient été données aux soldats pendant la guerre sont rapidement commercialisées pour leur effet anorexigène. Dès les années 1950, un certain nombre d'effets secondaires des molécules[53] ont été repérés, à la fois d'un point de vue cardio-vasculaire (tachycardie, hypertension), neuropsychologique (insomnies, épisodes psychotiques) et de la dépendance, entrainant des dépressions en cas de sevrage. D'autres médicaments ont alors été développés, censés contourner les mécanismes nocifs des amphétamines en agissant uniquement sur la sérotonine. C'est le cas de la molécule sibutramine, qui donne les médicaments Reductil et Sibutral, retirés du marché en janvier 2010 du fait de complications cardiaques associées. On peut également évoquer la fenfluramine, qui donne le Pondéral, agissant selon les mêmes mécanismes et provoquant des pathologies des valves du cœur droit, autorisé sur le marché du médicament français entre 1965 et 1997. Mais c'est sans doute le cas du benfluorex qui est le plus connu, via le médicament qui en découle, le Mediator. Mis sur le marché entre 1976 et 2009, ce médicament détourné de son usage initial (antidiabétique) pour son potentiel anorexigène aurait provoqué la mort de plus de 500 personnes par pathologie cardiaque, et mené à un scandale médiatico-scientifique (Lellinger 2018). Enfin, sur un mode d'action différent, dérivé de cannabinoïde, le rimonabant (donnant

[52] Excepté Poulain (2009a, 2009b) qui en fait le résumé succinct.
[53] Phentermine, phénylpropanolamine, mazindol, etc.

l'Acomplia), commercialisé de 2006 à 2008, permet dans une moindre mesure de réduire la faim et d'augmenter la satiété, tout en provoquant dépressions et tendances suicidaires. Quelques médicaments permettant la perte de poids sont encore prescrits dans certains cas, comme l'Orlistat, bien que leur efficacité soit limitée et les effets secondaires importants.

Encadré n°3 : Le renouveau des thérapies médicamenteuses.

Le Wegovy, dont le principe actif est le sémaglutide, a suscité un engouement récent considérable, tant médiatique qu'économique. Ce traitement, initialement conçu pour les personnes atteintes de diabète de type 2 (Ozempic), a montré des résultats en termes de perte de poids qui ont engendré une attention accrue de la part des médias et des investisseurs. Appuyé par des études cliniques qui démontrent son efficacité (Wilding et al. 2021), le Wegovy ne cesse de gagner en popularité, notamment aux États-Unis. Les effets secondaires gastro-intestinaux et pancréatiques sont jugés comme suffisamment rares par ses promoteurs, et compensés par des pertes de poids qui peuvent être importantes. Le marché des médicaments contre l'obésité, qui a longtemps été négligé, connait une résurgence, et les entreprises telles que Novo Nordisk ont vu leur valorisation boursière augmenter significativement, stimulée par les attentes autour des ventes de Wegovy. Cet engouement engendre des ruptures de stock liées à une demande en forte hausse, qui excède les capacités de production. Commercialisé en France depuis le 8 octobre 2024, et vendu sous prescription médicale (initialement d'un spécialiste, et depuis le 23 juin 2025 de tout médecin), pour les personnes ayant – entre autres – un IMC supérieur à 30, son prix mensuel se situe autour de 300€, sans prise en charge par l'Assurance maladie.

La logique, qui fait alterner innovations porteuses d'espoir et effets secondaires graves décelés plusieurs années plus tard, se retrouve dans le cadre de la chirurgie bariatrique. Mis au point aux États-Unis dans les années 1950, et très utilisé dans les années 1970, le *by-pass* gastrique[54] est progressivement abandonné en raison des complications sévères qu'il entraine (Poulain 2009b). L'anneau gastrique, dispositif réglable de réduction mécanique du volume de l'estomac, connait en quelque sorte la même histoire. Apparu à la fin des années 1960, ce type d'opération devient la norme dans les années 1980, 1990 et 2000 avant de décliner du fait de son inefficacité à long terme. La *sleeve*[55] représente la troisième technique bariatrique, la plus récente, développée au cours des années 1980 et 1990, puis officialisée et réglementée en France par la HAS en 2008. Dans les années 2000 et 2010, le *by-pass* fait un retour parmi les techniques légitimes du fait de progrès dans les modes opératoires et dans la gestion des complications post-chirurgie. Si en 2000, 99% des opérations bariatriques sont des poses d'anneaux, en 2022 ce ne sont plus que 2% des actes, au profit de la *sleeve* (61%) et du *by-pass*

[54] Technique consistant à réaliser un court-circuit de l'estomac (*by-pass* en anglais) afin de limiter fortement les prises alimentaires en provoquant une satiété très rapide.
[55] Consiste en une ablation de la partie gauche de l'estomac (par une suture), qui donne ainsi une forme cylindrique de « manche » (*sleeve* en anglais) à ce dernier.

(31%)[56]. La *sleeve* et le *by-pass* sont aujourd'hui reconnus comme des techniques efficaces du point de vue de la perte de poids et de la réduction des comorbidités associées à l'obésité, tout en soulevant un certain nombre de complications détaillées *infra* ; qui expliquent qu'elles sont assez fortement critiquées, partiellement délégitimées, et limitées à certains cas précis de patient·es.

Du fait des échecs connus par les thérapies successivement envisagées, chirurgie mise à part, et donc de l'impossibilité pour les soignant·es de faire perdre du poids durablement aux patient·es, à partir des années 2000 et jusqu'à aujourd'hui, les objectifs du traitement de l'obésité se centrent sur la stabilisation du poids et surtout sur la prise en charge et le traitement d'autres types de comorbidités :

> « *Depuis le premier rapport de IOTF (International Obesity Task Force), devenu "Rapport technique de l'OMS" en 2000 et repris par les sociétés savantes françaises dès 1998, la priorité est donnée successivement à la prévention, au traitement des comorbidités et à la stabilisation pondérale, la perte de poids n'étant que le quatrième objectif à considérer. Dans toutes les recommandations, la prise en charge médicale est résolument centrée sur les complications, plutôt que sur l'IMC.* » (Ziegler, Oppert, dans Lecerf et al. 2021, p. 411)

> « *La prise en charge de l'obésité, très loin de se limiter à perdre du poids, consiste à accompagner une personne atteinte d'une maladie chronique. En cas de perte de plus d'un kilogramme par mois, le corps met en place des mécanismes pour stopper la perte de poids. Les recommandations dans la prise en charge de l'obésité consistent donc généralement à ne pas perdre plus de 5 % de son poids en une année.* » (Rapport du Sénat sur la lutte contre l'obésité, 2022, p. 31)[57]

Face aux échecs, la médecine de l'obésité se fixe des objectifs qui, faute de mieux, sont à sa mesure et réalisables avec les techniques thérapeutiques disponibles. On assiste ainsi à l'abandon progressif de l'ambition de faire perdre du poids aux patient·es, aux profits d'une focalisation sur d'autres dimensions de la santé, notamment les comorbidités associées à l'excès de masse grasse. On comprend mieux l'abandon des régimes restrictifs, qui laissent leur place à d'autres façons d'envisager la prise en charge.

Parmi les différents modes d'action thérapeutiques utilisés se trouve une façon d'organiser les soins, l'approche multidisciplinaire, qui se développe de plus en plus en réponse aux limites du recours à la seule nutrition[58]. L'interdisciplinarité, promue comme nouveau consensus dans le champ de la médecine de l'obésité (Merlaud 2014), recouvre ainsi, outre la nutrition, la diabétologie, l'endocrinologie, la psychologie, la psychiatrie, la psychanalyse, la diététique et les sciences du sport. Ce dialogue entre disciplines, qui se traduit dans la pratique par le déploiement d'équipes de prise en charge pluriprofessionnelles (Gridaine 2022), constitue

[56] Données de l'Assurance maladie rendues accessibles par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), reprise des recommandations 2024 de la HAS sur la chirurgie bariatrique.
[57] Deseyne C., Deséva B., Meunier M. (2022). *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la lutte contre l'obésité*, Rapport sénatorial n° 744.
[58] Entendue comme spécialité et champ de connaissance médicale.

moins une tentative de fonder une nouvelle discipline unifiée (l'obésologie) qu'un renforcement des disciplines préexistantes, notamment dans les travaux publiés sur l'obésité (Merlaud 2014).

Les recommandations récentes mettent en avant l'importance de cette coordination entre différentes professions, et en font une condition indispensable au traitement efficace d'une pathologie pensée comme fondamentalement multifactorielle. C'est le cas de la feuille de route 2019-2022 concernant la prise en charge des personnes obèses, qui rappelle que :

> « *La prise en charge de l'obésité est pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire et pluridimensionnelle et nécessite l'intervention de professionnels formés aux spécificités de l'obésité, tant en ville et à l'hôpital, que dans le secteur social et éducatif.* » (p. 28)[59]

La prise en charge de l'obésité s'apparente moins, pour le patient, à un face-à-face avec un médecin spécialiste, qu'à un « parcours de soins », récemment détaillé dans des recommandations spécifiques de la HAS organisant la succession des soins et le champ d'application de chaque discipline et groupe professionnel supposé pouvoir prendre en charge une dimension de l'obésité[60]. La prise en charge y est donc vue comme « *globale* », « *multidimensionnelle* » et « *pluriprofessionnelle* » (p. 8 des recommandations de 2023 sur les parcours de soins). Du point de vue du patient, la prise en charge de l'obésité constitue ainsi une succession d'interactions avec des acteurs divers qui communiquent plus ou moins les uns avec les autres. Cette logique de parcours est reconduite dans la nouvelle feuille de route 2026-2030 concernant la prise en charge de l'obésité.

Suite à la reconnaissance de l'absence de solution idéale et à la redéfinition des objectifs de la prise en charge de l'obésité autour de la stabilisation du poids et du contrôle de comorbidités à long terme, des centres hospitaliers de prises en charge dédiés aux parcours et à la coordination des soins entre professionnel·les sont créés en 2012 sous l'impulsion du PO : les centres spécialisés de l'obésité (CSO)[61]. En plus d'un rôle de coordination, ces centres visent à devenir les espaces de références pour les opérations de chirurgie bariatrique et pour les suivis pré et post-opération. Les CSO représentent théoriquement le troisième niveau de recours thérapeutique, après une première prise en charge par le médecin généraliste, puis une seconde par le généraliste accompagné d'un spécialiste et/ou d'un professionnel formé à l'obésité (diététicien, psychologue, enseignant en activité physique adaptée [EAPA], etc.). Les CSO, en plus de bouleverser le fonctionnement hospitalier en intégrant de nouveaux acteurs (enseignants en APA, psychologues, kinésithérapeutes, etc.), placent le patient au centre de la coordination de sa propre prise en charge, opérant le lien entre ses différents interlocuteurs (Sajus 2012).

Depuis la création des CSO, la prise en charge de l'obésité s'oriente donc théoriquement vers un fonctionnement pluriprofessionnel, collégial, ces centres devant accompagner les cas les

[59] Ministère des solidarités et de la santé (2019). *Feuille de route. Prise en charge des personnes en situation d'obésité (2019-2022)*.
[60] Médecins spécialistes et généralistes, diététiciennes, psychologues, Enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA), kinésithérapeutes, infirmières, assistantes sociales.
[61] Il existe sur le territoire français 42 CSO en 2026.

plus graves. Dans les faits, les CSO accueillent en réalité un public bien plus large que les patient·es ayant besoin d'une chirurgie ou ayant de multiples pathologies associées à l'obésité. C'est ce qu'indique le rapport de l'IGAS de 2017 sur la situation de la chirurgie bariatrique[62], dans lequel les auteurs soulignent que les CSO sont davantage définis par leur rôle de prise en charge globale que par leur fonction d'accompagnement à la chirurgie. Il est également précisé que le responsable de chaque CSO est un médecin, et non pas un chirurgien, spécialisé en nutrition, endocrinologie, diabétologie ou médecine interne. Sur le terrain enquêté, nombreux·ses sont les patient·es qui ne souhaitent pas et/ou ne peuvent pas avoir de chirurgie. Il n'est pas rare non plus que les professionnel·les essayent d'orienter les cas les moins « importants » vers des médecins généralistes :

> « *Moi, l'objectif c'est de me débarrasser d'un tiers de mes patients, que les gens qui viennent pour un contrôle de routine soient suivis plus proche, qu'il y ait un relais de notre action.* »
> Médecin nutritionniste hospitalier entre deux consultations.

Si la répartition des tâches et des patient·es entre professionnel·les est précisément définie dans les recommandations liées aux parcours de soin de la HAS, dans la pratique, les CSO accueillent une grande diversité d'individus qui ne passent pas tous, loin de là, par les différents niveaux de recours définis dans les parcours[63]. En outre, la mise en œuvre de parcours de soins coordonnés entre différentes professions se heurte aux hiérarchies et aux concurrences professionnelles qui persistent dans cet espace pourtant pensé comme collégial :

> Le chef de service me dit qu'ils ont un « *fonctionnement collégial* » pour les décisions relatives à l'organisation globale, mais ajoute que ce fonctionnement rassemble uniquement les « *médecins séniors* » (ce qui exclut les médecins non titulaires et les autres professions impliquées dans le soin). Il me confie également qu'en dernier ressort, c'est lui qui a le dernier mot. [...] En me décrivant l'approche pluriprofessionnelle – ce qu'ils essayent « *vraiment* » de faire, il me précise par ailleurs que « *c'est quand même le médecin qui est porteur du projet thérapeutique du patient* ».
>
> Note d'observation, échanges avec le médecin chef de service lors de l'entrée sur le terrain, septembre 2023.

Les prises de décisions, qu'elles relèvent de l'orientation des patient·es ou du fonctionnement global des services, reviennent *in fine* aux médecins, et en particulier aux « *médecins séniors* ». Chaque patient·e possède un·e professionnel·le de référence responsable de son projet thérapeutique, qui est également toujours un médecin. Au-delà des hiérarchies administratives et symboliques qui placent les médecins en position dominante, certaines contraintes professionnelles compliquent la coordination des professions et renforcent une certaine hégémonie des médecins sur la prise en charge. Il est par exemple impossible pour les infirmières d'assister aux réunions de concertation pluriprofessionnelles hebdomadaires du fait

[62] Emmanuelli J., Maymil V., Naves P. (2017). *Situation de la chirurgie de l'obésité*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.
[63] Nous détaillerons dans la suite de ce travail les causes de cette grande diversité de patient·es, dont une partie vient dans un CSO en contournant la logique des parcours.

de leur obligation de présence auprès des patient·es et de leurs effectifs limités (impliquant de nombreuses tâches à effectuer et l'impossibilité de se libérer du temps).

Enfin, les socialisations professionnelles peuvent aussi produire des obstacles à un travail en commun. Les chirurgien·nes sont, par exemple, régulièrement mentionnés par les autres professions comme ayant un point de vue particulièrement peu compréhensif sur leurs patient·es obèses. Principalement centré·es sur « *l'action* », et peu sensibilisé·es aux maladies chroniques, ils et elles seraient peu disposé·es à voir dans l'obésité autre chose qu'une forme de déviance exprimée par la corpulence, ce qui empêcherait tout dialogue avec les autres professions qui privilégient d'autres modes d'explication de celle-ci. La plupart des professionnel·les rencontrés tendent à « psychologiser » cette attitude des chirurgien·nes – qui peut, en fait, être en partie expliquée par les conditions de recrutement et d'exercice de la chirurgie[64] –, tout en admettant qu'avec de la patience et de l'échange, ces derniers peuvent finir par changer d'avis et par contribuer au fonctionnement collectif des prises en charge.

Malgré les écarts de positions entre les différentes professions impliquées, et en dépit des échecs de certaines prises en charge, les professionnel·les de l'obésité semblent peu à peu se constituer en un groupe professionnel (Gridaine 2022). Reste à savoir autour de quelle(s) pratique(s) se structure la prise en charge de l'obésité. Si la chirurgie bariatrique a pu représenter une option majeure au cours des années 2000 et 2010, sa place semble aujourd'hui décliner, au profit d'autres types d'outils thérapeutiques détaillés *infra*.

C. Le déclin récent de la chirurgie

Nous l'avons vu, la chirurgie bariatrique s'est progressivement imposée comme un outil thérapeutique crédible, désormais inséré au cœur des parcours de soins pluridisciplinaires. Pourtant, l'engouement pour cette technique médicale décroit peu à peu depuis quelques années, et notamment depuis le rapport de l'IGAS de 2017 censé évaluer le PO en rapport avec la chirurgie bariatrique. Le rapport pointe deux aspects :

> « *L'installation rapide d'une obésité de masse traduit l'échec relatif des actions de prévention primaire de l'obésité et les limites de son traitement médical.* » (p. 40)[65]
>
> « *La chirurgie bariatrique est une activité en pleine croissance dont le suivi et la régulation font globalement défaut* » (p. 45)[66]

L'attrait pour la chirurgie bariatrique est ici explicitement présenté comme le résultat, insatisfaisant, de « *l'absence d'alternatives médicales à court / moyen termes* » (p. 51)[67]. À partir d'une comparaison avec d'autres pays européens ayant des taux de prévalence de l'obésité similaires, le rapport observe que, en France, la centration sur la chirurgie s'accompagne d'un manque de ressources médicales à destination des patient·es lors du suivi

[64] Mis en avant notamment par Zolesio (2012).
[65] Emmanuelli J., Maymil V., Naves P. (2017). *Situation de la chirurgie de l'obésité*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.
[66] *Idem.*
[67] *Idem*.

pré et post-opération. Un rapport de l'Académie de médecine de 2017[68] mentionne ainsi que plus de la moitié des patient·es sont « *perdu·es de vus* » (c'est-à-dire non suivis spécifiquement pour leur chirurgie bariatrique par le centre qui a effectué l'opération) cinq ans après l'opération.

Dans la même optique, le rapport de la Cour des comptes de 2019 sur la prévention et la prise en charge de l'obésité mentionne la présence trop importante de la chirurgie en France :

> « *S'agissant des adultes,* ***la France se caractérise par un recours excessif à la chirurgie bariatrique*** [en gras dans le rapport] *par rapport à d'autres pays, qui traduit en général des indications trop larges, pour des patients qui auraient pu bénéficier d'un traitement médical*. » (p. 13)[69]

Citant le rapport de l'IGAS de 2017, ce rapport de la Cour des comptes insiste sur les constats communs, présentés comme également partagés par la communauté des professionnel·les consultés pour cette occasion, à savoir « *la croissance d'une offre peu régulée, principalement portée par le secteur privé, tandis que le respect des règles de bonnes pratiques laisse à désirer* » (p. 84). Les rapports de l'IGAS et de la Cour des comptes préconisent ainsi d'instaurer un régime d'autorisation de pratiquer des chirurgies bariatriques pour les structures qui s'y destinent, qu'elles soient privées ou publiques.

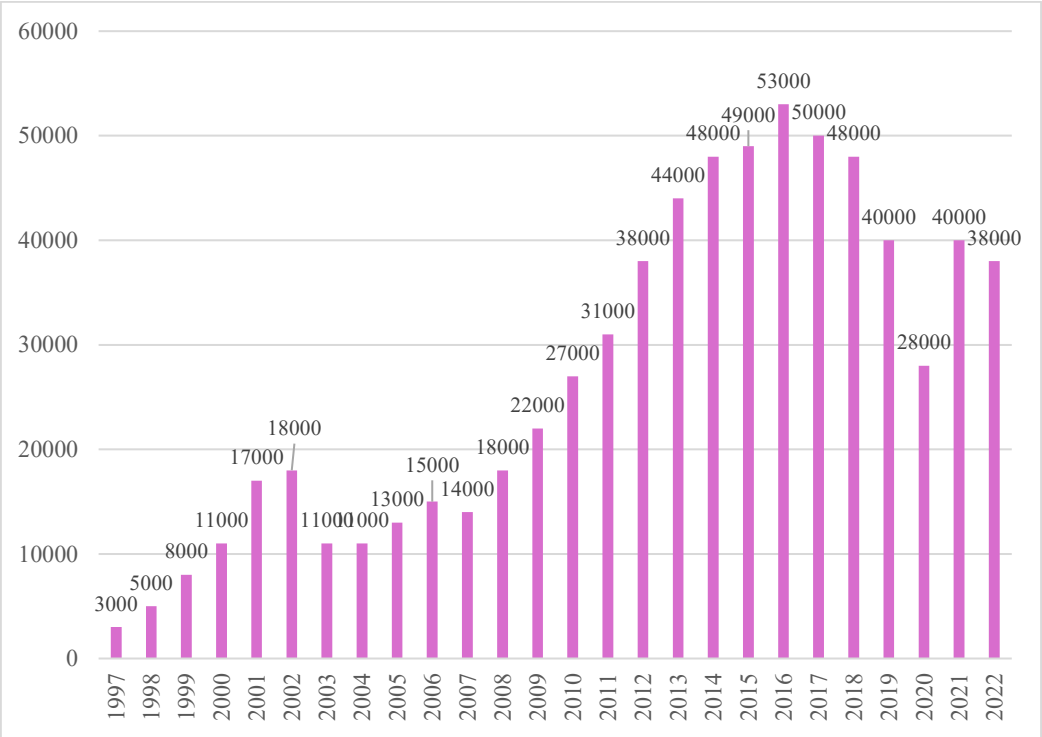
Ces alertes et recommandations sont réitérées dans la feuille de route sur la prise en charge des personnes en situation d'obésité (2019-2022)[70]. Le rapport Laville 2023 (« Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France ») pointe lui aussi les difficultés que pose le nombre d'actes chirurgicaux bariatriques actuellement réalisés en France, malgré les avantages thérapeutiques de l'opération :

> « *Du fait de l'absence de traitement médicamenteux pendant de nombreuses années, le traitement chirurgical de l'obésité (chirurgie bariatrique) a pris une part conséquente dans la stratégie thérapeutique, d'autant qu'il s'agit d'un acte pris en charge par l'Assurance maladie. De nombreuses études ont montré l'efficacité de ce traitement tant sur le plan pondéral que sur les comorbidités, et même sur la mortalité précoce, chez les sujets présentant une obésité sévère.* [...] *Si la chirurgie est un traitement efficace, elle n'est cependant pas exempte d'échecs et de complications, notamment nutritionnelles, et nécessite un suivi à vie des patients opérés, dont la mise en place pratique est actuellement totalement insuffisante*. » (p. 38)[71]

[68] Jaffiol C., Bringer J., Laplace JP., Buffet C. (2017). *Améliorer le suivi des patients après chirurgie*, Rapport de l'Académie nationale de médecine.
[69] Cour des comptes (Novembre 2019). *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.
[70] Un des axes du rapport s'intitule « renforcer la régulation de la chirurgie bariatrique pour une meilleure pertinence » (p. 20), avec une insistance sur la nécessité d'encadrer davantage les suivis pré et post-opération.
[71] Laville M. (2023). *Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France*, Commandé par le Ministre de la Santé et de la Prévention et le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées.

Les différentes alertes que formulent les rapports cités ont-elles joué un rôle dans l'évolution du nombre d'opérations de chirurgie bariatrique ? C'est ce que semblent indiquer les chiffres les plus récents représentés dans la Figure n°1 :

Figure n°1 *: Évolution du nombre d'actes bariatriques en France (1997-2022)*



Lecture : 38 000 actes bariatriques ont été réalisés en 2022.
Source : Données de l'Assurance maladie rendues accessibles par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), reprise des recommandations 2024 de la HAS sur la chirurgie bariatrique.

Après une forte hausse du nombre d'actes bariatriques entre 1997 et 2016, le nombre d'opérations par an décroit au point d'atteindre en 2022 des taux analogues à ceux de 2012. Les recommandations HAS de 2024 liées à la chirurgie bariatrique mentionnent l'influence de l'épidémie de Covid-19 en 2020 pour expliquer les faibles taux de cette période. Si les opérations ont repris leur cours en 2021, leur nombre n'atteint pas ceux précédant la crise épidémique, sachant qu'une baisse était déjà amorcée depuis 2016. Cette baisse du nombre d'opérations pourrait d'ailleurs s'accentuer suite à la publication au Journal officiel, le 29 décembre 2022, d'un arrêté qui limite les centres pouvant pratiquer des opérations bariatriques aux seuls centres réalisant plus de 50 actes par site et par an[72]. Cette limite, préconisée par le rapport de l'IGAS de 2017 et le rapport de la Cour des comptes de 2019, devrait encore contribuer à réduire le nombre d'opérations annuelles. Les professionnel·les du service enquêté perçoivent cette réduction du nombre d'opération et de l'importance de la chirurgie dans

[72] Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique prévu à l'article R. 6123-212 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du code de la santé publique.

l'arsenal thérapeutique, décrivant cette dernière comme « *moins à la mode* » depuis la crise de la Covid-19.

Ce sont notamment les complications à long terme qui représentent le principal motif de limitation des chirurgies, complications liées selon le rapport de l'IGAS de 2017 au manque de respect des recommandations de la HAS concernant la bonne information des patient·es et les décisions prises en réunion de concertation pluriprofessionnelle. Dans les publications médicales et professionnelles relatives à la prise en charge de l'obésité, la chirurgie continue d'être présentée comme une méthode efficace, tout en pointant des limites à prendre en compte :

> « *Ces bénéfices incontestables* [de la chirurgie] *ne doivent pas amener à négliger les complications éventuelles et les insuffisances actuelles du suivi à long terme. L'amélioration de la pertinence des soins nécessite une réflexion continue sur la balance bénéfice/risque des différentes interventions bariatriques mais aussi sur les parcours de préparation et de suivi.* » (Clément et al., dans Lecerf et al. 2021, p. XIII, avant-propos)

Si jusqu'en 2016 la chirurgie semblait devenir la solution thérapeutique majeure dans le traitement de l'obésité, son importance se restreint progressivement à des cas de patient·es spécifiques – loin d'être majoritaires – et à des centres opérateurs limités depuis quelques années. C'est ainsi que, lors de mon arrivée sur mon terrain d'enquête, le chef du service enquêté me présente le fonctionnement de son service et la répartition des thématiques selon les professionnel·les en insistant particulièrement sur le fait que la chirurgie « *n'est* qu'une *thématique* » parmi d'autres, dont « *mode de vie / activité physique* », « *obésités rares* » ou « *dénutritions* ». Son insistance manifeste-t-elle une volonté de rompre avec un sens commun qui placerait la chirurgie comme noyau central autour duquel gravite l'activité des professionnel·les de l'obésité, comme cela a pu probablement être davantage le cas il y a quelques années ? Le rapport de l'IGAS précise en tout cas que :

> « *Les complications liées à la chirurgie bariatrique – effets indésirables potentiellement graves avec un certain taux de mortalité postopératoire – font d'elle une chirurgie à risque qu'il convient de restreindre à certains sous-groupes de personnes obèses, tous les patients n'ayant pas le profil d'indication* » (p. 246).[73]

Puisqu'elle ne concerne qu'un « *sous-groupe* » des patient·es[74], la chirurgie bariatrique, bien qu'efficace, ne représente pas, loin de là, la finalité de la prise en charge de l'obésité, en tous cas pas pour tous les individus. Les recommandations de la HAS concernant les parcours de soins insistent particulièrement sur ce point, la chirurgie étant évoquée comme un « *traitement*

[73] Emmanuelli J., Maymil V., Naves P. (2017). *Situation de la chirurgie de l'obésité*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

[74] La chirurgie est un traitement de deuxième voire troisième intention (après un échec d'un ou plusieurs traitement·s précédent·s) pour les patient·es ayant un IMC supérieur à 40kg/m² (ou supérieur à 35kg/m² avec une comorbidité), informé·es et consentant·es, ayant suivi une évaluation d'au moins 6 mois et ayant un risque opératoire acceptable.

de dernière intention » (p. 75, écrit en gras et en couleur)[75], même pour les obésités qualifiées de très complexes, où elle est présentée comme une « *option thérapeutique d'exception lorsque l'ensemble des soins et de l'accompagnement personnalisés ont été mis en œuvre sans bénéfices pour la santé* » (p. 80)[76].

Si la chirurgie n'est indiquée qu'en dernier recours pour certain·es patient·es, et que les options médicamenteuses sont à ce jour limitées, en quoi consiste l'activité thérapeutique pluriprofessionnelle des « obésologues » ?

II. L'AP comme outil thérapeutique aux allures consensuelles

A. La centralité des modifications thérapeutiques des modes de vie

Le modèle explicatif de l'obésité toujours présent dans les textes qui orientent l'action publique est celui de la balance énergétique. Ce modèle repose sur l'analogie entre le corps humain et une balance à deux plateaux. Le premier plateau représente les entrées, c'est-à-dire les calories ingérées, et le second les sorties, c'est-à-dire les calories dépensées. Lorsque la différence entre les entrées et les sorties est positive, l'individu prend du poids. Lorsqu'elle est négative, l'individu en perd. Et lorsqu'elle est nulle, l'individu garde un poids stable. Le rapport de l'IGAS de 2017 indique que « *la balance énergétique constitue l'approche idéale du suivi de l'obésité mais, dans les faits, elle est difficile à mesurer* » (p. 237)[77]. La modélisation des causes de la prise de poids par un modèle thermodynamique (centré sur les calories ingérées et dépensées) place indubitablement l'alimentation et l'activité physique au cœur de la prise en charge, que ce soit pour construire avec les patient·es une explication de leur prise de poids ou pour tenter de leur en faire perdre ou de le stabiliser. Ainsi, les Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV), anciennement appelées « *mesures hygiénodiététiques* », ont une place transversale et centrale dans la prise en charge de l'obésité.

Pour justifier le choix de se centrer sur ce que les individus mangent et font comme activités physiques, la rhétorique que l'on peut retrouver dans les publications professionnelles se fonde sur le constat suivant :

> « *L'augmentation d'incidence et de prévalence du surpoids et de l'obésité dans le monde conduit à postuler que l'évolution du mode de vie est impliquée dans cette augmentation, puisque la génétique des populations n'évolue pas, même s'il existe un brassage des populations* ». (Lecerf, dans Lecerf et al. 2021, p. 43)

En prenant pour prémisse le fait que l'augmentation de la prévalence de l'obésité est en lien avec des facteurs historiques, liés aux « *modes de vie* », la médecine de l'obésité postule que c'est en modifiant les modes de vie des individus, devenus obèses ou en passe de le devenir, qu'il sera possible de stabiliser ou réduire sa prévalence. Cette rhétorique est, au fond, assez

[75] HAS (2023). *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte*, Recommandations de bonnes pratiques.
[76] *Idem*.
[77] Emmanuelli J., Maymil V., Naves P. (2017). *Situation de la chirurgie de l'obésité*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

proche des constructions argumentaires en sciences sociales, dans la mesure où elle postule que « ce que le monde social a fait [ici des modes de vie « *obésogènes* »], le monde social peut, armé de ce savoir, le défaire » (Bourdieu 1993, p. 944). Dans le même temps, cette logique argumentaire liée au modèle de la balance énergétique discrédite certaines façons de s'alimenter et d'user de son corps[78] sans les resituer dans les conditions sociales qui les rendent possibles ou non.

Le rapport de l'IGAS de 2017 présente ainsi les MTMV comme essentielles à tous types de prise en charge. Contrairement à la chirurgie bariatrique ou aux rares options médicamenteuses, les MTMV concerneraient l'ensemble des patient·es, voire tous les individus dans une optique de prévention. Forts de ce constat, les auteurs du rapport déplorent un certain nombre de manques liés au statut des professions impliquées, notamment vis-à-vis de la Sécurité sociale, empêchant la réalisation d'une approche pleinement centrée sur les MTMV :

> « *La place des diététiciens, reconnue par tous les consensus d'experts, est insuffisante. Leurs actes ne figurant pas à la nomenclature, ils ne sont pas remboursés aux patients qui consultent en secteur libéral. Ce constat s'applique aussi pour les psychologues qui pourraient pourtant avoir un large champ d'activité. De même, les kinésithérapeutes et les éducateurs sportifs ne sont pas suffisamment sollicités pour remettre en mouvement les personnes sédentaires. Si de nouveaux métiers ont vu le jour dans ce domaine (professionnels de l'activité physique adaptée), de nombreuses personnes ne peuvent cependant pas faire appel à eux, en l'absence de prise en charge par l'assurance maladie.* » (p. 52)[79]

Le rapport Laville de 2023 insiste de son côté sur le fait que les « *conseils* » nutritionnels et d'AP représenteraient ainsi « *la base* » de la prise en charge dans la mesure où l'on postule que c'est en modifiant les apports et les dépenses énergétiques, en termes quantitatifs mais aussi qualitatifs, que l'on peut réduire l'obésité et ses conséquences en matière de comorbidités (p. 37). Le rapport Laville établit ici une hiérarchie des solutions thérapeutiques à envisager et, indirectement, des professions liées à ses solutions : la diététique et l'activité physique passent, en théorie, avant la psychologie.

En parallèle de ces rapports, les recommandations 2022 sur la prise en charge médicale de l'obésité de l'adulte insistent aussi sur l'importance des diététiciens et EAPA dans la prise en charge, quel que soit le niveau de recours, tout en regrettant que « *ces consultations ne sont actuellement pas prises en charge par l'Assurance maladie et que la population concernée par ces recommandations est caractérisée par une prévalence forte de bas statut socio-économique*

[78] Notamment la sédentarité et l'inactivité physique, ainsi que la *western diet*, c'est-à-dire la « consommation élevée de sucres ajoutés, de boissons sucrées, d'aliments céréaliers raffinés de fort index glycémique, de fritures et d'aliments gras, de viandes, et d'autres produits animaux (charcuterie, fromage), contribuant à un apport élevé en graisses saturées, d'aliments de grignotage sucrés (barres céréalières ou chocolatées) ou gras (chips, cacahuètes et biscuits), faible consommation de fruits, légumes, céréales complètes, légumes secs... » (Lecerf et al. 2021, p. 43).

[79] Emmanuelli J., Maymil V., Naves P. (2017). *Situation de la chirurgie de l'obésité*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

et financier » (p. 24)[80]. L'importance des MTMV dans la prise en charge se voit également dans ces recommandations lorsqu'elles abordent les définitions de l'échec d'une prise en charge, faisant théoriquement passer le ou la patient·e au niveau de recours suivant :

> « *La définition chiffrée de l'échec n'étant pas consensuelle dans la littérature, le groupe de travail propose de retenir la définition quantitative de l'échec suivante : perte de moins de 5 % de poids à un an ou absence de son maintien, et d'y ajouter les éléments suivants : poursuite de la prise de poids, incapacité à modifier durablement ses comportements, absence de maintien du poids perdu ou aggravation des complications associées à l'obésité.* » (p. 26)[81]

Les recommandations 2022 ajoutent donc à la définition de l'échec de la prise en charge le fait pour le ou la patient·e de persévérer dans ce qui est considéré comme de « mauvais comportements » en termes d'alimentation et d'activité physique. Cet ajout semble indiquer l'importance, mais aussi la place croissante occupée par les MTMV dans la prise en charge de l'obésité. Loin de se limiter aux objectifs de poids, les recommandations insistent sur la nécessité d'éduquer les patient·es afin de leur faire changer leurs habitudes au niveau de l'alimentation et de l'AP.

Si les modes de vie sont, dans la logique propre à la balance énergétique, responsables de l'obésité, et donc potentiellement sources de solution, les recommandations de la HAS nous renseignent sur le fait que ce ne sont pas uniquement des moyens pour faire perdre du poids, mais également des outils qui permettraient d'améliorer la santé d'une manière plus générale et de participer au bien-être de tout un chacun :

> « *Quelle que soit la corpulence, l'objectif primordial est d'accompagner progressivement les modifications des habitudes de vie pour promouvoir la santé et le bien-être.* » (Recommandations 2023 de la HAS sur les parcours de soin de l'obésité, p. 70)[82]

Les MTMV représenteraient un des seuls moyens à disposition des professionnel·les de l'obésité pour exercer leur expertise. C'est, d'une certaine manière, devenu leur cœur de métier, c'est-à-dire ce qui est au centre de leurs préoccupations et les anime professionnellement, comme le rappelle le chef de service à la suite d'une consultation :

> « *Moi, ce qui m'intéresse, c'est le mode de vie des gens.* »
>
> Médecin chef de service entre deux consultations, septembre 2023.

Le paradoxe réside dans le fait que les MTMV ne permettent pas véritablement aux patient·es de perdre durablement du poids (Ross et Bradshaw 2009), ce qui amène la médecine de l'obésité à se doter d'objectifs qui correspondent davantage aux moyens dont elle dispose : promouvoir une santé plus générale qui dépasse la seule question du poids et favoriser le bien-

[80] HAS (2022). *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Partie I : prise en charge médicale*, Recommandations de bonnes pratiques.
[81] *Idem*.
[82] HAS (2023). *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte*, Recommandations de bonnes pratiques.

être. Considérant l'obésité comme une maladie chronique, les professionnel·les de santé admettent que c'est un état stable, non réversible dans la plupart des cas, et s'attachent donc à exercer leurs compétences en vue d'atteindre des objectifs plus larges. Sans solution thérapeutique pour permettre la perte de poids, la médecine de l'obésité n'a *in fine* d'autre choix que d'aligner ses finalités sur ses moyens.

Même dans les cas de chirurgie bariatrique, les recommandations insistent sur le rôle essentiel des MTMV :

> « [Un des objectifs de la prise en charge est de] *poursuivre les modifications thérapeutiques du mode de vie initiées lors de la prise en charge médicale dans la perspective de stabiliser le poids avant l'intervention, d'améliorer l'efficacité et la tolérance de la chirurgie* ». (Recommandations 2024 de la HAS relatives à la chirurgie bariatrique, p. 163)[83]

Pour parvenir à modifier le mode de vie des patient·es, le principal levier mentionné par les recommandations relève de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) :

> « *L'ETP est l'un des piliers de la médecine de l'obésité, car elle a comme objectif de permettre à un patient de modifier durablement son mode de vie sur le plan de l'alimentation, de l'activité physique, de la sédentarité, du sommeil et des rythmes de vie, en tenant compte de sa situation.* » (Recommandations 2022 de la HAS sur les prises en charge médicales de l'obésité de l'adulte, p. 118)[84]

L'ETP est à l'origine issue du traitement du diabète, avec pour ambition d'associer le patient à la prise en charge en développant chez lui des compétences médicales censées l'aider dans la gestion de sa maladie au quotidien (Giordan 2018). Elle s'est ensuite progressivement étendue à d'autres pathologies chroniques, dont l'obésité. Ainsi, dans le cadre de l'obésité, les soignant·es postulent que c'est principalement par un accroissement des connaissances et savoir-faire des patient·es sur les modes de vie désirables et indésirables que ces dernier·ères pourront changer leurs habitudes de vie. C'est le cas pour l'ensemble des patient·es, y compris ceux et celles qui se font opérer :

> « *L'éducation thérapeutique du patient, quelles que soient ses modalités, est recommandée en postopératoire à court, moyen et long terme et doit être personnalisée. Elle sera, au mieux, intégrée dans le suivi postopératoire et devra notamment porter sur les points suivants : accompagnement de la personne sur la dimension alimentaire et comportementale, changements d'image corporelle et de vécu, activité physique régulière, comportements sédentaires et supplémentation nutritionnelle.* » (Recommandations 2024 de la HAS relatives à la chirurgie bariatrique, p. 251)[85]

[83] HAS (2024). *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique*, Recommandations de bonnes pratiques.
[84] HAS (2022). *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Partie I : prise en charge médicale*, Recommandations de bonnes pratiques.
[85] HAS (2024). *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique*, Recommandations de bonnes pratiques.

Si les MTMV sont devenues l'axe transversal de toute prise en charge, le centre de gravité des interactions entre soignant·es et soigné·es se déplace des questions médicales aux questions sociales, et notamment aux questions relatives aux habitudes de vie et à ce que les individus sont capables d'en dire :

> « *L'évaluation de la personne en demande de soins portera autant sur les aspects proprement médicaux, de l'histoire pondérale aux conséquences pour la santé, que sur la trajectoire de vie de la personne, ses habitudes, son contexte de vie et sa situation personnelle dans ses dimensions psychologiques et sociales. L'objectif est bien de construire des parcours de soins "sur mesure" et gradués, incluant tous les acteurs du soin et si nécessaire le secteur médico-social* ». (Clément et al., dans Lecerf et al. 2021, p. XIII, avant-propos)

Pour le dire autrement, ce sont des dimensions sociales de la vie des individus (leurs façons de s'alimenter, d'user de leur corps, leurs situations sociale, professionnelle et relationnelle) qui deviennent des dimensions médicales, dans la mesure où elles sont pleinement intégrées aux consultations et déterminent les parcours de soins.

Toutefois, tous les moyens ne sont pas nécessairement réunis pour que l'ETP constitue pleinement le centre de gravité de toute prise en charge de l'obésité centrée sur les MTMV. C'est ce que révèle par exemple le rapport de l'IGAS de 2017, présentant l'ETP comme « *une voie efficace pour qu'une personne obèse évite une intervention de chirurgie bariatrique* » (p. 115)[86] tout en précisant que « *les personnes obèses ne peuvent pas encore compter sur un développement suffisant de l'éducation thérapeutique du patient* » (p. 114)[87]. Cinq ans plus tard, le rapport Laville de 2023 reconduit ce constat :

> « *Globalement, l'accès à un programme d'ETP reste problématique pour les soins de proximité. Paradoxalement, l'acte chirurgical apparait aujourd'hui comme le niveau de prise en charge le plus accessible.* » (p. 42)[88]

Le mouvement qu'impulsent les rapports et recommandations traitant de la prise en charge de l'obésité peut donc se résumer ainsi : accroitre la place de l'ETP pour permettre aux patient·es, par un apport de connaissances et de compétences, de modifier leurs habitudes de vie dans un sens plus désirable (parce que plus favorable à la santé et au bien-être) sans nécessairement rechercher une perte de poids, afin d'éviter le recours jugé trop systématique à la chirurgie. La médecine de l'obésité tend à prendre une forme éducative assez explicite de réforme des conduites de vie. Reste à préciser, dans ce cadre, quel doit être le contenu de cette éducation.

[86] Le rapport prône ainsi une réduction du nombre d'actes bariatriques en France. Emmanuelli J., Maymil V., Naves P. (2017). *Situation de la chirurgie de l'obésité*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.
[87] *Idem*.
[88] Laville M. (2023). *Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France*, Commandé par le Ministre de la Santé et de la Prévention et le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées.

B. L'AP, un « médicament parfait » ?

Les recommandations concernant les MTMV se centrent donc essentiellement sur deux pôles, l'alimentation et l'activité physique, qui constituent les deux plateaux de la balance énergétique. Dans cette balance, le rôle de l'AP au sein de la prise en charge de l'obésité semble faire l'objet d'un consensus.

Au départ, la promotion de l'AP dans une perspective de santé n'est pas directement liée à l'obésité. C'est davantage dans les domaines de la cardiologie, de l'épidémiologie et du mouvement sportif que naissent les premières préoccupations de lutte contre la sédentarité et les revendications pour la promotion de l'AP (Morales 2023). Les premières recommandations relatives à l'AP datent de 1978 et sont publiées par l'*American College of Sports Medecine*[89]. L'association entre activité physique et santé, qui donnera le couplage « sport-santé », se diffuse dans l'espace politique et médiatique français au cours des années 1980 et 1990, contre une vision répandue dans la deuxième moitié du XXème siècle selon laquelle le sport, et notamment le sport de compétition, serait néfaste pour la santé, cardiaque notamment (Morales 2023).

C'est au tournant des années 2000, avec la construction de l'obésité comme un problème de santé publique, que l'AP apparait comme un enjeu pour les instances gouvernementales, notamment internationales. En 2004, l'Assemblée mondiale de la santé (*World Health Organization*) de l'OMS crée une « stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » qui vise à inciter les États membres à développer l'AP pour lutter contre la sédentarité et l'inactivité. S'ensuit, en 2006, un rapport du bureau régional Europe de l'OMS sur l'activité physique et la santé[90]. En 2008, un groupe d'experts est créé pour mettre en place des recommandations. Publiées en 2010 par l'OMS, ces dernières sont exclusivement basées sur des données biomédicales. En parallèle, toujours en 2010, l'*International Society for Physical Activity and Health* publie, via le *Global Advocacy Council for physical Activity*, la « Charte de Toronto pour l'activité physique » sous-titrée « un appel mondial à l'action ». Cette charte, produite par des universitaires, vise à influencer les décideurs politiques pour les inciter à promouvoir l'AP afin de réduire la sédentarité et l'inactivité physique dans une optique de réduction des coûts de santé.

Selon Vieille-Marchiset (2019), ces documents et recommandations produits par des instances internationales suivent tous la même logique : cumuler les références scientifiques biomédicales sur les bienfaits de l'AP et les méfaits de la sédentarité et de l'inactivité physique, puis présenter des constats alarmants sur les taux de sédentarité et d'obésité, afin de proposer des stratégies à mettre en place à partir d'une synergie d'acteurs. Ce type de proposition légitimée par des savoirs biomédicaux conduit à promouvoir un certain type d'AP, quotidienne et peu coûteuse, plutôt que des loisirs sportifs et/ou éducatifs encadrés. Les visions des scientifiques convergent finalement avec celles des producteurs de recommandations internationales pour présenter l'inactivité comme une épidémie à mettre en lien avec l'épidémie

[89] Sur la diffusion internationale des politiques instituant l'AP à usage thérapeutique, voir Cairney, McGannon, et Atkinson (2018).
[90] Cavill N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

d'obésité. Le travail d'influence des scientifiques se base sur une rhétorique reprise dans de nombreux articles (Piggin et Bairner 2016), celle d'un temps supposément révolu où le mouvement faisait « naturellement » partie de la vie humaine, et où l'inactivité physique serait une forme de perversion de la modernité.

À l'échelle nationale, la place de l'AP comme outil de santé publique a surtout été analysée au travers de son importance croissante dans les divers plans gouvernementaux (cf. Figure n°2), dont les PNNS (Basson, Haschar-Noé, et Honta 2022 ; Grassler 2021 ; Merlaud 2014 ; Morales 2023 ; Radel et Morales 2013). La thèse de Perrier montre par exemple comment le ciblage progressif des politiques publiques en matière d'AP sur les populations dites « vulnérables » s'est fait au prix d'une lutte de pouvoir entre les différents acteurs de l'action publique (Perrier 2022). Mais si l'on veut tenter d'estimer l'évolution de l'importance de l'AP dans la prise en charge de l'obésité au cours du temps, il semble nécessaire d'y adjoindre une analyse des recommandations nationales publiées par la HAS, les guides de bonnes pratiques et rapports sur l'obésité, notamment les plus récents.

Comme pour les instances internationales, c'est au tournant des années 2000 que l'AP devient une question de santé publique reliée à l'obésité en France (Génolini et Clément 2010). On peut identifier trois étapes dans la médiatisation par des campagnes d'information sur les dangers de l'inactivité par rapport à l'obésité : provoquer une prise de conscience que l'inactivité est une menace ; dédramatiser l'effort physique en présentant l'inactivité physique comme un penchant non naturel ; donner des exemples de pratiques physiques facilement réalisables au quotidien. L'enjeu principal serait, depuis les années 2000, de transmettre les informations nécessaires pour que chacun puisse gérer de manière autonome sa vie physique en vue d'éviter un comportement présenté comme déviant, l'inactivité, qui mène à l'obésité.

La rhétorique visant à instituer l'inactivité physique comme un contre-modèle d'usage du corps perdure. Elle s'accompagne d'une importance croissante accordée à l'AP dans les stratégies promotionnelles, politiques et thérapeutiques en lien avec la santé et l'obésité. Le PNNS 1 accorde ainsi une place modeste à l'AP dans la stratégie globale, puisque seul un objectif sur neuf lui est consacré (Grassler 2021). Le PNNS 2 prend la suite en se basant sur la même logique d'information et d'éducation des individus, cette fois-ci en accordant davantage de place à l'AP (Radel et Morales 2013). Les AP qu'il présente intègrent à la fois les loisirs, les déplacements, les activités quotidiennes et professionnelles et les activités ménagères, avec un objectif repère d'au moins 30 minutes de marche par jour. Le rapport de l'IGAS de 2010, visant à évaluer le PNNS 2, fait mention de la place marginale de l'AP dans les deux premiers PNNS, trop peu présente dans le premier, et trop dispersée dans le second.

L'année 2008 constitue un moment de bascule avec la publication de deux rapports ministériels liés à l'AP : le rapport de l'INSERM commandé en 2006 par le ministre de Jeunesse, des Sports et de la vie associative (Jean-François Lamour) et le Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS) commandé par la ministre de la Santé, de la jeunesse et des Sports (Roselyne Bachelot). L'avant-propos du rapport de l'INSERM pose les enjeux de l'intérêt à considérer l'AP comme un objet de santé publique, reprenant la rhétorique de dramatisation de l'effet des modes de vie contemporains évoquée *supra* :

> « *Dans les pays industrialisés, l'évolution du mode de vie s'accompagne d'un abandon progressif de la dépense physique dans les activités professionnelles comme dans celles de la vie courante.* […] *L'épidémie d'obésité et l'accroissement de maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, sont souvent mis en relation avec ce phénomène.* […] *"Bouger" est ainsi devenu un nouvel enjeu de santé publique*. » (p. XI)[91]

Cette expertise collective de l'INSERM rassemble avant tout des experts du monde de la santé et de l'AP, dans une optique résolument centrée sur les savoirs médicaux et les sciences de la vie (Perrier 2022). Les auteurs présentent par ailleurs la commande de ce rapport comme un signe visant à instaurer une perspective d'action politique forte. Le lien entre inactivité physique et obésité est clairement effectué, en s'appuyant sur les résultats de grandes enquêtes épidémiologiques et biomédicales :

> « *Malgré ces problèmes de méthodes, les écarts repérés entre les enquêtes portant sur la pénétration et celles qui évaluent l'intensité de l'activité physique, les grandes fluctuations dans l'évaluation de la pratique juvénile, les études internationales convergent et mettent en évidence la baisse de participation au sport et l'augmentation du phénomène du surpoids*[92]*. On peut considérer qu'il y a bien un problème de participation aux activités physiques ou sportives pour qu'une partie de plus en plus importante de la population atteigne les objectifs proposés par les organismes de santé publique.* » (p. 56)[93]

La mise en problème de l'inactivité physique se fait sous une forme qui crée explicitement le lien avec l'épidémie d'obésité, ce qui permet d'affirmer l'importance de la promotion de l'AP dans le cadre d'une prévention de la prise de poids, voire comme facteur de santé plus général. Pour les promoteurs de cette logique d'utilisation de l'AP comme un outil de santé, cette dernière est déjà définie comme ayant une place importante dans le traitement médical de l'obésité. L'AP apparait donc aussi comme un outil thérapeutique à part entière, impliquant l'intervention et la coordination d'acteurs professionnels jugés essentiels :

> « *Dans le cadre de la prise en charge globale des patients obèses, l'activité physique participe au maintien du poids au décours d'une perte de poids initiale, par des mécanismes à la fois physiologiques et psychologiques. De plus, l'activité physique permet de réduire le risque cardiovasculaire, en partie indépendamment des variations de poids, et est associée à une augmentation de la qualité de vie (Oppert et Dalarun, 2004). La perte de poids obtenue en associant régime et programme d'activité physique est supérieure à celle résultant du régime seul, la différence entre les deux types de prises en charge n'étant cependant que de l'ordre de quelques kilos (Wing, 1999). Cet effet de l'activité physique sur la perte de poids reste donc modeste.* […] *Sur le plan pratique, la difficulté dans tous les cas est d'inciter des sujets "inactifs et sédentaires"*

[91] INSERM (2008). *Activité physique. Contextes et effets sur la santé*, Expertise collective, Paris : éditions de l'INSERM.
[92] Dans ce rapport, surpoids et obésité sont amalgamés dans un « *excès* » de poids.
[93] INSERM (2008). *Activité physique. Contextes et effets sur la santé*, Expertise collective, Paris : éditions de l'INSERM.

à reprendre goût au mouvement et à devenir au moins modérément actifs, de façon régulière dans leur vie quotidienne, à long terme. Il s'agit d'intégrer l'activité physique dans le registre du bien-être autant que dans celui de l'amélioration de l'état de santé (Oppert et Dalarun, 2004). » (pp. 457-458)[94]

De son côté, le PNAPS, également publié en 2008 avec le concours de 125 experts de disciplines très variées, évoque dès l'introduction « *l'évolution séculaire de l'activité physique quotidienne des Français* » (p. 11) pour alerter sur les dangers des modes de vie contemporains et justifier le fait d'impulser une politique de santé publique centrée sur l'AP (Merlaud 2014). Dès la deuxième phrase du rapport, la sédentarité est présentée comme une épidémie historiquement située :

> « *La sédentarité croissante constatée dans nos sociétés développées n'existe sous sa forme épidémique que depuis la deuxième moitié du XX*^{ème} *siècle.* » (p. 11)[95]

Nous serions ainsi victimes d'une course aux progrès et à la performance conduisant à simplifier nos modes de vie et à transformer nos conditions de travail. Le temps passé devant la télévision et Internet, du fait de « *notre soif de connaissance* » et de « *la recherche permanente d'informations* » (p. 12), est également évoqué comme facteur de sédentarisation. Face à ces constats, une seule solution semble s'imposer : la promotion de l'AP. On comprend un peu mieux ce positionnement, quand on sait que Jean-François Toussaint, qui préside le PNAPS, n'est pas seulement cardiologue et professeur de physiologie, mais aussi ancien sportif de haut-niveau. Au-delà d'un penchant personnel pour l'AP, et pour le sport en particulier, Jean-François Toussaint manifeste une croyance personnelle forte dans le fait que le mouvement serait un « *remède fondamental* » à notre monde contemporain vu comme pervers (Perrier 2022).

Dans ce cadrage médical et sportif, les bienfaits des activités physiques sur la santé s'imposeraient d'autant plus qu'ils peuvent s'appuyer sur les résultats d'études biomédicales internationales. La recherche scientifique vient servir de caution à l'introduction d'un nouvel objet de politique publique :

> « *Même d'intensité modérée, la pratique régulière diminue la mortalité, augmente la qualité de vie et prévient les principales pathologies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, ostéoporose et maladies ostéoarticulaires). Elle aide au contrôle du poids corporel, est associée à une amélioration de la santé mentale (en réduisant l'anxiété et la dépression), permet une croissance harmonieuse de l'enfant et de l'adolescent et le maintien de l'autonomie des personnes âgées.*
>
> *L'activité physique régulière est aussi un élément majeur du traitement des principales pathologies chroniques (cardiopathies ischémiques, bronchopathies chroniques*

[94] *Idem*.
[95] Toussaint J.-F. (2008). *Retrouver sa liberté de mouvement*. Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

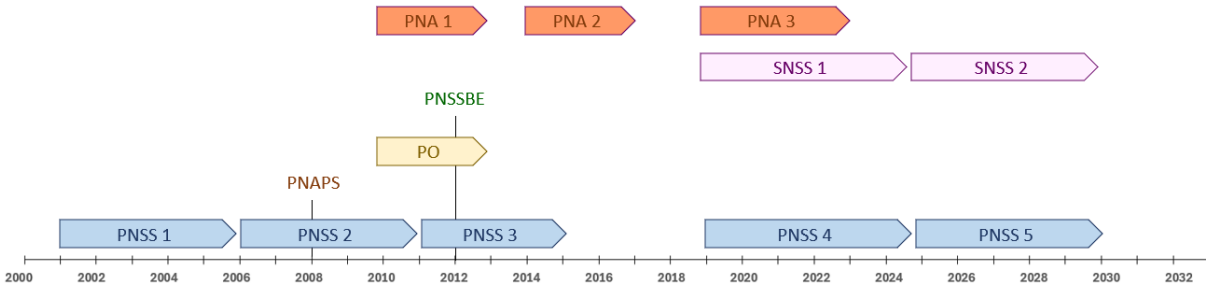
obstructives, obésité et diabète de type 2) et participe à la prise en charge thérapeutique d'autres maladies (ostéoarticulaires ou neurologiques dégénératives). » (p. 16)[96]

L'obésité et la gestion du poids apparaissent ici parmi d'autres thématiques sur lesquelles la pratique d'AP peut avoir un impact positif. La logique argumentaire semble assez commune aux rapports internationaux du début des années 2000 : le niveau de bénéfice décrit de la pratique d'AP est à la mesure du caractère alarmant des constats préalablement cités, le tout légitimé par de multiples études biomédicales. Le PNAPS propose en outre plusieurs pistes de politiques publiques pour développer la pratique chez tous les individus, et préfigure ce que seront la prescription d'AP par un médecin, les maisons sport-santé et le statut des enseignant·es en APA. Au-delà de cette amorce de dispositifs d'action publique, le PNAPS a surtout été un moment clef de structuration d'un réseau d'acteurs portés sur la question de l'usage sanitaire de l'AP (Perrier 2022). À la « mise en problème » de l'obésité succède en quelque sorte la « mise en solution » de l'AP à l'orée des années 2010, sous un cadrage résolument médical.

C'est donc à la suite de ces deux rapports, à la fois alarmants et proactifs dans leurs propositions d'actions en matière de politiques publiques, que se structure une politique de santé publique centrée sur l'AP pour, entre autres, prévenir l'obésité, devenue un « problème public » à part entière à enrayer. C'est ainsi qu'en 2011, la HAS reconnait le statut de thérapie non-médicamenteuse[97] à l'AP, et qu'un nouveau plan national est lancé : le Plan National Sport, Santé, Bien-Être (PNSSBE, 2012-2018). Ce plan interministériel, porté par Valérie Fourneyron et Marisol Touraine[98], vise à positionner l'AP comme un outil de santé publique, notamment après 2016, et à décliner localement, au sein des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et des Agences Régionales de Santé (ARS), des actions de promotion et d'encadrement des activités physiques (Morales 2023). Les fédérations sportives sont ici incitées à intégrer le « sport-santé » dans leurs pratiques, au regard d'une pression étatique liée à leur mission de service public et aux financements qui en découlent (Honta et Illivi 2019)[99].

[96] *Idem*.
[97] Ce statut recouvre des pratiques à adopter par les patient·es dans le but d'améliorer l'efficacité des traitements ou la gestion d'une pathologie.
[98] Respectivement ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative et ministre des Affaires sociales et de la Santé. Valérie Fourneyron est par ailleurs médecin du sport, proche de Jean-François Toussaint qu'elle a connu *via* le monde du volley-ball (Perrier 2022).
[99] Pour une évolution historique des effets sur les fédérations d'une incitation à intégrer des dimensions « sport-santé », voir Morales (2019).

Figure n°2 *: Programmes et plans relatifs à l'obésité, l'alimentation et/ou l'AP depuis 2000.*



C'est également en 2012 qu'un dispositif local de « Sport santé sur ordonnance » est mis en place dans l'agglomération de Strasbourg. Mené par Alexandre Felz, médecin généraliste et adjoint à la santé de la ville, ce dispositif permet à des personnes possédant une pathologie d'être orientées par leur médecin pour pratiquer une APA. Si les mises en œuvre de ce « sport sur ordonnance » sont très contrastées dans la pratique, du fait des cultures professionnelles multiples des intervenant·es (Gasparini et Knobé 2021 ; Marsault 2016, 2017), le dispositif se généralise dans les années suivantes à l'échelle nationale. Le 27 novembre 2015, le « sport sur ordonnance » obtient une existence législative dans le cadre des discussions sur une loi de modernisation du système de santé. Publié au journal officiel le 30 décembre 2016, le décret d'application précise que le médecin traitant peut prescrire une APA pour des Affections de Longue Durée (ALD), qui peut être dispensée par un·e professionnel·le de santé, un·e EAPA ou un·e éducateur·ice sportif·ve. La médiatisation de ce nouveau dispositif de « sanitarisation du sport » (Vieille-Marchiset 2019) n'est pas sans créer de confusion, puisqu'une grande partie des usagers du système de santé s'attend à pouvoir être remboursée par l'Assurance maladie des prestations d'AP, ce qui n'est pas le cas[100]. Le rapport de la Cour des comptes de 2019 sur la prévention et la prise en charge de l'obésité pointe le peu d'évaluation des effets de cette mesure sur la pratique d'AP des personnes, mais aussi l'absence de ciblage sur les personnes obèses :

> « *Il serait nécessaire d'évaluer l'observance des patients car peu d'études ont évalué les conditions du maintien de la pratique d'activités physiques sur le long terme "en conditions réelles".* […] *Enfin, au-delà des personnes obèses porteuses d'une ALD, il est opportun d'inciter l'ensemble des personnes obèses à pratiquer une activité physique et sportive.* » (p. 95)[101]

La question de la lutte contre l'obésité par l'AP est plus directement traitée dans le PNNS 3 (2011-2015). Au fil des PNNS, l'AP voit sa définition s'élargir. Si, dans le premier, ne relevait de l'AP que les activités encadrées non sportives, le second PNNS intègre le sport, et le

[100] Seules quelques mutuelles remboursent les séances d'AP ou d'APA, ce qui crée de fortes inégalités économiques d'accès à un dispositif pensé pour favoriser la pratique d'AP, y compris des publics les plus défavorisés.
[101] Cour des comptes (Novembre 2019). *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

troisième y ajoute tout mouvement corporel. Mais le PNNS 3 renverse aussi la perspective des deux précédents PNNS et du PO en plaçant l'AP au centre et non plus à la périphérie des préoccupations. Plusieurs facteurs concourent à faire de l'AP le nouvel objet consensuel au service de la lutte contre le surpoids et l'obésité. Tout d'abord, le PNNS 3 fait le constat de l'échec des plans précédents à stopper l'augmentation de la prévalence de l'obésité, imposant de changer de méthodes. Face aux déboires et controverses générés par les coupe-faim et régimes, l'AP apparait comme un « multimédicament » aux allures consensuelles (Merlaud 2014). Par ailleurs, les secteurs de l'APA et de la médecine du sport gagnent en légitimité et leurs professionnel·les s'imposent comme des groupes d'acteurs ressources désormais incontournables. Enfin, en étudiant la genèse du PNNS 3, Camille Boubal (2019) montre que la focalisation nouvelle sur l'AP permet, par son caractère consensuel, d'éviter aux pouvoirs publics (via l'INPES) d'attaquer frontalement les industries agro-alimentaires et d'apparaitre comme des « stigmatiseurs » de certains comportements. Ce dernier point est également mis en avant par le rapport de l'IGAS de 2016 chargé d'évaluer le PNNS 3. Ce rapport note par ailleurs que les mesures adoptées dans ce PNNS 3 ne tiennent pas compte de la diversité des groupes sociaux, ce qui accroit les inégalités dans la mesure où les messages préventifs sont plus efficaces pour les individus de classes supérieures qui répondent déjà aux recommandations de prévention sanitaire (Grassler 2021). Le PNNS 3 se voit enfin reprocher par l'IGAS d'être peu lisible dans la masse des autres plans relatifs à l'AP et la santé.

La multiplication des plans et des mesures, bien que fréquemment déplorée par les rapports évaluatifs, se poursuit en 2019 avec le quatrième PNNS (2019-2024), qui place davantage l'AP au cœur de ses recommandations que le précédent, et la Stratégie Nationale Sport-Santé 1 (SNSS 1, 2019), portée par le ministère des Sports et le ministère des Solidarités et de la Santé pour la promotion de l'AP. Le constat d'une absence de politique nationale organisée au sujet de l'AP à des fins de santé (Prévot-Ledrich et al. 2016) reste valable en 2024, tant les stratégies, plans, et ministères semblent peu coordonnés. La Stratégie Nationale Sport-Santé 1 se substitue ainsi au PNSSBE pour tenter de faire face à la « *pandémie* » d'inactivité physique (p. 4), en déployant notamment au niveau local les Maisons Sport-Santé. Leur mission est de regrouper différents acteurs médicaux, paramédicaux et sportifs[102] pour proposer un accompagnement aux personnes, qu'elles bénéficient ou non d'une ordonnance, pour la pratique d'AP à visée de santé.

Que ce soit dans le cadre du PNNS 4 ou de la SNSS 1, l'AP contribue à alimenter le consensus autour de la lutte contre l'obésité et de maintenir une cohérence affichée dans les préconisations (Merlaud et Terral 2016). La nouvelle mouture du PNNS 5, sortie en septembre 2025 et courant jusqu'en 2030, ne bouscule pas ce consensus. Des controverses existent néanmoins sur les finalités à donner à l'AP, qui vont de l'augmentation des dépenses énergétiques au développement du bien-être, en passant par la modification de la composition corporelle[103] et de la condition physique. Les approches les plus biologisantes sont portées par les acteurs qui occupent les positions dominantes dans le champ de la lutte contre l'obésité, à savoir les

[102] Ce qui n'est pas sans conséquence sur la délimitation des périmètres d'action de chaque profession (Morales 2023).
[103] C'est-à-dire augmenter la masse musculaire et réduire la masse grasse.

médecins nutritionnistes, diabétologues, endocrinologues et internistes, alors que les approches les plus psychologisantes sont portées par des acteurs plus marginaux, comme par exemple le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) (Merlaud et Terral 2016).

L'intégration de l'AP comme outil sanitaire constitue donc un mouvement de fond. Porté par les divers plans ministériels, il marque les rapports et recommandations récents liés à la prise en charge de l'obésité. Que ce soit dans le rapport de la Cour des comptes de 2019, dans le rapport du Sénat 2022 et dans le rapport Laville 2023 ; ou bien dans la feuille de route 2019-2022 sur la prise en charge de l'obésité, dans les recommandations de 2022 sur la prise en charge médicale de l'obésité de l'adulte[104], mais aussi dans celles de 2023 sur les parcours de soin et de 2024 sur la chirurgie bariatrique, l'AP est systématiquement considérée – de pair avec l'alimentation – comme un élément central des MTMV. Parfois même, comme c'est le cas dans les recommandations de 2023 sur les parcours de prise en charge, les recommandations liées à l'AP apparaissent dans le texte avant les celles concernant l'alimentation[105].

En lien avec la place importante de l'AP, ce sont également les EAPA qui sont mis en lumière dans les rapports et recommandations. Ces publications récentes prennent ainsi position dans un espace professionnel de lutte de territoires entre les EAPA, les éducateurs sportifs, les kinésithérapeutes et les médecins du sport (Perrin 2016). Ce faisant, elles entendent contribuer à légitimer le groupe des enseignant·es en APA, historiquement dominé par les autres groupes précités, davantage installés. C'est ainsi un certain type d'AP qu'il s'agit de valoriser dans les rapports et recommandations pour promouvoir les EAPA, qui n'est ni une réhabilitation/rééducation (rôle des kinésithérapeutes), ni un sport-santé qui pourrait être associé au monde sportif (rôle des éducateur·ices sportif·ves), mais davantage des activités contrôlables et adaptées aux besoins sanitaires de chacun.

Dans un contexte marqué par la focalisation sur les comportements individuels, et la tendance à réduire les objectifs en matière de perte de poids, l'AP apparait comme l'outil idéal d'amélioration de la santé, indépendamment du poids. Son utilisation sanitaire apparait très cohérente pour répondre à ces nouveaux objectifs constitués suite aux échecs antérieurs liés aux régimes alimentaires, aux médicaments et à la chirurgie. Dans les publications médicales (Lecerf et al. 2021), elle est ainsi mise en exergue pour son rôle dans le maintien du poids et la régulation des signaux de la faim, mais aussi sur l'augmentation de la lipolyse et de la sensibilité des cellules à l'insuline. L'AP est *in fine* vue comme ayant un rôle de santé primordial, indépendamment de la perte de poids.

Le service enquêté dans le cadre de cette thèse se positionne d'une manière particulièrement claire dans ce processus d'intégration de l'AP comme outil thérapeutique dans la prise en charge de l'obésité. Lors d'une présentation en « réunion staff » hebdomadaire, le chef de service présente au reste de l'équipe les principaux enjeux autour de l'AP :

> Le chef de service présente une diapo sur les bénéfices de l'AP, déclarant en la commentant que « *l'activité physique, c'est le médicament parfait* ». Sur l'écran, les effets de la pratique

[104] « *La lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique doit être privilégiée* » (2022, p. 118).
[105] Point 3.5.1. pour l'AP contre point 3.5.2. pour l'alimentation.

> d'une AP sur les comorbidités de l'obésité sont détaillés, avec une réduction du risque de mortalité, de pathologies cardiovasculaires, cancer, de diabète et de prise de poids. Le chef de service commente : « *Comme vous êtes en nutrition, vous allez me dire que l'alimentation, c'est pareil. Mais pour moi, l'activité physique est encore plus efficace. Mais ça, ça reste entre nous*. » [...] Une personne présente demande ce qu'il faut faire pour soutenir les patients dans la pratique d'une AP. Le chef de service répond qu'il ne « *faut pas se focaliser sur le poids. C'est le message majeur de notre formation. L'idée est plutôt de promouvoir un mode de vie sain*. »
>
> Notes d'observation lors d'une « réunion staff », présentation sur l'AP faite par le médecin chef de service, novembre 2023.

La description de l'AP comme « *médicament parfait* » est appuyée dans la présentation par un tableau sur lequel le chef de service passe beaucoup de temps, où les principaux bénéfices de l'AP sur une multitude d'aspects (maintien du poids, prévention du diabète de type 2, réduction de l'hypertension artérielle, etc.) sont comparés aux traitements médicamenteux disponibles. L'efficacité de l'AP par rapport à d'autres traitements est considérée dans la quasi-totalité des cas comme élevée, voire très élevée. Les types d'activités physiques préconisées (endurance, résistance, renforcement musculaire, etc.) sont alors indexés sur leurs effets physiologiques. En devenant un « *médicament parfait* », pour reprendre les mots du médecin, l'AP participe à l'extension de la définition de ce qu'est un médicament, qui ne serait plus uniquement une « *substance* ou *composition* présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives »[106], mais également une *pratique* individuelle.

Mais le service enquêté est-il représentatif de la manière de traiter l'obésité en France, et donc de penser l'AP comme un « médicament » ? Nous le verrons plus en détail par la suite, en détaillant les méthodes précises employées : le service fait plutôt office d'avant-garde, en étant fortement en adéquation avec les recommandations les plus récentes sur les modes de prise en charge de l'obésité. Si le caractère fortement situé de l'enquête ne permet pas d'englober avec précision les différences de position des centres (privés ou publics) au regard de leurs pratiques face à l'obésité, on peut tout de même noter, à partir des diverses recommandations de la HAS, que la prise en charge de l'obésité tend vers la direction incarnée par le service enquêté. En effet, nous considérons, à l'inverse de Ruiz (2025), que les médecins nutritionnistes sont, contrairement aux chirurgiens et aux membres du GROS, en position dominante dans le sous-champ de la médecine de l'obésité. Parce qu'ils ont les places les plus valorisées symboliquement (hospitalo-universitaires dans les CSO), et parce qu'ils ont partie liée avec le champ du pouvoir (contributeurs aux recommandations de la HAS), les médecins nutritionnistes concentrent les capitaux culturels et symboliques définissant leur place de dominants, au regard des règles du jeu du sous-champ dans lequel ils se placent en tant que prescripteurs des pratiques légitimes.

[106] Article L.5111-1 du code de santé publique, souligné par moi. La définition complète d'un médicament est celle-ci : « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. ».

En plus d'être un moyen consensuel d'atteindre les objectifs de la prise en charge de l'obésité, l'AP permet aux professionnel·les d'exercer une forme d'expertise liée au fait de prodiguer des conseils et, d'une certaine manière, de prescrire une thérapie. À l'inverse, l'alimentation semble moins l'objet de prescriptions précises, dans la mesure où les régimes et autres injonctions hypocaloriques à suivre sont remis en cause. Dans un contexte où il n'existe qu'une pharmacopée limitée, prescrire une AP peut offrir un moyen pour les obésologues de construire dans l'interaction avec les patient·es une légitimité professionnelle parfois écornée :

> Le patient 1, qui souhaite perdre du poids en vue d'une transplantation d'un rein, part de la salle de consultation. Le médecin me dit, avant que le patient 2 ne rentre : « *C'est quand même fou la transplantation, c'est autre chose que de dire aux gens de faire 10 000 pas par jour, c'est une autre technicité* ». Il ajoute : « *même s'il faut une certaine technicité pour trouver les moments où il faut dire aux personnes de faire 10 000 pas par jour* ». […] Suite à la consultation du patient 2, venu pour discuter de chirurgie, le médecin me dit que son cas est différent du patient 1. C'est une situation où ils peuvent « *vraiment apporter quelque chose au patient* ». En faisant référence au projet de transplantation d'un rein du patient 1, il ajoute : « *ce n'est pas parce qu'on fait pas de transplantation qu'on peut pas faire quelque chose* ».
>
> Notes d'observation de consultations médicales, octobre 2023.

L'expression employée, « *faire quelque chose* » semble révélatrice d'une forme d'illégitimité, notamment des médecins, vis-à-vis d'autres spécialités médicales qui seraient davantage « *dans l'action* »[107] et qui peuvent manifester leur expertise par l'usage d'une « *certaine technicité* » ou d'une pharmacopée de pointe. Un bon moyen de « *faire quelque chose* », et donc d'éviter de paraitre démuni face au patient, consiste en partie à « *trouver les moments où il faut dire aux personnes de faire 10 000 pas par jour* », ou bien un autre type d'AP.

Pour qualifier la place grandissante de l'AP dans les politiques de santé publique, certains auteurs utilisent l'analogie de la « panacée » (Basson, Haschar-Noé, et Honta 2022). Dans une rhétorique que nous retrouvons sur le terrain d'enquête, l'AP serait un nouveau « médicament miracle » utile dans chaque situation. L'AP est-elle réellement perçue par tous les acteurs comme la thérapie idéale ? Si sa place est certes devenue centrale au cours des quinze dernières années, les acteurs de la prise en charge sont par ailleurs parfaitement au fait d'un certain nombre de limites à son égard, notamment liées au fait que la pratique d'une AP n'aide que très modérément à la perte de poids (Swift et al. 2018). Un des enjeux de la prise en charge est d'ailleurs de faire comprendre aux patient·es ces limites. Les rapports ministériels et recommandations de la HAS manifestent eux-mêmes une forme de retenue et de nuance face à un engouement suscité par cette option thérapeutique :

> « *Les interventions sur le comportement individuel, comme la modification du régime alimentaire et la pratique de l'activité physique, peuvent être efficaces à long terme* […]. *Cependant, les résultats des interventions sur le comportement sont variables au sein de la population traitée en raison de différences au niveau de la compliance et du profil biologique des personnes. Les résultats en termes de variation de poids sont caractérisés par une grande hétérogénéité selon les patients. De plus, l'activité*

[107] Expression employée sur mon terrain pour décrire l'activité des chirurgiens par exemple.

physique proposée aux personnes obèses présente des limites en raison de la faible aptitude des personnes. De même, il est difficile de respecter un programme d'activité physique qui augmente les dépenses, sans d'un autre côté devoir augmenter les entrées énergétiques. Et l'augmentation de ces dépenses est contrebalancée par une réduction de la thermogenèse réduisant ainsi ses effets. Enfin, quel que soit le type d'intervention chez les personnes en surpoids ou obèses (réduction des entrées, augmentation des dépenses par l'activité physique ou les deux), le taux d'échec à long terme est élevé. Ainsi, il est nécessaire de proposer aux personnes chez qui ces interventions sont inefficaces d'autres options thérapeutiques. » (Rapport de l'IGAS, 2017, pp. 244-245)[108]

Alimentant la croyance selon laquelle les personnes obèses ont une faible aptitude à l'AP et n'en pratiquent pas, bien que ce soit ici dans une forme argumentaire qui laisse penser que cette inactivité est la conséquence et non la cause de l'obésité, ces rapports tempèrent l'idée de l'impact d'une approche exclusivement centrée sur l'AP. C'est d'ailleurs bien parce que l'AP n'est pas « la panacée » que les professionnel·les (et les industries pharmaceutiques) continuent de miser sur le développement de molécules pouvant aider à la perte de poids (Lassen et Aron-Wisnewsky 2023). Si les objectifs de la prise en charge de l'obésité se sont resserrés sur des paramètres indépendants de la perte de poids, les attentes sociales et politiques pour résoudre « l'épidémie » d'obésité restent toutefois particulièrement fortes, d'où les espoirs persistants dans la recherche pour trouver un médicament efficace :

« *L'arrivée de médicaments à l'efficacité prouvée pour traiter l'obésité, et avec un profil de sécurité satisfaisant, associée à une régulation de la chirurgie bariatrique, ouvrent le champ à des stratégies thérapeutiques nouvelles.* » (Rapport Laville, 2023, p. 15)[109]

Si la possibilité d'un traitement médicamenteux de l'obésité revient à l'ordre du jour (cf. Encadré n°3), c'est bien parce que les MTMV et l'AP ne suffisent pas à répondre aux attentes externes qui sont placées dans la médecine de l'obésité. Pouvoir prescrire une molécule efficace pour perdre du poids, et sans effets secondaires majeurs, pourrait apparaitre aux professionnel·les de l'obésité comme un moyen de gagner en légitimité symbolique vis-à-vis des patient·es et des autres spécialités médicales :

Le médecin me dit qu'il veut inclure le plus de patients possible dans le protocole d'accès précoce au Wegovy. Il me dit qu'il y a une histoire très intéressante sur le médicament, que c'est une suite de fiasco, mais il semble me dire que cette fois-ci, c'est la bonne !

Notes d'observation, propos d'un médecin entre deux consultations médicales, septembre 2023.

Le chef de service dit à ses collègues qu'il trouve très intéressant le fait que le médicament vienne redonner de l'intérêt à l'obésité pour les spécialités médicales autres que la nutrition ou

[108] Emmanuelli J., Maymil V., Naves P. (2017). *Situation de la chirurgie de l'obésité*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.
[109] Laville M. (2023). *Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France*, Commandé par le Ministre de la Santé et de la Prévention et le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées.

la diabétologie : « *C'est très intéressant pour nous qui n'avons pas eu de médicaments depuis longtemps.* »

Notes d'observation lors d'une réunion « staff » hebdomadaire, novembre 2023.

Si les espoirs dans les analogues du GLP-1 sont grands, ils restent toutefois suspendus au souvenir des revers précédents, Mediator et Rimonabant en tête. Il n'est ainsi pas rare que les professionnel·les, médecins, diététiciennes ou infirmières, me précisent qu'il reste encore des zones d'ombres sur le fonctionnement de ces molécules, notamment dans le cas des obésités sévères.

Quoi qu'il en soit, même lorsque les patient·es peuvent avoir accès à ces traitements nouveaux, les MTMV, et notamment l'AP, restent centrales. Les recommandations 2023 de la HAS sur les parcours de soins indiquent bien que les médicaments de types analogues GLP-1 sont indiqués comme « traitement de seconde intention et selon certaines conditions »[110] et associés « à une activité physique et au maintien dans le temps des modifications des habitudes de vie pour éviter un rebond pondéral » (p. 75)[111]. Comme le précisent également les recommandations 2022 relatives à la prise en charge médicale de l'obésité de l'adulte, les traitements médicamenteux sont loin d'être la priorité, puisqu'ils interviennent dans des cas spécifiques « après la mise en place des changements du mode de vie et une prise en charge nutritionnelle adaptée, lorsque le patient reste en échec sur la réduction du poids » (p. 133)[112]. Quelle que soit l'orientation thérapeutique choisie, les MTMV, dont l'AP, restent au cœur des prises en charge de l'obésité.

Conclusion du chapitre 1 : nouveaux objectifs, nouvelles méthodes

La prise en charge de l'obésité s'inscrit dans un contexte au sein duquel les recommandations et politiques publiques en lien avec la question de la santé et de l'excès de poids se centrent principalement autour des prises en charge individuelles. Si les inégalités face au poids et les enjeux des discriminations pondérales sont évoqués, les réponses apportées sont davantage individuelles que collectives ou politiques.

Centrés sur un paradigme de la balance énergétique, équilibre précaire entre les entrées alimentaires et les dépenses physiques, les professionnel·les de l'obésité semblent démunis face à une pathologie qu'ils peinent à traiter. En l'absence de pharmacopée efficace (au moins jusqu'à une période très récente, cf. Encadré n°3) et face aux controverses scientifiques et professionnelles au sujet des régimes alimentaires et des chirurgies bariatriques, la Modification Thérapeutique des Modes de Vie (MTMV) semble s'imposer comme le noyau central autour duquel gravite toute prise en charge de l'obésité. En effet, les échecs successifs de solutions thérapeutiques ont progressivement contribué à faire que la médecine de l'obésité

[110] Noté en gras et en couleur dans le texte.
[111] HAS (2023). *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte*, Recommandations de bonnes pratiques.
[112] HAS (2022). *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux*. Partie I : prise en charge médicale, Recommandations de bonnes pratiques.

se dote d'objectifs à sa portée. Faire maigrir les patient·es n'est plus une priorité, et d'autres paramètres de santé sont placés au centre, sur lesquels les professionnel·les cherchent à agir par des MTMV.

Au sein de ces MTMV, de manière transversale à tous les parcours de soin, l'activité physique (AP) occupe une place grandissante au point d'être parfois présentée comme un « médicament parfait ». À mesure que les objectifs de la prise en charge s'accordent avec les possibilités objectives de traitement, l'AP apparait comme un outil particulièrement adapté pour, d'une part, gérer un certain nombre de comorbidités et, d'autre part, permettre aux professionnel·les d'exercer leur expertise. Ce « *médicament parfait* » s'accorde particulièrement bien aux nouveaux objectifs de la prise en charge, qui se détachent petit à petit de la perte de poids.

En prenant un peu de hauteur, on remarque que l'AP est progressivement dotée de multiples fonctions au service d'enjeux politiques, dont la gestion de la santé des populations. Ce cadrage politique est par ailleurs masqué par une rhétorique qui en fait l'outil scientifiquement évident et consensuel, alors même que des travaux comme ceux de Benamouzig et Boubal (2022) ou la thèse de Perrier (2022) montrent bien les arbitrages politiques impliqués dans l'apparition de l'AP dans l'action publique. Cette dépolitisation des usages de l'AP dans l'action publique semble assez commune dans les différents domaines dans lesquelles on la fait intervenir, comme dans le cas de la justice des mineurs par exemple (Le Yondre et Sempé 2024). Reste à explorer les formes exactes données à l'AP, et la façon dont les professionnel·les et usager·ères s'en saisissent.

Chapitre 2. L'idéal socialement situé de la prise en charge : une normalisation vers le haut ?

> « *La normalisation disciplinaire consiste à poser d'abord un modèle, un modèle optimal qui est construit en fonction d'un certain résultat, et l'opération de la normalisation disciplinaire consiste à essayer de rendre les gens, les gestes, les actes conformes à ce modèle, le normal étant précisément ce qui est capable de se conformer à cette norme et l'anormal, ce qui n'en est pas capable. En d'autres termes, ce qui est fondamental et premier dans la normalisation disciplinaire, ce n'est pas le normal et l'anormal, c'est la norme. Autrement dit, il y a un caractère primitivement prescriptif de la norme et c'est par rapport à cette norme posée que la détermination et le repérage du normal et de l'anormal deviennent possibles* ».
>
> Foucault, cours au collège de France du 25 janvier 1978, sécurité, territoire, population, publié en 2004, p. 59.

C'est à partir de cette définition de la « normalisation disciplinaire » que Foucault tente de comprendre la diffusion des normes et la façon dont elles sont appliquées aux individus dans des espaces spécifiques[113]. Suivant cette approche, ce chapitre tente de décrire le modèle de comportement qui constitue l'objectif de la prise en charge vers lequel les patient·es doivent tendre. D'un point de vue terminologique, nous emploierons à de nombreuses reprises le terme « d'idéal » pour désigner le « modèle optimal » de référence qu'évoque Foucault.

La prise en charge de l'obésité implique en effet un travail de patient (Pinell 1992) spécifique, orienté vers une norme, un « modèle optimal », qu'il convient de décrire. Puisque la transformation des corps est difficile, les professionnel·les préfèrent se centrer sur les Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV) et sur l'incorporation d'une discipline personnelle à appliquer dans la vie quotidienne (Gridaine 2022). Les MTMV s'opèrent en référence à un modèle de comportement prédominant, incluant des usages de l'alimentation et de l'activité physique, ainsi qu'un certain *ethos* de patient·e, socialement et historiquement situé. Ici, l'idée n'est pas de dresser le portrait de ce que serait un·e « bon·ne » patient·e (ce sera fait plus tard), mais plutôt d'identifier l'idéal vers lequel il doit tendre[114].

C'est un travail de normalisation (entendu au sens de rendre « normales », c'est-à-dire non déviantes, les conduites des individus) que l'on retrouve dans d'autres contextes institutionnels, comme le traitement des addictions (Abgrall et Milhet 2019) et du diabète (Schlegel 2022), ou des dispositifs d'aide au retour à l'emploi (Le Yondre 2012). Il existe deux sens à normalisation en sociologie, suivant si l'on s'attache aux actes ou aux individus : le processus par lequel une activité, un comportement ou une façon de penser devient « normal·e » (se

[113] On retrouve également cette idée dans Foucault (1975).
[114] Sachant que le « bon patient » n'est pas automatiquement celui qui correspond à l'idéal (puisque, s'il y correspond, il n'y a rien à changer chez lui).

diffuse et n'est plus déviant·e) (Becker 2020) ; ou alors le processus par lequel des individus sont amenés à se rapprocher d'un idéal normatif (Foucault 2004). Ici, pratiquer des AP et « manger sain » sont des comportements déjà normalisés, et ce qui nous intéresse, c'est le fait que certains individus sont incités, plus ou moins fortement, à adopter ces comportements valorisés. Les individus sont pris dans des institutions qui visent à les rendre conformes, ici à une norme de santé (impliquant certains comportements de santé) moralement valorisée. C'est cette norme et les comportements qu'elle induit que nous cherchons à explorer dans ce chapitre. On a vu, au chapitre précédent, comment elle s'est construite. Il s'agit maintenant de comprendre les formes qu'elle peut prendre.

L'idéal vers lequel doivent tendre les patient·es touche plusieurs dimensions de leur vie. Cet idéal peut être défini comme un *style de vie*, c'est-à-dire comme un ensemble de comportements cohérents entre eux, ici dans une optique sanitaire. Ce style de vie regroupe à la fois des pratiques en dehors de l'hôpital, mais aussi un certain *ethos* relationnel dans l'interaction avec les professionnel·les. Nous nous centrons ainsi à la fois sur ce qu'il est attendu des patient·es dans l'interaction médicale et sur ce qu'ils doivent effectuer comme pratiques en dehors, davantage que sur leurs caractéristiques médicales, même si ce sont ces caractéristiques médicales qui peuvent orienter la prédominance d'un objectif sur un autre.

Ce chapitre précise la forme que prend la prise en charge en s'intéressant à son contenu théorique et la façon dont ce contenu peut être situé socialement, par la position sociale des individus qui investissent, en dehors de la prise en charge, les pratiques utilisées comme support des soins. Il répond au « quoi » (quelles sont les pratiques que les professionnel·les souhaitent faire intégrer aux patient·es ?), là où les chapitres suivants se centreront sur le « qui » (quels individus sont les patient·es ?) et le « comment » (comment les professionnel·les s'organisent-ils pour faire adopter les pratiques normatives et comment les patient·es se les approprient-ils ?).

D'un point de vue méthodologique, nous avons reconstruit l'idéal de comportement visé pour les patient·es à partir des recommandations et publications médicales en médecine de l'obésité, et des entretiens réalisés avec les professionnel·les de santé dans le service enquêté. Les observations de consultations permettent aussi de voir comment, en pratique, les recommandations sont formulées et justifiées. Les différentes formes de valorisations et dévalorisations des pratiques et attitudes des patient·es de la part des soignant·es, et leur arrière-plan moral fournissent des informations clés sur l'idéal de comportement visé.

S'esquisse ainsi un style de vie présenté comme « idéal », qui recouvre une alimentation variée et équilibrée, régulée par les sensations sans occasionner de frustration ; une activité physique régulière, effectuée dans des formes acceptables (activité douce, sans risque, qui ne soit pas excessivement intense) ; une compliance vis-à-vis des traitements et examens à réaliser. Décrire l'idéal théorique des MTMV ne veut pas dire que tous les patient·es sont soumis·es aux mêmes objectifs, ni aux mêmes pratiques médicales, mais cela permet de donner une idée de ce qui est souhaité par les professionnel·les comme style de vie des patient·es à plus ou moins long terme. Personne n'échappe au modèle optimal visé.

Il existe toutefois une hiérarchie des problèmes que rencontrent les patient·es, et donc des solutions pour les résoudre. Pour les professionnel·les, les patient·es doivent avant tout être « compliant·es », « observant·es » et « coopératif·ves », afin de parvenir à structurer leur alimentation selon un modèle « méditerranéen », puis enfin de pratiquer de l'AP et de réguler les quantités ingérées par les sensations de faim et de rassasiement. Ce chapitre vise à saisir la place prise par l'AP parmi les différents objectifs de la prise en charge. Si le fait de faire pratiquer de l'AP aux patient·es s'impose comme une option thérapeutique de plus en plus légitime, cela n'intervient qu'en des temporalités définies, en lien avec d'autres objectifs parfois plus importants. Nos données attestent d'une hiérarchie entre les différentes dimensions de ce style de vie idéal, impliquant un séquençage temporel des objectifs :

> Le Dr. A à sa patiente, au sujet de l'activité physique : « *Le renforcement musculaire, c'est très bien, mais moi je veux que vous preniez le médicament* [pour réguler le diabète]. »
>
> Observation consultation médicale, octobre 2023.

Il s'agit donc de retracer une forme d'itinéraire médical défini par une suite d'objectifs hiérarchisés selon une logique d'importance, du plus urgent au moins urgent. Tou·tes les patient·es ne parcourent pas cet itinéraire, mais c'est en agrégeant les points de vue des soignant·es sur ces cas que l'on peut lui donner forme. L'enjeu est ici de saisir la prise en charge du point de vue médical, c'est-à-dire de rendre compte des raisons médicales de la structurer de cette façon[115]. Toutefois, il ne s'agit pas seulement de retranscrire les types de comportements et de pratiques médicalement valorisés, mais aussi de les situer socialement grâce aux acquis de la littérature sociologique. Parce que ce sont des pratiques – interactionnelles, langagières, alimentaires, sportives – historiquement construites et appropriées différemment selon les appartenances sociales, elles renvoient à certaines valeurs symboliques et impliquent des rapports socialement situés au corps, à la santé, au temps, au langage, à l'alimentation ou aux AP.

I. La coopération comme objectif préalable

Il existe déjà un certain nombre de travaux qui rendent compte de l'importance que les professionnel·les de la santé accordent au fait que les patient·es soient compliant·es, observant·es et coopérant·es (Memmi 2003). On retrouve ainsi, à travers les remarques faites directement aux patient·es ou formulées en leur absence (par exemple en réunion), l'importance accordée au fait que ces dernier·ères assistent à tous les rendez-vous qu'implique le suivi :

> La patiente dont il est question, une femme de 60 ans qui a des troubles du comportement alimentaire, s'est déjà fait opérer et a des reflux gastriques.
> Le médecin précise : « *Elle a un trouble de l'image corporelle majeure, elle se déteste* ». *U*n ensemble de traumas et une anorexie infantile sont évoqués. Elle a apparemment vu un psychiatre qui habitait en bas de chez elle, qui était « *nullissime* », et trouvait qu'elle n'avait pas de troubles du comportement alimentaire, qu'elle avait bien maigri et qu'elle était belle.

[115] Ce qui nous permettra de voir au chapitre 4 ce que des modes de catégorisations sociaux (et non plus strictement médicaux) font à la prise en charge.

> Elle a fait l'atelier diététique, mais a refusé tous les rendez-vous psychologiques et les ateliers liés à l'image corporelle. Un risque de suicide est mentionné : « *C'est vraiment l'exemple catastrophe !* ».
> Observation de réunion staff, septembre 2023.

Ici, « *l'exemple catastrophe* » renvoie à une patiente qui n'assiste pas aux rendez-vous psychologiques et aux ateliers proposés, que les professionnel·les considèrent comme indispensables au regard de son état de santé, ici mentale. L'ensemble des activités que doit réaliser le·a patient·e est soumis à l'injonction de présence, que ce soit pour des analyses sanguines, des rendez-vous médicaux, des ateliers psychologiques ou des séances d'activité physique[116]. Dans le style de vie qui constitue l'idéal à atteindre, la présence des patient·es aux rencontres fixées est primordiale. C'est non seulement un signe de leur coopération, mais aussi de leur compliance et observance, dans la mesure où les rendez-vous sont des moments de soin à part entière. Or, les travaux de Memmi (2003)[117] suggèrent combien les dispositions à la surveillance de soi dans le domaine médical sont socialement situées au sein des classes moyennes et supérieures.

Ensuite, la médecine de l'obésité implique que les patient·es dévoilent le détail de leur mode de vie[118]. Un aspect de la coopération attendue est donc que le·a patient·e s'exprime clairement en consultation, afin de détailler ses pratiques passées et actuelles dans les termes et catégories attendues.

> Le premier patient présenté est Monsieur L., 47 ans, ancien agent de stade en invalidité, hospitalisé à la suite d'une chute. Il vit avec sa mère au 2e étage sans ascenseur. La psychologue évoque un « *patient très spécial, qui a pas du tout envie de parler à un psy* ». La médecin en charge de son dossier décrit son rapport à la prise en charge : il donne très peu d'informations sur son mode de vie, sur les raisons pour lesquelles il prend du poids. Il dit que le poids n'est pas un problème, et quand les soignant·es lui proposent une chirurgie, il répond qu'il n'en veut pas. La médecin ajoute : « *à partir du moment où il va remarcher, on le reverra plus.* »
>
> Observation de réunion staff, octobre 2023.

Cet exemple éclaire les difficultés des professionnel·les face à un patient qui ne s'engage pas dans la coopération attendue en consultation, notamment pour fournir des informations précises sur son mode de vie. Il n'est pas ici question de détailler les conséquences pour les patient·es (dans l'interaction et sur les parcours de soin) d'un éloignement plus ou moins grand avec les modes d'expression de soi attendus et valorisés, ni la façon dont les patient·es se familiarisent avec ces modes d'expression, mais simplement de noter que ces derniers sont socialement situés. Ils impliquent de connaitre et maitriser les catégories d'expression de son mode vie jugées pertinentes et valorisées en médecine de l'obésité (comme, par exemple, parler en termes de macronutriment, pouvoir détailler des contenus d'alimentation habituels, décrire les

[116] Ce qui ne veut pas dire que les présences des patient·es soient contrôlées dans tous ces espaces. Ainsi, les présences aux séances d'Activité Physique Aadaptée (APA) sont relevées et répertoriées dans l'association APA enquêtées, mais pas dans le service hospitalier.
[117] Voir en particulier le chapitre 10.
[118] Comme pour le traitement des AVC étudié par Darmon, « à la différence d'autres spécialités médicales où les examens du corps disent le tout de la pathologie, il faut "faire confiance aux patients" parce que cette parole est un moyen, parfois le seul, d'accéder aux symptômes de la pathologie » (Darmon 2021, p. 105).

activités physiques pratiquées en termes de nature, fréquence, durée et intensité, etc.)[119] ; mais aussi de pouvoir construire un itinéraire biographique cohérent et donnant des explications des variations de poids « entendables »[120] par les professionnel·les, en exprimant ces variations avec la précision souhaitée par ces dernier·ères.

La littérature sur le « colloque singulier » que constitue la consultation médicale montre l'importance des dispositions de classe dans les capacités socialement différenciées à s'exprimer selon les formes attendues, au bénéfice des plus dotés en capital culturel. Cicourel (2002) notait déjà, dans les années 1980, combien les descriptions des symptômes dépendent de la position sociale (au sens large) des individus. Selon leur capital culturel, les individus n'ont pas la même maitrise du jargon médical qui régit l'interaction avec un·e professionnel·le de santé, d'autant plus que les médecins tendent à donner davantage d'informations à celles et ceux qui sont vu·es comme capables de comprendre et qui posent des questions (Boltanski 1971 ; Fainzang 2014 ; Memmi 2003). D'autres travaux observent la variabilité sociale des dispositions à parler de soi (Poliak 2002), davantage présentes chez les femmes et individus situés dans les positions dominantes de l'espace social (Fine 2008), là où les hommes et les membres des classes populaires expriment une résistance à l'expression biographique, d'autant plus lorsqu'elle qu'elle implique de dévoiler des dimensions perçues comme personnelles ou intimes. Dans la mesure où les consultations – comme lieux de dévoilement du mode de vie – se rapprochent, dans leur forme, des entretiens sociologiques sur les pratiques des individus, on peut faire appel à toute la littérature sur les dispositions sociales des individus à parler de soi, et de ses pratiques, lors d'une enquête, qui indique à quel point cet exercice correspond davantage aux membres des classes moyennes et supérieures à fort capital scolaire (Demazière 2012 ; Lahire 2019 ; Mauger 1991)[121].

La dimension morale couramment associée à l'obésité, conçue comme le résultat d'une déviance comportementale, amène à ce que les professionnel·les exigent des patient·es qu'ils soient parfaitement « honnêtes », tout en s'attendant à ce qu'ils ne le soient pas totalement. Dans la mesure où déclarer manger « beaucoup » ou ne pas faire d'AP sont ici moralement condamnés, le dire aux professionnel·les s'apparente, en quelque sorte, à avouer honteusement une faute. Sans présager le fait que les patient·es puissent ou non effectivement mentir (directement ou par omission, délibérément ou non), il s'avère que les professionnel·les traquent les mensonges des patient·es et considèrent comme un idéal le fait que ces dernier·ères puissent exprimer sans filtre leurs pratiques :

> Le deuxième dossier discuté est celui d'un patient de la Dr. D. C'est un homme de 28 ans, qui a perdu plus de 60 kilos kilos après une opération. Il ne mange pas beaucoup. La Dr. C. l'a vu, et dit qu'elle n'arrive pas à savoir combien il mange. Ce dont elle est certaine, c'est que quand elle l'a vu en chambre, il n'avait presque pas touché à son assiette. « *Enfin bon, ce jour-là,*

[119] Des travaux portant sur la prise en charge de l'obésité chez les enfants ont pu montrer combien ces modes d'expression diffèrent selon la position sociale des familles, les plus dotées en capital culturel s'exprimant dans le même registre que les professionnel·les (Lutz 2020).

[120] C'est-à-dire cohérentes avec le point de vue médical. Elles peuvent donc emprunter un cadrage psychologique très utilisé, ou faire mention d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses.

[121] La sociologie de l'enfance montre bien que les manières socialement classées de (se) raconter se construisent très tôt, et que le principe de narration correspond davantage à la socialisation opérée chez les enfants de classes moyennes et supérieures (voir Lahire 1995, 2019 ; Lignier et Pagis 2017).

> *c'était vraiment dégueulasse, mais même !* ». Dr. D : « *Pour moi, il sous-estime ce qu'il mange, il ne nous dit pas !* ». La Dr. C. discute de l'intérêt d'un traitement médicamenteux pour réduire le poids. Dr. D : « *Il est dans la dissimulation de ses difficultés !* ». La Dr. D insiste sur le fait que le patient présenté a fait ses preuves avant l'opération, en allant chez le psy. La Dr. C conclut : « *Il nous a un peu menti quand même, mais ce qui ne ment pas, c'est le contenu de son assiette quand on l'a vu…* [il a très peu mangé] ».
>
> Observation de réunion staff, septembre 2023.

La logique du soupçon, qui s'exprime à travers « *la dissimulation* » et le mensonge supposé du patient, pèse sur ce dernier. S'il existe des travaux montrant la grande récurrence du mensonge dans la vie quotidienne, du fait d'une tendance à éviter l'opposition, le conflit ou la déception dans les interactions (Rodriguez et Ryave 1990), il n'existe pas, à notre connaissance, de recherches portant sur les conditions sociales qui favorisent le fait d'être cru ou d'être catégorisé comme menteur dans le domaine médical. Qui, socialement parlant, dispose des ressources langagières et interactionnelles pour apparaitre comme « honnête » ?

Certains travaux portant sur la lutte anti-terroriste ou les contrôles de police mettent en avant la façon dont se construisent les logiques du soupçon, que ce soit du point de vue des dispositifs socio-techniques de détection des risques (Linhardt 2001) ou des catégorisations, notamment ethno-raciales, des « suspects » (Bigo 1998 ; Fassin 2011). Dans le domaine médical, les travaux de Fainzang (2006, 2014) explorent les conditions sociales et relationnelles de la production et de la justification du mensonge, tant chez les médecins que chez les patient·es. Pour autant, ces travaux laissent de côté une dimension spécifique du mensonge, elle aussi interactionnelle, à savoir le fait d'être cru ou non lorsque l'on produit un énoncé[122]. Nos données permettent d'esquisser quelques pistes, au moins dans le domaine de la médecine de l'obésité. Pour être cru, il convient de ne pas apparaitre comme « bizarre » ou « louche », c'est-à-dire avec un *ethos* relationnel en décalage trop important avec celui des professionnel·les. Il convient également d'éviter de se contredire ou d'être contredit par des informations annexes (venant de proches, d'autres professionnel·les, d'analyses, d'examens ou d'observations directes), mais aussi d'être éloigné des stéréotypes (de race, de classe ou de genre) associés à la duperie.

À titre d'exemple, le « syndrome méditerranéen », croyance relativement partagée dans le domaine médical selon laquelle les personnes vues comme d'ascendance maghrébine exagéreraient leurs douleurs, constitue un stéréotype racial qui, dans l'interaction médicale, produit un soupçon et minimise la capacité des individus à être crus (Cognet 2017 ; Cognet, Hamel, et Moisy 2012 ; Labainville 2025). Nous ne pouvons ici que formuler des hypothèses quant au fait que, dans le cas de l'obésité, ce sont les patient·es issus des classes populaires qui sont les plus souvent soupçonné·es : d'une part parce qu'ils·elles sont perçu·es comme plus déviant·es, et donc plus susceptibles de masquer leurs déviances ; et d'autre part parce qu'ils et elles ne possèdent pas les ressources argumentatives adaptées à la situation pour étayer leurs justifications en consultation. En conséquence, si cette hypothèse était vérifiée, les membres des classes populaires se verraient plus en difficulté pour satisfaire à l'idéal d'honnêteté attendu

[122] Que cet énoncé soit un mensonge délibéré, une fausse information malgré une intention de dire la vérité, ou une vérité.

dans l'interaction avec les professionnel·les. On retrouve par ailleurs ce type de constat dans les études qui se penchent sur les requérants au statut de réfugié politique : le « bon » récit, qui permet d'être cru et d'accéder au statut voulu, est d'autant plus mobilisable que les individus ont un capital scolaire et langagier important, notamment pour manier avec justesse les catégories de l'institution (Bouchet-Mayer et Ferez 2023).

Du point de vue des professionnel·les, l'honnêteté constitue une qualité recherchée et valorisée chez les patient·es. Mais, comme le note Gridaine (2022), la logique du soupçon leur permet de garder la face en cas de résultat incohérent ou d'une difficulté face aux patient·es qui ne joueraient pas le jeu de la prise en charge, et seraient en dernière instance fautif·ves.

L'autre facette de l'idéal de comportement visé dans l'interaction avec les soignant·es, recouvre le fait d'exprimer des objectifs liés au poids ou à la santé perçus comme « *réalistes* », tout en étant « *motivé·e* », « *hyper motivé·e* » ou « *demandeur* » / « *demandeuse* ». Dans l'idéal, les patient·es doivent ainsi se montrer volontaires, acteur·ices de leurs soins, proactif·ves, sans toutefois être « *trop* » insistant·es ou poser « *trop* » de questions. Là encore, des travaux de sociologie de la santé ont montré l'importance d'une forme de docilité vis-à-vis de l'institution médicale qu'on retrouve principalement au sein des classes moyennes, que ce soit de la part des patient·es (Memmi 2003) ou de leurs proches (Darmon 2021).

Dans l'idéal, les patient·es doivent formuler des objectifs « réalistes » :

> Le dossier suivant est celui d'une femme de 59 ans, opérée d'un anneau qui a été retiré depuis, avec un IMC de 41. Elle est jugée « *prête* » pour un bypass, puisqu'elle « *n'attend pas d'effets magiques* ».
>
> Observation d'une réunion staff hebdomadaire

Ne pas attendre « *d'effets magiques* » revient, pour un·e patient·e, à faire siennes les possibilités objectives des personnel·les du service, notamment en ce qui concerne la perte de poids potentiellement atteignable. On a effectivement vu, au chapitre précédent, que les objectifs de la médecine de l'obésité se sont progressivement détachés de la perte de poids. Manifester dans l'interaction avec les soignant·es des objectifs réalistes revient ainsi à exprimer des objectifs de gestion d'une pathologie chronique (à long terme) qui ne sont pas nécessairement liés à la perte de poids. Ce type d'objectifs est particulièrement adapté à une vision de la santé des classes moyennes et supérieures davantage centrée sur les aspects préventifs que curatifs (Darmon 2021 ; Gelly et Pitti 2016). L'éloignement objectif vis-à-vis de l'urgence matérielle conduit les membres de ces classes à concevoir leur santé sur le temps long et adapter leurs pratiques sanitaires en conséquence.

Enfin, la compliance des patient·es hors de la présence dans le service constitue la dernière facette de l'*ethos* attendu. Il est escompté que les patient·es effectuent, au quotidien, les tâches que les professionnel·les leur recommandent en matière d'alimentation, d'AP, de structuration de leur emploi du temps, de sommeil ou d'autres professionnel·les de santé à consulter. Ces tâches relèvent pour eux d'une forme de soin, et engagent ainsi ce que les professionnel·les de la médecine nomment l'observance, à savoir la capacité à prendre régulièrement les médicaments et à effectuer les actions requises par le travail du malade (Strauss 1992). Dans la pratique, les professionnel·les attendent que les patient·es montrent explicitement, dans

l'interaction, leur degré de compliance aux recommandations, plutôt qu'une observance totale, comme le montre l'extrait suivant :

> Le Dr. C évoque le cas d'un de ses patients, chauffeur poids lourd de 52 ans, qui a une relation particulière au médecin, qui semble peu légitime : « *On ne sait pas s'il va faire* [ce qu'on lui propose]*, on ne sait pas si ça va lui plaire* ». Son importante apnée du sommeil devrait, selon les médecins, l'empêcher de conduire sans appareil respiratoire. Il y a une discussion sur le fait de lui accorder – ou non – un arrêt de travail. Le chef de service rappelle que, d'un point de vue médico-légal, ils sont obligés de le lui accorder, puisqu'en tant que conducteur de camion, « *la particularité, c'est qu'il met en danger la vie d'autrui* ». Je comprends ainsi que le patient peut faire un malaise en conduisant, et donc être à l'origine d'un accident. Le Dr. C souligne : « *Il y a des patients, tu leur dis ça, tu sais qu'ils vont être compliants, là…* [ce n'est pas le cas] ». Le problème semble être que le patient soit son propre patron, et donc qu'il ne peut pas vraiment s'arrêter de conduire.
>
> Observation d'une réunion « staff » hebdomadaire, septembre 2023.

Si, dans l'idéal, l'objectif est effectivement que les patient·es se conforment à tout ce qui leur est conseillé, les professionnel·les peuvent se satisfaire d'un degré inférieur de compliance dès lors qu'il est explicité par le·a patient·e. Ne pas savoir si le·a patient·e est compliant·e ou non parait être une difficulté plus importante que le fait que le·a patient·e ne soit pas compliant·e mais l'admette en consultation. Car cette dernière situation permet aux professionnel·les d'anticiper ce qu'il est possible d'exiger ou non, plutôt que d'être dans l'incertitude. On peut se demander, dans le cas de ce patient, si la réticence à exprimer aux médecins les difficultés rencontrées au quotidien ne serait pas liée, comme le montre par ailleurs Poliak (2002), à un type de socialisation masculine qui incline, dans les milieux populaires, à percevoir négativement – comme une attitude féminine – le dévoilement de l'intimité biographique ou des formes de faiblesses.

L'*ethos* de patient coopérant, observant et compliant constitue donc le premier objectif à atteindre pour correspondre à l'idéal de comportement attendu des patient·es, avant même d'envisager des modifications de l'alimentation, puis de l'AP. On peut se demander comment les patient·es, selon leur position sociale, réagissent concrètement aux exigences de docilité, d'autosurveillance corporelle et d'expression dans les bons termes de leur mode de vie et histoire pondérale, et si les variations observées se traduisent en une inégalité face à la prise en charge.

II. Se rapprocher d'un régime méditerranéen

Une fois que le·a patient·e est *a minima* coopérant·e, l'objectif suivant est de lui faire structurer son alimentation, si ce n'est pas déjà le cas, c'est-à-dire de faire en sorte qu'il·elle s'alimente plusieurs fois par jour, idéalement trois fois, à horaires réguliers, avec un « équilibre » au moins partiel en termes de protéines, féculents et légumes. Le modèle d'alimentation visé est celui du « régime méditerranéen », dont les quantités sont adaptées aux besoins des patient·es. La fréquence régulière des repas est à ce stade plus importante que leur contenu, comme le montre cet extrait d'observation d'une consultation :

> Médecin au patient : « *On ne va pas du tout parler de régime* », « *un objectif : 2 repas par jour, vous mettez ce que vous voulez dedans, mais vous prenez le temps* ». Il s'agit de « *prendre du temps pour ça* », « *introduire du calme dans le système* ». « *L'objectif c'est pas de faire un régime, c'est une question d'être un peu plus organisé* ».
>
> Observation de consultation médicale, moment du diagnostic et des conseils, septembre 2023.

Les objectifs concernant l'alimentation sont ainsi hiérarchisés selon leur degré d'importance. En médecine de l'obésité, ce qui est aussi le cas en diabétologie (Schlegel 2022) ou dans la prise en charge de l'anorexie (Darmon 2008a), l'alimentation fait l'objet d'une médicalisation. Elle n'est ainsi plus uniquement guidée par des principes sociaux, culturels ou traditionnels, mais par une logique nutritionnelle spécifique, relayée par l'institution médicale[123]. La médecine du diabète, de l'anorexie et de l'obésité ne sont pas les seuls lieux d'incitation à modifier l'alimentation pour se rapprocher d'une norme de santé, c'est aussi le cas des groupes commerciaux d'amincissement (Darmon 2010) et des consultations des diététiciennes libérales par exemple (Bard 2019). S'il existe des travaux au sujet du lien historiquement construit entre obésité et « mauvaise » alimentation, et des controverses associées à ce lien (Poulain 2009a, 2013), peu d'entre eux se penchent sur la mise en pratique des usages médicaux de l'alimentation en médecine de l'obésité, excepté la thèse de Gridaine (2022) qui l'aborde en partie[124]. Pourtant, l'existence d'espaces médicaux où l'on incite les personnes de forte corpulence à manger différemment découle directement du fait que le champ de l'épidémiologie et les politiques publiques conçoivent une association entre obésité et alimentation.

Le modèle alimentaire de référence est le régime méditerranéen, défini comme suit dans les recommandations 2022 de la HAS concernant la prise en charge médicale de l'obésité de l'adulte :

> « *Cette alimentation propose une consommation importante de fruits, légumes, légumineuses, céréales complètes, noix, huile d'olive, aromates et épices. Les poissons et les fruits de mer sont consommés plus de deux fois par semaine. La volaille, les œufs, le fromage et le yogourt sont consommés avec modération. La consommation de viande rouge, de sucres raffinés et de graisses saturées est très faible* […]. *L'alimentation méditerranéenne est plus facile à suivre à long terme, car elle est variée et compatible avec une vie sociale* [contrairement aux régimes restrictifs décrits juste avant]. *Sa teneur élevée en fibre favorise la satiété. De plus, elle a fait preuve de sa durabilité en termes environnementaux.* » (p. 102)[125]

Le régime méditerranéen est présenté comme le plus adapté pour lutter contre l'obésité, et renvoyé à un « *profil alimentaire axé sur la qualité nutritionnelle et l'amélioration globale de la santé* » (*ibid*., p. 102). De nombreuses études scientifiques en médecine et en épidémiologie

[123] Comme le rappelle Poulain (2006), il existe deux faces à la médicalisation de l'alimentation. La première, curative, recouvre l'utilisation de l'alimentation dans le cas de prises en charge médicales spécifiques liées à certaines pathologies. La seconde revoie à la large diffusion de connaissances nutritionnelles dans une optique préventive.

[124] Dans le chapitre 4 notamment, sur les expériences genrées des patient·es face au travail diététique.

[125] HAS (2022). *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2° et 3° niveaux. Partie 1 : Prise en charge médicale*. Recommandations de bonnes pratiques.

viennent appuyer l'argumentaire conduisant à valoriser ce type d'alimentation. Par opposition, il est mentionné à de nombreuses reprises que « *les régimes déséquilibrés ou très restrictifs sont déconseillés* » (*ibid*., p. 106).

Le régime méditerranéen offre un modèle nutritionnel de référence prôné par l'OMS depuis les années 1990, et inscrit au Patrimoine immatériel de l'UNESCO en 2010 (Bevilacqua 2014). Si, comme le rappelle Poulain (2006), il n'y a pas grand sens à parler d'un régime méditerranéen unique[126], la définition d'un ensemble de pratiques alimentaires jugées bonnes pour la santé d'un grand nombre d'individus permet de faire le lien entre de multiples approches scientifiques en nutrition, épidémiologie et santé publique. Quoi qu'il en soit, ce modèle d'alimentation constitue la référence selon laquelle les connaissances nutritionnelles des patient·es sont évaluées, afin d'estimer leur écart à un idéal d'alimentation à mettre en œuvre au quotidien, dans une lecture donnant le primat aux connaissances des individus dans la gestion de leurs pratiques :

> Les professionnel·les réuni·es étudient les dossiers de patient·es en vue d'une opération bariatrique. La première patiente est une femme de 16 ans, envoyée par un hôpital pédiatrique voisin. Le projet a été considéré lors d'une précédente réunion comme « *pas assez mûri* ». Depuis, la patiente a essayé un traitement médicamenteux pendant trois mois, mais ça n'a pas eu d'effet. Elle a de « *très grosses difficultés à cause du regard des autres* ». Au niveau diététique, « *elle a des connaissances qu'elle met en œuvre correctement.* » La diététicienne du service pédiatrique dit que « *c'est une enfant qui a déjà fait de multiples régimes, même des choses pas raisonnables. Elle a tout essayé. Elle a des bonnes connaissances.* » Elle n'a pas de trouble du comportement alimentaire, et une alimentation équilibrée, en bonne quantité pour son âge. Le Dr. C conclut sur l'acceptation de la patiente dans le parcours bariatrique, pour une éventuelle opération future.
>
> Observation de réunion staff commune avec les membres du service pédiatrique, octobre 2023.

L'alimentation « *équilibrée* » et les « *bonnes connaissances* » en matière diététique sont ainsi valorisées, au point de rentrer en ligne de compte comme arguments dans l'accès à un parcours bariatrique. La vision de l'alimentation qui est mobilisée dans le service enquêté, et plus largement en médecine de l'obésité, est celle d'une mise en pratique d'une alimentation de type méditerranéenne composée de repas à horaires réguliers, appliqué au quotidien par les individus grâce aux *connaissances acquises* en matière nutritionnelle et diététique[127]. Cette conception de l'alimentation laisse dans l'ombre de nombreuses composantes sociales et culturelles qui pèsent sur les façons de s'alimenter, relatives aux habitudes ancrées chez les individus, aux multiples usages qui organisent la commensalité et aux contraintes économiques et temporelles qui déterminent l'anticipation, la préparation et le déroulement des repas (Cardon, Depecker, et Plessz 2023 ; Poulain 2013).

À un modèle d'alimentation idéal, répondent des moyens idéaux à adopter pour l'atteindre. Ces moyens sont pensés comme des outils permettant de réguler son alimentation, à long terme, en

[126] Le régime méditerranéen est effectivement davantage une fiction construite qu'une réalité de pratiques, tant l'alimentation varie selon les temps, espaces, groupes sociaux, même dans une zone géographique limitée.
[127] Dans les recommandations 2022 de la HAS concernant la prise en charge médicale de l'obésité, les objectifs de l'ETP sont, entre autres, de « *connaitre les bases d'une alimentation équilibrée et diversifiée* », « *acquérir les connaissances nécessaires à une alimentation adaptée à l'objectif thérapeutique* » et « *savoir choisir des aliments "diététiques" en fonction de leur intérêt* » (p. 119).

quantité et en qualité. C'est le cas de la régulation autonome par les sensations, mise en avant dans les recommandations 2022 de la HAS sur la prise en charge médicale de l'obésité de l'adulte, et qui visent à « *concilier plaisir alimentaire et gestion de son poids, à travers le respect des signaux physiologiques* » (p. 120) :

> « *Dans la perspective d'une perte de poids durable, la réduction des apports énergétiques doit être modérée et personnalisée.* […] *Les objectifs sont : (i) l'obtention d'un changement du comportement alimentaire, régulé par les signaux de faim, de rassasiement et de satiété (signaux dits "internes"), (ii) la prise en charge de la composante émotionnelle de l'alimentation et (iii) l'instauration de modifications alimentaires en phase avec le PNNS.* » (p. 105) [128]

L'alimentation structurée sur la base d'un régime méditerranéen est ainsi censée s'obtenir par l'écoute que les patient·es peuvent faire de leurs sensations de rassasiement et de satiété, à distance des régimes restrictifs. Une forme de paradoxe apparait, puisque d'un côté l'équilibrage alimentaire est pensé comme atteignable par l'accumulation de connaissances, mais aussi par la mise à distance d'une « *restriction cognitive* » dévalorisée, au profit d'un contrôle moins réflexif par les sensations. Si l'absence d'interdit alimentaire est revendiquée (que ce soit dans les recommandations, dans les publications professionnelles sur la prise en charge de l'obésité, ou dans la pratique quotidienne des médecins et diététiciennes), elle se fait malgré tout dans un cadre où certaines catégories d'aliments sont davantage à privilégier que d'autres. Dans ce modèle, la gestion de la qualité nutritionnelle se fait grâce aux connaissances acquises (distinguant les types d'aliments entre eux selon une typologie nutritionnelle), tandis que le contrôle des quantités ingérées passe par une attention portée aux sensations : « *La redécouverte des sensations qui régulent la prise alimentaire en faisant la différence entre l'envie de manger et la faim et en percevant les premiers signes de rassasiement avant d'atteindre la plénitude procurée par une prise alimentaire dépassant ce qui est souhaitable, participe à la bonne gestion des portions et incite à manger lentement* » (Lecerf et al. 2021, p. 425).

Les professionnel·les véhiculent finalement un modèle de gestion de l'alimentation qui mêle des « pratiques instructives » et des « pratiques comportementales », pour reprendre la typologie de Bard (2019) au sujet de l'activité des diététiciennes libérales. Ce mode spécifique de gestion de l'alimentation s'est en partie imposé, en médecine de l'obésité, à la suite de sa promotion par le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS). Le GROS a en effet été l'un des principaux promoteurs d'une approche mettant au centre les sensations des individus et refusant toutes contraintes. Les règles diététiques strictes amèneraient, selon les partisans du GROS, un excès de contrôle et de contraintes qui risque de créer chez le·a patient·e une restriction cognitive, source de stress et contre-productive[129]. Les préceptes d'une alimentation régulée par les sensations, qu'ils prennent ou non les formes préconisées par le GROS, sont assez largement diffusés dans les suivis diététiques (Bard 2019) et la médecine de

[128] HAS (2022). *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2° et 3° niveaux. Partie 1 : Prise en charge médicale*. Recommandations de bonnes pratiques.

[129] Trop se contraindre risquerait d'amener une décompensation, un « craquage » néfaste pour la prise de poids, et une culpabilisation subséquente.

l'obésité (Gridaine 2022). Ces préceptes s'inscrivent dans un processus de discrédit des régimes porté par une médiatisation assez importante des fondateurs du GROS, notamment B. Weyselfd, G. Apfeldorfer et J-P. Zermati, qui ont contribué à alimenter des controverses dans le champ de l'obésité. On peut notamment citer, en 2014, l'éviction de l'ordre des médecins de Pierre Dukan, à l'origine d'un très médiatique et controversé régime hyperprotéiné ; dans le prolongement du rapport sur les risques sanitaires liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement publié par l'ANSES en 2010. Si les fondateurs et membres du GROS sont objectivement dominés dans le sous-champ de la médecine de l'obésité (Ruiz 2025), par leurs positions institutionnelles notamment, il n'en reste pas moins que leurs méthodes parviennent au moins en partie à s'imposer dans les espaces de prise en charge les plus légitimes et dans les recommandations médicales les plus récentes.

Dans le service étudié, plusieurs modes de régulation de l'alimentation sont ainsi discrédités, comme le fait de compter les calories ingérées :

> Le diététicien intervient, il nous dit que la patiente manifeste beaucoup de « *restrictions cognitives* », mais que maintenant « *elle s'autorise des choses* ». Elle a des « *phases boulimiques avec hyper-compensation type sport-intensif* ». Elle est dans le contrôle, elle calcule « *encore* » les macronutriments de tête. Bref, elle correspond au tableau clinique d'une « *hyperphagie prandiale selon les affects* ».
>
> Observation débrief entre visites en chambre, patiente de 29 ans très sportive, première fois dans le service, octobre 2023.

Dans ce cas, c'est le fait que la patiente se soit trop approprié le modèle de la balance énergétique entre des apports et des dépenses qui est l'objet de critique de la part des professionnel·les, ce qui est systématiquement le cas lorsqu'un·e patient·e déclare mesurer – d'une manière ou d'une autre – les quantités ingérées. En équilibrant les apports alimentaires et les dépenses liées à l'activité physique, la patiente manifeste l'intégration d'une norme historiquement construite, et largement diffusée, de décompte des calories ajustées aux besoins théoriques[130], à laquelle s'opposent les professionnel·les du service. L'observation selon laquelle la patiente « *calcule* encore *les macronutriments* » indique ici l'intention des professionnel·les du service de guider les patient·es vers d'autres moyens de réguler leur alimentation. D'une manière plus générale, c'est « *l'hypercontrôle* » que les patient·es peuvent mettre en œuvre qui est redouté, car perçu comme une méthode inadéquate d'atteindre une alimentation idéale :

> Le plus urgent pour le médecin, c'est que le patient adapte son alimentation : « o*n essaie de pas mettre des notions morales : bien, mal, même équilibré, je n'aime pas… mais adapté* ». Le médecin insiste : « *Je n'ai pas dit contrôle, c'est très important* » ; « *l'enjeu, c'est comment vous pouvez devenir acteur de votre journée sans tout contrôler. On dirige des choses, mais sans l'hypercontrôle, mais c'est pas facile* ».
>
> Observation de consultation médicale, octobre 2023.

[130] Développée au départ pour déterminer la juste ration alimentaire à donner aux animaux de traits, puis par extension aux ouvriers, la représentation de la nutrition comme un équilibre calculable entre des apports et des dépenses s'est progressivement diffusée depuis le XIXème siècle, jusqu'à devenir « banale » (Depecker 2024).

On voit ici l'ambivalence entre le fait, valorisé, d'être acteur et autonome, et le contrôle, dévalorisé. Il s'agit de contrôler les *types* d'aliments – grâce à certaines connaissances validées scientifiquement –, mais pas les *quantités* – qui sont, elles, régulées par les sensations.

Nous détaillerons plus tard la façon dont se met en place, concrètement, le travail sur les sensations et ses réceptions socialement différenciées par les patient·es. Nous pouvons toutefois déjà introduire un constat : en prônant à la fois la légitimité des connaissances nutritionnelles associées au régime méditerranéen et le primat de la régulation des quantités ingérées par les sensations corporelles, le modèle alimentaire véhiculé dans la prise en charge se rapproche très fortement de la culture somatique et du rapport à la santé des classes moyennes et supérieures (Boltanski 1971). À cela s'ajoute un intérêt pour l'autonomie des patient·es (Schlegel 2020), qui constitue une valeur revendiquée au sein des classes dominantes, comme le montrent les travaux en sciences de l'éducation (Durler 2015 ; Périer 2014). On pourra dès lors se demander qui sont les patient·es effectivement éloigné·es de ce modèle sur le plan de l'alimentation, comment ils et elles sont perçu·es et les conséquences de cet éloignement sur la façon dont ils et elles sont pris·es en charge.

Le contenu du régime méditerranéen qui sert de référence est aussi justiciable d'une analyse sociologique. Qui, socialement parlant, a tendance à adopter les pratiques qu'il recouvre ? On peut noter tout d'abord que la consommation régulière de fruits et légumes, mais aussi de poissons, est davantage l'apanage des classes moyennes et supérieures, mais aussi des femmes (ANSES 2017 ; Jensen et Holm 1999; Régnier et Masullo 2009; de Saint Pol 2008). Dans une approche de l'alimentation comme un fait culturel, les travaux de Bourdieu (1979) posaient déjà ce constat dans les années 1970, constat qu'on retrouve aujourd'hui dans des enquêtes nationales plus récentes (ANSES 2017 ; Plessz 2013)[131]. À l'opposé, la viande rouge, qui est à consommer en quantités limitées selon les « bonnes » pratiques alimentaires pour la santé, s'avère plus consommée par les hommes que par les femmes, et par les individus les moins diplômés, et devient ainsi un marqueur populaire de virilité (ANSES 2017 ; Ravache 2003 ; Régnier 2025)[132].

On peut noter également que les femmes, plus soucieuses de leur alimentation, consacrent plus de temps et de ressources au travail de l'alimentation que les hommes lorsqu'elles vivent seules, alors que ces derniers préfèrent des produits impliquant peu de préparation (de Saint Pol 2008). Cet intérêt différencié pour l'alimentation (au sens large) se retrouve dans la pratique du régime, plus fréquent chez les femmes du haut de l'espace social (de Saint Pol 2010b), du fait de socialisations de genre et de classe spécifiques qui les amènent à accorder davantage d'importance à leur corps et à leur santé (Carof 2015 ; Mardon 2011). La division genrée du

[131] Les femmes seules ont acheté 82,2kg de légumes (frais ou transformés) en moyenne en 2007 contre 55,2kg pour les hommes seuls (Plessz 2013).

[132] Les hommes « consomment ainsi des quantités plus élevées de produits raffinés (pain, pâtes et autres céréales), de viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés, de fromages, d'entremets et crèmes desserts, de glaces, de viandes (hors volailles), de charcuteries, de poissons, de légumineuses, de pommes de terre, d'oléagineux, de confiseries et chocolat, de sucre et autres matières sucrantes, de jus de fruits, de boissons alcoolisées, de sandwichs, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés et de condiments et sauces […]. À l'inverse, les femmes consomment davantage de yaourts et fromages blancs (82 g/j vs 72 g/j) ainsi que de compotes et fruits au sirop (16 g/j vs 11 g/j) » (ANSES 2017, p. 133).

travail domestique[133] amène également les femmes à consacrer trois fois plus de temps que les hommes à la cuisine selon l'enquête nationale « Emploi du temps »[134] (Brousse 2015), dans une forme d'investissement qui oscille entre plaisir et corvée (Daniels et al. 2012). Cette division du travail s'explique en partie par le rôle différencié donné à l'alimentation selon le genre. Les femmes ont davantage tendance à lui accorder une fonction sanitaire, quand les hommes l'associent plus fréquemment à un plaisir (Parsons 2015). En tant que responsables de la santé du foyer, elles verraient dans l'alimentation une forme de médecine préventive complémentaire, et ce d'autant plus fréquemment que l'on monte dans l'échelle sociale (Régnier et Masullo 2009)[135].

Ces éléments laissent penser que les femmes, en particulier de classes moyennes et supérieures, développent plus fréquemment un rapport à l'alimentation réflexif orienté vers la santé, et ont tendance à adopter les « bonnes » pratiques alimentaires recommandées d'un point de vue nutritionnel. En renversant la perspective, on peut alors se demander si l'idéal alimentaire prôné en médecine de l'obésité – largement basé sur des recommandations nutritionnelles plus générales – ne correspond pas aux normes et aux pratiques des femmes du haut de l'espace social. Reste à savoir comment les individus pris en charge s'adaptent ou non à ce modèle, et si les professionnel·les réalisent des concessions face à l'idéal à atteindre.

III. Pratiquer une AP définie par ses effets physiologiques

La pratique d'une AP régulière constitue le dernier objectif de la prise en charge, du fait de son rôle dans la régulation du poids à long terme et de son effet sur un ensemble de paramètres de santé, dans une optique préventive. L'AP qui doit être pratiquée possède certaines caractéristiques, notamment le fait de ne pas être « *trop* » fréquente ou intensive :

> Le patient (55 ans, enseignant) dit qu'il a « *même commencé le sport* », et qu'il fait de la musculation pour son « *métabolisme* » et pour « *changer la silhouette* ». Il en fait deux fois par semaine, des séances de 2 à 3h. Le médecin s'étonne et lui dit que c'est « *beaucoup* ». Le patient réagit, étonné : « *Vous trouvez ? Moi ça me semble normal* ».
>
> Observation consultation médicale, septembre 2023.

À l'image de cette observation lors d'une consultation médicale, il n'est pas rare que les professionnel·les, médecins et enseignant en activité physique adaptée (EAPA) notamment, tentent de faire en sorte que certain·es patient·es, des hommes principalement, pratiquent une AP dans les limites de ce qui est considéré par l'équipe médicale comme raisonnable. Plusieurs raisons expliquent cette vigilance à l'égard d'une pratique d'AP qui ne soit pas excessive. Premièrement, plus les patient·es pratiquent, plus le risque qu'ils·elles se blessent augmente[136].

[133] Largement mise en avant dans les travaux féministes d'inspiration marxiste sur le travail reproductif (Delphy 1970).
[134] La catégorie « cuisine » recouvre toutes les pratiques de préparation culinaire non rémunérées.
[135] Ce qui peut créer une forme de tension entre un respect des normes sanitaires et une nécessité perçue de satisfaire aux exigences gustatives des autres membres du foyer.
[136] Ce qui interroge par ailleurs le statut que possède généralement l'AP, vue comme uniquement positive pour la santé.

Deuxièmement, pratiquer peu apparait comme une manière de faire en sorte que les patient·es s'habituent à la pratique et puissent maintenir leur engagement à long terme. Une fois cet objectif atteint, ce qui offrira une occasion de valoriser le·a patient·e, les temps, fréquence et intensité d'AP pourront être augmentés. Les professionnel·les déploient ainsi une conception de l'effort que peuvent produire les patient·es qui s'apparente à une jauge qui risquerait de s'épuiser trop vite, et de ne pas se recharger, en cas d'engagement trop brutal et important, associé au risque de l'arrêt d'une AP régulière. C'est cette vision qui explique que les AP recommandées soient d'abord de faible intensité et/ou courtes.

Il convient de clarifier un point. En réalité, ce n'est pas « l'AP » au singulier qui est recommandée, mais bien certaines AP précisément définies. On peut alors se pencher sur les modes de classifications utilisées pour comprendre lesquelles sont les plus valorisées. Tout d'abord, les AP sont classées selon une distinction entre les AP « *au quotidien* » (regroupant les déplacements, les tâches ménagères, le travail, etc.) et les AP « *structurées* » (regroupant les AP effectuées pour elles-mêmes dans des temps dédiés), toutes deux valorisées. Mais ce n'est pas la principale classification qui guide les recommandations produites par les professionnel·les :

> Lors d'une réunion staff, le chef de service présente un tableau, créé par deux médecins du service, la coordinatrice du CSO et l'EAPA, qui résume les bénéfices de différentes AP sur un certain nombre de paramètres de santé par rapport à d'autres types de traitements, ainsi que le ou les type(s) d'AP qui permet(tent) de les atteindre au mieux :

Impact de l'entrainement en AP pour les patients en situation d'obésité	**Amplitude de l'effet**	**Importance vs autres traitements de l'obésité**	**Type(s) d'activité(s) principalement efficace(s)**
Perte de poids	-1 à -3kg	Modérée	Endurance d'intensité >= à modérée ; HIIT[137]
Maintien du poids après amaigrissement	Maintien perte >= 10% du poids initial	Élevée	Endurance, 200 à 300 min/semaine Intensité modérée
Perte de masse grasse	-1 à -3 kg	Modérée	Endurance intensité modérée
Perte de masse grasse viscérale / intrahépatique	-2 à -3cm de tour de taille	Élevée	Endurance intensité modérée ; HIIT
Préservation de masse maigre pendant amaigrissement.	+ 1kg	Élevée + apport protéique	Endurance intensité >= modérée
Prévention du diabète de type 2	-58% à 4 ans	Très élevée	Endurance seule ou combinée, résistance
Traitement du diabète de type 2	-0,6% HbA1c	Élevée	Endurance, résistance, combinée
Réduction HTA[138]	62 à 3 mmHg PAS et PAD	Modérée	Endurance intensité modérée

[137] *High intensity interval training* : entrainement intermittent à haute intensité.
[138] Hypertension artérielle.

Augmentation VO^2max (L/min)	+5 à +15%	Très élevée	Endurance seule ou combinée, d'intensité >= modérée
Augmentation force musculaire	10 à 30%	Très élevée	Résistance
Réduction de la mortalité	3,5 ans d'espérance de vie	Très élevée	Endurance intensité modérée

Observation d'une réunion staff hebdomadaire, avec une présentation sur l'AP, novembre 2023.

Dans le service, les AP n'ont d'importance que par rapport à leurs effets physiologiques, et notamment leurs bénéfices sur des paramètres de santé associés à l'obésité, comme le diabète, l'hypertension artérielle ou la réduction de la mortalité. C'est donc en fonction de leurs impacts physiologiques que les AP sont classées en endurance, résistance, entrainement intermittent à haute intensité, etc. Ce mode de classification des AP par leurs effets physiologiques et/ou en matière de santé parait logique de la part de professionnel·les de santé focalisé·es sur les aspects biologiques de l'obésité, mais n'est qu'un mode de classification parmi d'autres. En effet, les professionnel·les de santé ne sont pas les seuls acteurs à distinguer les AP entre elles, et l'on peut penser à d'autres modes de classifications, plus ou moins légitimés par des institutions et/ou des travaux sociologiques[139]. Il n'y a donc rien de naturel à distinguer les AP selon leurs effets physiologiques, et cela conduit à occulter les dimensions contextuelles, sociales, symboliques et interactionnelles des différentes AP (Ferez et Perez 2022). Il y a peu de sens, d'un point de vue sociologique, à regrouper parmi les activités à haute intensité la lutte gréco-romaine et la danse cardio, que ce soit d'un point de vue des institutions qui les portent, des groupes qui les investissent, des valeurs et significations symboliques qu'elles véhiculent, de leur logique réglementaire, ou des profits recherchés par les individus qui les pratiquent.

Ce type de classification centré sur les effets biologiques est également structurant dans la pratique médicale. Dans la mesure où c'est le paramètre d'intensité des AP qui guide les distinctions opérées, seules les AP où ce paramètre peut être contrôlé sont valorisées et proposées aux patient·es. La nécessité du contrôle de l'intensité par les professionnel·les qui prescrivent ou qui font réaliser les AP, tend à limiter les activités proposées aux pratiques individuelles dans lesquelles l'incertitude est minimale, ce qui exclut la plupart des AP qui prennent la forme de jeux.

Ce n'est d'ailleurs pas uniquement l'intensité qui est contrôlée (ce qui a un effet sur les types d'AP choisis), mais aussi les mouvements que doivent réaliser les individus, afin d'éviter tout risque de blessure. Là encore, c'est une vision médicale de l'AP qui l'emporte, dans laquelle les professionnel·les incitent à éviter les « faux mouvements », c'est-à-dire des mouvements non prévus par l'organisateur de la pratique et potentiellement accidentogènes. La logique médicale de classification des AP produit *in fine* une limitation des activités pertinentes à proposer à celles où le contrôle des individus est maximal. En ce sens, la structuration médicale des AP induit un fonctionnement qui se rapproche de ce que montrent certains travaux, dans une approche foucaldienne, au sujet des AP pratiquées dans le cadre scolaire au XIXème et au

[139] Selon les règles des pratiques, leurs effets éducatifs, les individus qui les investissent, les interactions qui s'y déploient, etc.

début du XXème siècle (Molaro et Vivier 2013 ; Vigarello 2004). Le mouvement y est contrôlé afin d'assurer un effet sur les corps. De là découle une méfiance des professionnel·les vis-à-vis de certaines pratiques des patient·es, qui risqueraient d'en faire trop (en intensité) ou de faire mal (au sujet des mouvements), ce qui rendrait inefficace l'usage de l'AP en provoquant des blessures :

> « *L'activité physique doit être adaptée à chaque personne (en fréquence et en intensité) et réalisée de manière progressive et sécuritaire en favorisant le plaisir dans la pratique.* » (p. 123)[140]

Si le plaisir n'est pas absent, il est uniquement envisagé comme un élément qui permet aux professionnel·les de choisir quelle activité préconiser, pour un patient donné, parmi un champ des possibles limité par la classification selon les effets physiologiques requis :

> « *L'enseignant en APA évalue le besoin d'un encadrement en activités physiques et sportives (APS) et propose diverses interventions en fonction de l'évaluation de la situation. Associer la notion de plaisir et de bien-être à la pratique des activités physiques et sportives est un préalable indispensable à l'adoption d'habitudes de vie actives sur le long terme.* » (p. 123)[141]

Le plaisir et le bien-être sont des éléments pris en compte, mais de manière secondaire par rapport à l'intérêt des AP en matière de santé biologique. Cela ne veut pas dire que les pratiquant·es ne peuvent pas faire des AP un jeu, mais cela constituerait alors une forme de détournement, ou d'adaptation secondaire à l'institution pour citer Goffman (1968), puisqu'en théorie les patient·es sont censé·es se concentrer sur leurs mouvements et l'intensité à laquelle ils·elles pratiquent.

On mesure donc à quel point cette logique médicale de définition des types d'AP à pratiquer limite les formes possibles. Sur les terrains étudiés, que ce soit dans le cadre hospitalier ou dans l'association d'APA, les activités proposées (ou conseillées) sont de l'aquagym, de la gymnastique de type fitness, du yoga, de la marche, de la musculation, du qi-gong et du tai-shi. Si elles peuvent se décliner dans des variantes multiples, les AP se limitent donc à des activités individuelles (pouvant toutefois se faire dans un cadre collectif), où le mouvement est contrôlé par un organisateur et se fait pour lui-même, sans jeu ou enjeu[142]. Ce type d'AP se retrouve fréquemment dans les autres contextes où l'activité physique est utilisée comme un outil thérapeutique[143]. C'est le cas par exemple en diabétologie (Barth, Perrin, et Camy 2014), en addictologie (Kremer, Malkin, et Benshoff 1995) ou dans la prise en charge du VIH (Ferez et Luauté 2008), où certains travaux pointent que « cette vision biomédicale de la pratique physique, uniquement pensée comme une activité "douce" et solitaire, oriente les dispositifs d'offres d'activité physique adaptée […] : yoga, gym douce, pratiques aquatiques sont

[140] HAS (2023). *Guide du parcours de soin : surpoids et obésité de l'adulte*. Recommandations de bonnes pratiques.
[141] *Idem*.
[142] S'il peut y avoir des adaptations ludiques de ces activités, elles ne portent pas en elles, dans leurs « logiques internes », de dimension ludique.
[143] Même si peu de travaux indiquent précisément les types d'AP préconisées ou les modalités de pratique.

généralement les seuls types d'activités proposés » (Thomas et al. 2014). Cette logique est également présente dans d'autres contextes de prise en charge de l'obésité basés sur le modèle de la cure thérapeutique intensive, où la dimension physiologique des activités proposées prime sur les dimensions sociales ou culturelles, faisant de l'AP « un outil de contrôle de son poids et de son métabolisme plutôt qu'en un temps de pratique hédoniste, convivial et gratuit » (Jacolin-Nackaerts 2018, p. 113)[144]. La limitation de la « bonne sportivité médicale » à certaines AP précises est bien souvent peu perçue comme telle par les professionnel·les, promptes à parler d'AP au singulier, ce qui en fait un terme générique masquant la pluralité des options possibles. Nous choisirons à partir d'ici de parler d'AP au pluriel, pour rompre justement avec ce sens commun médical.

La limitation des AP légitimes aux seules activités douces se repère par ailleurs dans les dévalorisations dont peuvent faire l'objet certaines pratiques jugées dangereuses pour la santé (au moins pour les personnes obèses), comme la course à pied :

> Médecin : « *La course c'est pas forcément très adapté pour les douleurs, la course à pied je suis contre, même pour les normopondérés* ». Elle explique que c'est « *hyper traumatique* » et qu'il faudrait mieux faire du renforcement musculaire. Elle prédit le fait qu'il y aura un grand nombre de personnes traumatisées par la course à pied dans les années à venir : « *C'est bien de faire du sport, mais faire du sport bien !* ».
>
> Observation débrief visite en chambre dans la salle médicale au sujet d'une patiente de 29 ans qui fait de la course à pied, septembre 2023.

Ici, ce sont les traumatismes que peut causer la course à pied sans entrainement adapté qui constituent le facteur de son rejet parmi les activités trop dangereuses pour être pleinement bénéfiques pour la santé. C'est également le cas d'activités telles que le tir sportif ou la chasse, pour d'autres raisons :

> La conclusion pour ce patient est qu'il convient d'appeler son psy pour lui expliquer les enjeux du traitement, et voir avec lui quelle décision prendre. Dr. C ajoute que le patient veut aussi une autorisation pour un permis de chasse, ce qui fait rire certaines personnes dans la salle. Le problème est qu'il peut faire des hypoglycémies, et donc être désorienté. Dr. C : « *Je n'ai jamais été confronté à ça* » ; « *Il m'a demandé aussi pour du tir sportif, ça je lui ai donné* ». Du coup, la Dr. D lui demande pourquoi le tir est bon et pas la chasse. La Dr. C répond que la différence réside dans le fait de tirer sur une cible. La Dr. D pense pour sa part que le tir peut aussi être dangereux, qu'avec une hypoglycémie, le patient peut être désorienté, se retourner et tirer sur quelqu'un. La Dr. C finit par conclure : « *Ils ne peuvent pas avoir des sports normaux les gens ?! Qui impliquent pas des armes pour tuer des gens* ».
>
> Observation de réunion staff, septembre 2023.

La délégitimation du tir et de la chasse renvoie donc au danger objectif de ces pratiques, surtout pour des patient·es qui risquent de faire des malaises, mais aussi une forme de mépris vis-à-vis d'activités très éloignées des loisirs des soignant·es, dont la logique semble leur échapper. Il faut dire que le tir et la chasse comptent parmi les activités les plus populaires et masculines, là où le service est en très grande majorité composé de soignant·es de classes moyennes et supérieures. Les chiffres les plus récents sur les pratiques sportives des Français·es indiquent

[144] Sur son terrain, l'AP y est par ailleurs particulièrement contrôlée, notamment par l'utilisation d'outils, tels des cardiofréquencemètres ou des applications de suivis, permettant d'objectiver la charge de travail des patient·es.

en effet que la chasse est pratiquée à 91% par des hommes et à 62% par des personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au bac (Lefèvre et Raffin 2023) ; et le tir sportif par 90% d'hommes et 39% de personnes ayant un niveau de diplôme au maximum équivalent au CAP ou BEP. Les armes sont des accessoires très largement réservés aux hommes dans nombre de sociétés (Tabet 1979), et les activités de loisir qui les impliquent permettent l'expression d'un rapport viril à l'espace et l'environnement, fondé sur l'idée de puissance et de conquête par la violence (Froidevaux 2019 ; Messner et Sabo 1990). Cette virilité associée au tir et à la chasse en fait aussi des pratiques populaires (Vandebroeck 2016)[145], ce qui est redoublé dans le cas de la chasse par la dimension d'utilité quotidienne[146]. Toutes ces caractéristiques pratiques et symboliques du tir et de la chasse s'opposent à la définition des loisirs sportifs partagée par les professionnel·les du service : maitrise de soi et de sa santé plus que maitrise des autres, avec peu d'affrontement ou de violence qui ne soit pas euphémisée ou médiée ; où les dimensions techniques et technologiques sont principalement associées aux rapports avec l'environnement et silencieuses ; éloignés de toute utilité pratique et avant tout valorisable sur le plan symbolique et/ou sanitaire.

De façon plus générale, les AP préconisées s'inscrivent dans une vision médicale et sont, dans leur grande majorité, situées socialement du côté du féminin et/ou des classes supérieures :

[145] En ce qui concerne les pratiques corporelles, les classes populaires sont particulièrement marquées par des différences de genre très affirmées, là où au sein des classes moyennes, et plus encore des classes supérieures, les pratiques des hommes et des femmes se rejoignent autour d'activités souvent associées à la féminité.
[146] Pouvant faire de la chasse un « travail à côté » (Weber 2009).

Table n° 1 : Propriétés sociales des pratiquant·es des principales AP utilisées dans la prise en charge médicale de l'obésité

	Aquagym	*Fitness*	*Gymnastique d'entretien*	*Marche balade*	*Marche nordique*	*Randonnée pédestre*	*Musculation*	*Pilates*	*Natation*	*Stretching*	*Yoga*	*Pratiquant d'AP*	*Non-pratiquant*	*Population total*
Sexe	***[1]	***	***	***	***	*ns*	***	***	***	***	***	***		∅
Femme	88.9%	73.2%	79.9%	55.0%	65.8%	50.7%	36.0%	92.6%	49.0%	70.9%	72.7%	50.8%	63.0%	52.3%
Homme	11.1%	26.8%	20.1%	45.0%	34.2%	49.3%	64.0%	7.4%	51.0%	29.1%	27.3%	49.2%	37.0%	47.7%
Diplôme	**	***	***	***	*ns*	***	***	***	***	***	***	***		∅
< CAP	21.7%	19.3%	24.5%	27.4%	27.2%	16.3%	25.3%	9.9%	20.9%	12.5%	16.9%	27.0%	51.5%	30.0%
CAP/BEP	22.8%	14.5%	18.7%	22.1%	18.2%	18.4%	14.6%	14.2%	17.3%	12.8%	16.0%	22.1%	28.7%	22.9%
Bac	22.5%	22.6%	20.4%	18.9%	18.7%	20.2%	24.1%	20.2%	19.5%	22.6%	20.5%	19.4%	9.8%	18.2%
Bac +2/+3	22.6%	27.4%	22.2%	20.9%	24.2%	27.9%	23.9%	34.0%	25.6%	33.3%	28.6%	20.8%	7.8%	19.2%
> Bac+3	10.4%	16.2%	14.2%	10.7%	11.7%	17.2%	12.2%	21.8%	16.6%	18.7%	18.0%	10.7%	2.2%	9.7%
Classe d'âge	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***		∅
15-24	6.2%	22.7%	5.0%	13.0%	7.4%	10.6%	38.5%	7.0%	18.9%	16.7%	12.3%	15.7%	5.1%	14.4%
25-34	11.6%	25.0%	9.6%	13.8%	4.8%	15.0%	23.2%	15.4%	15.5%	20.2%	16.5%	14.5%	7.1%	13.6%
35-44	12.8%	23.6%	13.2%	16.8%	7.8%	16.2%	18.0%	21.4%	20.0%	17.9%	16.7%	16.7%	8.7%	15.7%
45-54	15.3%	14.6%	17.1%	17.3%	21.2%	18.3%	10.7%	19.8%	18.0%	18.6%	19.8%	17.1%	10.0%	16.2%
55-64	25.2%	8.6%	20.3%	16.2%	25.1%	19.7%	5.7%	18.8%	15.0%	13.5%	16.5%	15.4%	13.0%	15.3%
65-74	19.2%	3.7%	19.9%	14.0%	25.6%	15.3%	2.7%	12.4%	8.3%	11.0%	11.9%	12.6%	18.0%	13.3%
> 74	9.7%	1.7%	15.1%	9.0%	8.0%	4.9%	1.1%	5.2%	4.4%	2.2%	6.3%	8.1%	38.1%	11.5%
Classes sociales	**	***	***	***	**	***	***	***	***	***	***	***		∅
Classes populaires	45.3%	44.2%	43.0%	50.2%	40.2%	35.0%	48.2%	39.2%	40.0%	35.2%	41.4%	49.9%	67.6%	52.1%
Classes moyennes	35.4%	30.9%	33.4%	28.2%	32.8%	34.8%	27.4%	37.8%	30.6%	36.0%	32.6%	28.5%	20.5%	27.4%
Classes supérieures	16.4%	22.7%	21.3%	19.0%	24.3%	27.5%	22.4%	20.6%	27.3%	25.7%	23.9%	19.2%	6.6%	17.6%
Autres	2.9%	2.3%	2.3%	2.6%	2.7%	2.7%	1.9%	2.5%	2.1%	3.0%	2.2%	2.5%	5.4%	2.8%

Champ : Pour chaque AP, toutes les personnes de 15 ans et plus ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois. Pour Pratiquant d'AP, toutes les personnes ayant déclaré avoir pratiqué au moins une AP au cours des 12 derniers mois, hors échecs et pratiques uniquement utilitaires. Toutes les variables sont pondérées (se rapporter au descriptif des données ENPPS 2020 pour davantage de détail).

Lecture : 16,2% des pratiquant.es de fitness ont un niveau de diplôme supérieur à bac+3.

*1. Les * représentent le taux de significativité du test X^2 d'indépendance entre une variable explicative (ex. le sexe) et une variable à expliquer (ex. pratiquer de l'aquagym).*

** : p-valeur <0,05 ; ** : p-valeur<0,01 ; *** : p-valeur<0,001 ; ns : non-significatif.*

La table n°1 décrit les propriétés sociales des pratiquant·es des principales AP utilisées en médecine de l'obésité, à partir du traitement de l'Enquête Nationale sur les Pratiques Physiques et Sportives (ENPPS) de 2020 menée par l'Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP). L'annexe n°2 décrit l'enquête et les traitements statistiques qui ont été appliqués. Dans ce tableau, il manque le tai-chi et le qi-gong, qui ne sont pas présents dans l'enquête ENPPS. Dans la mesure où ce sont des activités qui présentent des caractéristiques proches du yoga (orientales et associées à une dimension religieuse, avec une centration sur les sensations), nous supposons un recrutement social proche[147].

Hormis la « marche-balade », toutes les AP préconisées dans la bonne sportivité médicale sont davantage investies par des personnes ayant au moins le niveau bac, par rapport à l'ensemble des pratiquant·es. Exception faite de la natation, la randonnée et la musculation, ce sont également des activités (très) largement féminisées.

Non seulement pratiquer une AP est socialement situé[148], mais, parmi l'ensemble des pratiques, celles préconisées dans en médecine de l'obésité le sont d'autant plus. Les AP préconisées possèdent certaines caractéristiques qui permettent de comprendre pourquoi, dans l'espace social, les membres des classes moyennes et supérieures s'y investissent plus volontiers. Elles impliquent des mouvements souples, doux (et non pas violents ou explosifs), sans aucun contact physique et leurs finalités se situent au-delà de l'activité elle-même. Ce sont en effet des activités de forme qui, à part la natation et éventuellement la musculation[149], ont pour finalité intrinsèque l'entretien du corps par le mouvement. Elles visent notamment à lui donner une forme socialement valorisée, associée à la minceur tonique, mêlant le contrôle de soi et le dynamisme (Vigarello 2010). S'engager dans ce type d'AP représente un certain usage du corps, et une attention portée à celui-ci, qui est socialement située du côté des femmes et des classes supérieures. Cette attention au corps mêle des dimensions esthétiques, sanitaires et morales : il s'agit de représenter, par corps, une certaine idée du beau, moralement valorisée et associée à la santé.

Aussi, la santé valorisée à travers ce type de pratiques corporelles est une forme de santé spécifique, incarnée, qui n'est pas tant liée aux capacités corporelles (notamment sa capacité à effectuer un travail physique) qu'à la projection dans un avenir évitant la confrontation aux pathologies. Cette vision de la santé, qu'on peut qualifier de préventive et qui est particulièrement développée au sein des classes moyennes et supérieures (Boltanski 1971 ; Darmon 2021 ; Gelly et Pitti 2016 ; Loretti 2021)[150], leur permet d'exprimer un contrôle distinctif de la nature et de leur propre corps, plutôt qu'une soumission à eux (Darmon 2008a ; Vandebroeck 2016)[151]. Cette vision globale du corps, de la santé et du contrôle sur son destin

[147] Pour davantage de détails sur le recrutement social du yoga, voir Garcia et al. (2023).
[148] Logiquement, le fait de ne pas pratiquer est lui aussi très largement situé. Ce sont majoritairement des femmes, âgées, peu diplômées, des classes populaires (Lefèvre et Raffin 2023).
[149] Deux activités qui peuvent se pratiquer en compétition, en affrontant des adversaires.
[150] Darmon montre par exemple la prégnance des conceptions anti-fatalistes vis-à-vis de la récupération post-AVC au sein des classes supérieures.
[151] "*The development of such forms of bodily hyper-control are not randomly distributed across social space. Instead, they find their conditions of possibility and support within a more general ethos that is rooted in the negation of substance in favour of form, the denial of quantity in favour of quality, the assertion of rationality and*

corporel correspond à un certain nombre de pratiques, dont des pratiques sportives. Elle est par ailleurs le produit de conditions matérielles d'existence à distance de la nécessité et de l'urgence (que la précarité, à l'opposé, implique), d'où sa présence parmi les fractions dominantes de l'espace social (Duvoux 2023).

Le corps comme projet et investissement de long terme est ainsi socialement situé, non seulement du point de vue de la classe, mais aussi du genre (Vandebroeck 2016). Dans le domaine corporel, les pratiques et représentations des classes moyennes et supérieures se recoupent avec celles des femmes en général, et possèdent, notamment parmi les classes populaires, une valence symbolique féminine[152]. Un ensemble de travaux montre en effet que les femmes incorporent un certain nombre de contraintes corporelles socialement construites qui les amènent à porter un intérêt pour leur corps et leur santé, et donc à pratiquer des AP qui permettent de modeler le corps selon des normes esthétiquement et sanitairement valorisées. En faisant l'expérience d'un « corps perçu », existant pour et à travers le jugement masculin (Henley 1977 ; Young 2005), mais aussi en étant plus fréquemment assignées à des activités professionnelles et domestiques liées à la présentation de soi[153], les femmes sont plus enclines à se percevoir sous l'angle de leur beauté et de leur apparence. C'est d'autant plus vrai pour les femmes de classes moyennes et supérieures, chez qui le fait de faire des AP dans l'espoir d'un profit lié à la minceur ou à la beauté dépend des profits symboliques et matériels qu'elles peuvent attendre de leur corps, notamment par l'accès à un marché du travail où l'apparence peut fonctionner comme un capital (Hidri Neys 2008 ; Vandebroeck 2016). À cela s'ajoute la dimension proprement sanitaire de ces AP : les pratiquer marque une certaine docilité vis-à-vis des recommandations médicales, une attitude qui s'oppose, dans une certaine mesure, à la défiance masculine et populaire à l'égard de l'autorité (Rode 2010). Étant en charge du travail de santé au sein des familles, notamment du fait de la maternité, les femmes s'avèrent plus enclines à se familiariser au point de vue médical et à s'approprier les pratiques jugées conformes à l'adoption d'un rapport préventif à la santé (Arborio et Lechien 2019 ; Cousteaux 2011).

Nous pouvons enfin, comme pour l'alimentation, nous pencher sur les moyens idéaux employés pour que les patient·s régulent leur pratique d'AP. Cette régulation de l'AP s'opère tout d'abord par le temps de pratique, conformément aux recommandations de l'OMS, reprises dans les recommandations 2022 de la HAS au sujet de la prise en charge médicale de l'obésité de l'adulte :

---

self-control over impulse and desire, in short, the affirmation of the power of Culture over the blind forces of Nature." (Vandebroeck 2016, p. 193).

[152] "*In fact, as one rises in the social hierarchy and agents increasingly have access to other sources of social status, the strict divisions between the sexes tend to loosen. Not only do women increasingly adopt roles and develop interests (in politics, culture, etc.) that among dominated groups are most often reserved for men, but men from the middle and dominant classes also increasingly display a concern with the body's form and appearance – in matters of diet, clothing and cosmetics, for instance – which their working-class counterparts tend to perceive as overly "effeminate" and often delegate wholly or partly to the women of their class.*" (Vandebroeck 2016, p. 30).

[153] Dans ce que Collins (1992) nomme le « travail goffmanien » (travail valorisant la présentation de soi) tel que secrétaire, réceptionniste, etc.

« *Les objectifs suivants d'activité physique doivent être atteints progressivement, et adaptés aux capacités de la personne en situation d'obésité :*

– 150 à 300 minutes/semaine d'activité physique d'intensité modérée (qui correspond à un effort de 5-6 sur une échelle de 0 à 10 en termes de souffle) ;

OU

– 75 à 150 minutes/semaine d'activité physique à dominante aérobie (endurance) d'intensité vigoureuse (qui correspond à un effort de 7-8 sur une échelle de 0 à 10 en termes de souffle) ;

OU

– une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et vigoureuse par semaine ;

ET

au moins 2 jours/semaine de renforcement musculaire touchant l'ensemble des groupes musculaires ;

ET

– rompre régulièrement les périodes de sédentarité par du temps d'activité physique de faible intensité et diminuer les périodes de sédentarité.

Ces recommandations d'activité physique sont également utiles pour prévenir les maladies chroniques : diabète, cancer, arthrose, etc. » (p. 118)[154]

La formulation d'une quantité ou d'un temps d'AP (en minutes) à effectuer par semaine implique une certaine organisation de l'emploi du temps, face à laquelle les individus, selon leur appartenance de classe notamment, ne sont pas égaux. Des travaux montrent par exemple la variation des socialisations, notamment familiales, à un usage du temps correspondant à l'emploi du temps scolaire, et à son découpage de la semaine en activités définies dans leur spécificité et leur durée (Henri-Panabière et al. 2019). Le repère seuil que constitue la durée d'AP à pratiquer par semaine s'apparente ici à un outil de gouvernement de soi, nouvellement promu dans les campagnes de prévention de la santé par l'AP (Radel 2012), dont l'appropriation peut fortement différer selon la position sociale des individus, et les contraintes économiques, familiales et professionnelles avec lesquelles ils doivent composer.

L'injonction à l'autonomie et la proactivité est sous-jacente à cette régulation des AP par la gestion du temps qui organise les discours des professionnel·les :

> La chercheuse en épidémiologie qui fait la présentation du jour indique que le rôle des médecins est d'apporter un support, mais que le fait de surmonter les obstacles à la pratique de l'activité physique doit venir des patients eux-mêmes et doit être une solution personnelle.
>
> Dr. A : « *On a plusieurs types de patients : ceux qui sont actifs et proposent des solutions et ceux qui sont plus passifs* ».
>
> Observation réunion staff, présentation d'une chercheuse en épidémiologie sur les obstacles à l'AP chez les patient·es, septembre 2023.

[154] HAS (2022). *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2° et 3° niveaux. Partie 1 : Prise en charge médicale*. Recommandations de bonnes pratiques.

L'autonomie serait le moyen idéal par lequel les patient·es peuvent s'engager dans une AP, lever les obstacles à sa réalisation concrète, s'engager avec le médecin dans une définition des objectifs à viser et des exercices à effectuer, au quotidien, en gérant eux·elles-mêmes leur emploi du temps et les contraintes (professionnelles, familiales, économiques, etc.) associées. Particulièrement présente dans le cas des pathologies chroniques, cette attente d'un autocontrôle en dehors des temps médicaux est différemment appropriée par les individus selon leur position sociale, qui détermine leur capacité à manifester un mélange de volontarisme et de docilité face à l'institution médicale (Schlegel 2020). En accordant une grande valeur à l'autonomie comme moyen de gérer son corps au quotidien, les professionnel·les imposent un cadrage individuel de la pratique d'AP, sans mesurer les implications sociales de l'injonction à l'autonomie et du type d'AP préconisées, ni avoir conscience des conditions matérielles d'existence qui contraignent et façonnent des rapports différenciés au corps et à l'AP. Forts de ces constats, on peut se demander comment les patient·es en médecine de l'obésité, dont les positions de classe et de genre peuvent être variées, réagissent face à des pratiques et modalités de pratiques situées aussi précisément dans l'espace social.

Conclusion du chapitre 2 : un modèle féminin de classes supérieures ?

Il existe un idéal normatif de mode de vie structuré par la vision médicale des « meilleures » façons d'interagir, de s'alimenter et d'user de son corps pour favoriser la santé en médecine de l'obésité. Les professionnel·les de l'obésité projettent ainsi des patient·es idéaux coopérant·es, compliant·es, investi·es et faisant preuve d'une bonne volonté manifeste, qui se traduit dans une certaine honnêteté à propos des déviances commises actuellement ou par le passé. Le·la patient·e idéal·e est par ailleurs conscient·e des bienfaits physiologiques du « régime méditerranéen » dans une alimentation structurée, mise en œuvre grâce à ses connaissances diététiques et régulée grâce à ses sensations de faim et de rassasiement. Enfin, le modèle de comportement idéalisé implique la mise en pratique d'une bonne sportivité médicale, régulée de façon autonome.

Or, ce mode de vie et cet *ethos* sont situés socialement, et correspondent peu ou prou aux pratiques, aux modes de pratiques et aux représentations de la santé, du corps, de l'alimentation et de l'institution médicale des classes dominantes, et peut-être davantage des femmes des classes dominantes. De fait, il implique une confiance et une docilité vis-à-vis de l'institution médicale couplée à un mode d'expression de soi par le langage dans des termes attendus par les professionnel·les ; une familiarité cognitive et pratique avec les recommandations médicales, notamment diététiques ; une affinité avec des AP individuelles suggérant le contrôle de soi, associé à une représentation de l'AP comme un outil médical. Plus généralement, l'idéal normatif de la prise en charge nécessite, pour être atteint, d'avoir élaboré un rapport préventif à la santé et construit une confiance dans la capacité de pouvoir modifier son corps à plus ou moins long terme. On sait combien ces deux représentations de la santé et de soi, et les pratiques qu'elles induisent, sont socialement situées. Elles caractérisent avant tout ceux et celles qui

côtoient régulièrement l'institution médicale et possèdent les ressources matérielles pour se projeter dans le temps, à distance des contraintes et de l'urgence quotidiennes.

Aussi, dans la mesure où le modèle comportemental visé sert de référence au travail des professionnel·les, il est possible de le considérer comme un objectif de la socialisation institutionnelle liée à la prise en charge médicale de l'obésité. En théorie, toutes les actions déployées par l'équipe soignante, et par les patient·es, se font donc en vue d'atteindre cet objectif moralement situé : acquérir un « meilleur » mode de vie d'un point de vue de la santé. Face à des patient·es avant tout perçu·es comme éloigné·es de ce modèle de référence, les professionnel·les tentent – comme nous verrons par la suite – de leur donner les clefs de l'accès à un certain autocontrôle en matière de gestion de soi dans le suivi médical, l'alimentation et l'AP. Reste à étudier les effets produits par ce référentiel de socialisation, tant sur les pratiques des professionnel·les et les parcours de soins que sur les appropriations différenciées – et/ou les résistances plus ou moins importantes qu'elle engendrent – du point de vue des patient·es.

Conclusion de la partie I

Cette première partie avait pour objectif d'analyser avec précision les formes contemporaines de la prise en charge médicale de l'obésité. Nous avons pu montrer que les solutions thérapeutiques envisagées au cours du temps dépendent des innovations techniques et scientifiques, mais peut-être surtout des objectifs donnés à la médecine de l'obésité. Si les régimes restrictifs, la chirurgie ou d'autres traitements médicamenteux ont pu apparaitre un temps comme des options pertinentes, l'impossibilité pour les soignant·es de faire perdre du poids durablement aux patient·es a contribué à produire de nouveaux objectifs et moyens. À la recherche de perte de poids succède une nouvelle définition de la santé dans le domaine de l'obésité, qu'on peut qualifier d'*invisible*. Cette nouvelle conception de la santé est détachée du poids corporel, au profit de paramètres de santé liés aux fonctions cardiaques, métaboliques, hormonales et intégrant la qualité de vie de l'individu. Malgré des attentes politiques et sociales fortes, la médecine de l'obésité ne cherche plus à faire maigrir à tout prix.

Qui dit nouvel objectif dit également nouvelle méthode : les Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV) s'imposent comme le moyen idéal de prendre en charge tous les patient·es du service enquêté, quels que soient le parcours de soin et le mode de traitement choisi. Au sein des MTMV, l'activité physique (AP) apparait comme un outil de plus en plus utilisé et consensuel. Progressivement intégrée dans les politiques de santé publique et les recommandations médicales, l'AP s'accorde particulièrement bien avec un cadrage individualisant de l'obésité. Sur le plan médical, son efficacité sur de nombreux paramètres de santé reliés à l'obésité concorde avec l'objectif actuel de la prise en charge, au point d'être parfois comparé à un « *médicament parfait* » dans le service enquêté.

Mais que recouvrent exactement les MTMV promues en médecine de l'obésité ? Nous avons pu analyser dans le second chapitre le modèle de référence vers lequel les patient·es doivent tendre. Ce modèle de comportement est notamment défini selon les recommandations de bonnes pratiques en médecine de l'obésité, à partir d'un ensemble de travaux scientifiques qui déterminent les effets physiologiques des pratiques d'alimentation et d'AP. Si ce sont des pratiques analysables d'un point de vue diététique, physiologique, dans un modèle de la balance énergétique, ce sont aussi des pratiques sociales, culturelles, même si le cadrage médical amène à les considérer principalement du point de vue de leurs effets sur le corps.

Du côté de l'alimentation, c'est le « régime méditerranéen » qui sert de référence, tandis que du côté de l'AP, ce sont des pratiques douces où le mouvement et l'intensité sont contrôlables et mesurables. À cela s'ajoute la valorisation d'un certain *ethos* de patient, autonome, docile et coopératif. Or, ces trois dimensions du modèle de comportement visé ne sont pas neutres socialement mais peuvent être situées, principalement dans le haut de l'espace social, et genrées, au féminin.

Ces constats, qui permettent d'objectiver les choix qui sont faits, et donc de dénaturaliser l'évidence médicale de ce qui est promu comme « sain », ne disent finalement rien de ce qui se passe concrètement dans un parcours de soin en médecine de l'obésité. Quel·les sont les patient·es qui s'y engagent ? À quel point sont-ils et elles éloigné·es du style de vie qui sert de

modèle ? Comment se déroulent les soins ? Qu'en retirent les patient·es ? C'est ce type de questions que nous allons maintenant explorer.

Partie II. Soigner des patient·es, socialiser des individus

Introduction

Nous avons bien vu au cours de la partie I comment la médecine de l'obésité s'est constituée récemment autour des modifications du mode de vie des patient·es, en mettant à distance un objectif de perte de poids importante, ce qui a eu pour conséquence d'ériger certains usages du corps, loin d'être neutres socialement, en pratiques thérapeutiques. La partie II permet de rentrer dans le vif de l'interaction entre patient·es et soignant·es, en abordant la question de la socialisation secondaire, institutionnelle et de long terme que constitue la modification des modes de vie en médecine de l'obésité. Qui sont les patient·es ciblé·es par cette socialisation ? Comment sont transmis les modes de vie « sains » décrits dans la partie I ? Quelles variations apparaissent, selon les patient·es et les professionnel·les ? Quel est le poids des dispositions antérieures sur la forme prise par les parcours de soin ? Dans quelle mesure les patient·es résistent-ils au travail socialisateur opéré dans le service ?

La méthode employée dans cette partie mêle des données quantitatives de cadrage et des éléments plus contextualisés sur le déroulement des prises en charge et son vécu par les patient·es. Cartographier en détail les processus de socialisation à l'œuvre implique en effet d'observer les différentes interactions entre patient·es et professionnel·les, d'accéder par des discours rétrospectifs au passé de chaque individu influençant les interactions, mais aussi de replacer chaque cas dans un espace social plus large.

Afin de savoir comment les professionnel·les s'arrangent pour transformer les patient·es, et comment les patient·es se transforment effectivement, il convient tout d'abord de détailler les caractéristiques du public cible. Qui sont les patient·es et quels sont les différents modes d'entrée dans le service ? Quels filtres peuvent exister, sélectionnant les usagers de l'institution médicale chargée du traitement de l'obésité ? Quelles « cultures importées »[155] présentent les patient·es à leur entrée ? Le **chapitre trois** aborde ces questions en étudiant la répartition sociale de l'obésité, les modes d'entrées dans la prise en charge et la familiarité différenciée à l'institution médicale.

Ce cadrage initial permet de se pencher sur l'action socialisatrice du service, et les formes variées qu'elle peut prendre selon les professionnel·les et les patient·es. Comment une institution peut-elle socialiser des individus adultes à des pratiques quotidiennes jugées plus saines ? Cette action est-elle uniforme ? Le cas échéant, sur quoi se fondent les différenciations ? Le **chapitre quatre** se centre sur les modes variés d'interaction soignant·es

[155] Nous reprenons ici l'expression employée par Goffman au sujet des internés dans une institution psychiatrique (Goffman 1968).

/ soigné·es, les catégorisations dont font l'objet les patient·es de la part des professionnel·les et l'influence de la dynamique interactionnelle sur les parcours de soin.

On peut enfin se pencher sur les produits de la socialisation du point de vue des patient·es. Qui se transforme effectivement selon les attendus ? Qui résiste, et selon quelles modalités ? Quelles sont les conditions sociales pour une socialisation « réussie », efficace, rapide ? À quel point (et à quelles conditions) les socialisations sont-elles durables, ancrées, incorporées ? Le **chapitre cinq** aborde les prises de position différenciées des patient·es par rapport à la prise en charge et l'évolution de leurs pratiques et représentations depuis le début de celle-ci.

D'un point de vue théorique, nous nous situons pleinement dans une sociologie des socialisations attentive aux processus concrets permettant ou non aux individus de se transformer. De plus, nous abordons une forme de socialisation soulevant des enjeux de santé importants : se transformer en tant que patient·e selon la direction attendue revient à accéder à ce que l'on considère actuellement comme une meilleure santé probable. Nous cherchons alors à étudier comment le social intervient à différents échelons sur la capacité des patient·es à accéder à cette santé désirable. Si la sociologie peut aborder les rapports entre le social et le pathologique sous deux angles (Darmon 2021)[156], nous nous centrons ici sur l'influence des faits sociaux sur la santé, à l'échelle des interactions médicales. Prendre le parti d'une focalisation sur les interactions permet d'envisager de mettre en équation les caractéristiques sociales et dispositionnelles des patient·es avec le travail différencié des professionnel·les.

[156] Ce que le social fait au pathologique (par exemple sur la probabilité de contracter une certaine pathologie selon le milieu social) ; ce que le pathologique fait au social (par exemple sur les conséquences interactionnelles d'une pathologie invalidante).

Chapitre 3. Devenir patient·e. Conditions sociales de l'entrée dans une prise en charge

Avant de rentrer dans le détail des formes que prend la prise en charge et de l'appropriation par les patient·es des parcours de soin, il parait essentiel pour situer les résultats de savoir qui sont les individus pris en charge. Pour y parvenir, nous tenterons de déterminer les positions sociales 1) des individus pouvant faire l'objet d'une prise en charge pour l'obésité et 2) des individus qui recourent effectivement à l'institution médicale pour leur corpulence. Tous les individus ne sont pas obèses, au sens médical, et toutes les personnes qui rentrent *a priori* dans cette catégorie ne deviennent pas automatiquement patient·es objets d'une prise en charge spécialisée. Objectiver les différents filtres à l'entrée d'une prise en charge nous permettra d'identifier les dispositions préalables que les patient·es peuvent avoir ou non, et qui peuvent être associées à certains modes d'entrée dans le suivi. Une sélection des individus, qu'elle soit explicite ou implicite, peut induire de fait une sélection de certaines dispositions sociales[157].

La première partie de ce chapitre s'appuiera sur des données récentes pour explorer l'espace social des corpulences, et plus particulièrement la répartition sociale de « l'obésité ». Sur ce point, quelques précautions épistémologiques sont à prendre. Le recours à des enquêtes nationales de grande ampleur permet d'obtenir un nombre conséquent d'individus, mais réduit mécaniquement la finesse des données disponibles pour chacun. En ce sens, nous sommes obligés d'utiliser l'IMC pour catégoriser les corpulences, et estimer la répartition sociale de l'obésité. Bien que controversé (Basdevant 2009), surtout pour des usages individuels, cet outil de mesure reste le plus pratique dans les enquêtes de grande échelle. Il y a plus de probabilité que les individus connaissent leur poids et taille que leur tour de taille ou leur pourcentage de masse grasse[158]. Les résultats mentionnés seront donc à considérer au regard de ce que permet l'IMC : une *estimation* de la corpulence de populations davantage qu'une *réalité*.

Ces premiers résultats permettront de mettre en lumière le paradoxe suivant : alors même que l'obésité touche davantage les classes populaires, et tout autant les hommes que les femmes, comment expliquer la surreprésentation des femmes et des classes diplômées dans les enquêtes de terrain que nous avons menées sur la prise en charge de l'obésité ? À partir d'une enquête nationale de santé et de l'analyse des modes d'entrées dans une prise en charge, nous explorerons les consommations médicales des personnes obèses, en tant que groupe dont le corps est pathologisé, mais aussi la forte hétérogénéité des rapports à la santé selon les ressources et capitaux possédés. Quelles positions et dispositions sociales favorisent le fait de devenir patient·e d'un service hospitalier spécialisé dans l'obésité ?

[157] Ce qu'ont pu montrer par exemple Bertrand (2012) dans les centres de formation en football et Darmon (2015) dans le cas des classes préparatoires.
[158] Qui sont reconnus comme des outils plus fiables d'estimation de l'obésité.

I. L'espace social de l'obésité

Prenant pour objet les usages médicaux de l'AP dans la prise en charge de l'obésité, il convient de situer au moins en partie la population d'enquête. Où se situent socialement les individus qui, en théorie, sont la cible de la prise en charge de l'obésité ? Ce faisant, nous nous plaçons ici dans une sociologie *de* l'obésité (par opposition à *sur* l'obésité) pour reprendre la distinction de (Poulain 2009a), à savoir une sociologie prenant au sérieux les modes de catégorisation médicale de l'obésité pour déterminer la répartition sociale des individus appartenant à cette catégorie. Nous cherchons donc à dépasser le constat d'un « gradient » de l'obésité identifié dans les études épidémiologiques pour déplier ce que la classe ou le genre peuvent faire aux corpulences. Les données récentes nous permettent d'une part de situer avec précision le décalage entre la répartition sociale de l'obésité et les caractéristiques sociales des patient·es effectivement pris en charge, et d'autre part d'aborder l'hétérogénéité (de classe, de genre, d'âge) des personnes considérées comme obèses. Ce dernier point n'étant pas sans conséquence dans les interactions médicales et dans la différenciation des parcours de soin.

Pour répondre à cette question, nous utilisons l'enquête ENPPS de 2020 menée par l'INJEP, comprenant 12 034 individus en France (métropole et DROM), sélectionnés par échantillonnage aléatoire à partir des bases de données de l'INSEE. Les résultats ont été redressés (calage sur marges selon âge, sexe, niveau de diplôme, taille de l'unité urbaine et région de résidence) (Lefèvre et Raffin 2023). L'enquête présentait un caractère obligatoire, avec relance en cas de non-réponse, et a été menée par téléphone, Internet et questionnaire papier. Bien qu'elle concerne les pratiques d'activités physiques (point que nous aborderons au chapitre 6), cette enquête est récente, de grande ampleur, robuste statistiquement, et s'appuie sur des données de taille et poids récoltées. Ce n'est toutefois pas le « *gold-standard* » de la mesure de la corpulence, puisqu'elle est auto-déclarée, ce qui peut mener à des surestimations de la taille et des sous-estimations du poids (Ng 2019 ; Niedhammer et al. 2000).

Pour constituer les classes sociales, nous nous sommes appuyés sur la façon de procéder d'Alexis Spire dans l'analyse de l'enquête PROFET, basée en partie sur la nomenclature des PCS de l'INSEE, à savoir :

- Classes populaires : Personnels des services aux particuliers, ouvriers qualifiés, ouvriers non qualifiés, ouvriers agricoles, employés de commerce, employés administratifs d'entreprise, employés de la fonction publique, petits agriculteurs, chômeurs n'ayant jamais travaillé, personnes diverses sans activité de moins et plus de 60 ans, policiers et militaires ;
- Classes moyennes : Chefs d'entreprise de moins de dix salariés, professions intermédiaires de l'enseignement, professions intermédiaires administratives, techniciens, contremaitres et agents de maitrise, agriculteurs de moyennes exploitations, artisans, commerçants, clergé ;
- Classes supérieures : Chefs d'entreprise de plus de dix salariés, agriculteurs de grandes exploitations, professions libérales, cadres de la fonction publique, cadres du privé ;
- Autre : Regroupe « Inconnu », ainsi que les personnes ayant indiqué « retraités » sans préciser ce qu'elles faisaient avant.

Les étudiants ont été classés à partir du groupe professionnel des parents, et les retraités à partir de leur précédente profession, quand elle est déclarée. L'origine géographique a été reprise telle quelle à partir des variables disponibles dans le fichier de données ENPPS, dont la nomenclature est identique à l'enquête Trajectoires et Origines 2 (TeO2) menée par l'Insee et l'Ined en 2019-2020 (Beauchemin et al. 2023). Tous les traitements ont été effectués sur le logiciel R à partir de données pondérées. Les tests statistiques réalisés sont des tests d'indépendance de variables de χ^2 pour les tris croisés, et des tests de Wald dans les modèles de régressions logistiques (avec le calcul des *odds-ratio* et intervalles de confiance).

Le genre, la classe sociale et l'âge apparaissent comme des variables très structurantes des corpulences, de la maigreur à l'obésité (cf. Table n°1).

Table n°1 : Répartition des classes de corpulence selon les indicateurs de position sociale (pourcentages ligne).

	Maigreur N=562	Corpulence normale N=5 647	Surpoids N=2 860	Obésité N=1 112	p-value
Sexe					<0.001
Femme	6.9%	58.9%	23.1%	11.1%	
Homme	2.6%	50.3%	35.3%	11.8%	
Diplôme					<0.001
< CAP	7.3%	52.0%	28.2%	12.5%	
CAP/BEP	2.4%	47.4%	34.5%	15.7%	
Bac	5.0%	58.2%	26.4%	10.4%	
Bac +2/+3	4.2%	58.6%	28.0%	9.1%	
> Bac+3	3.9%	63.3%	27.2%	5.7%	
Classe d'âge					<0.001
15-24	13.4%	71.2%	11.3%	4.1%	
25-34	4.4%	64.3%	22.7%	8.6%	
35-44	2.9%	55.3%	30.1%	11.7%	
45-54	3.1%	49.3%	34.2%	13.4%	
55-64	2.6%	46.4%	37.1%	13.9%	
65-74	2.8%	46.8%	34.3%	16.1%	
> 74	4.6%	48.4%	34.6%	12.4%	
Classes sociales					<0.001
Classes populaires	5.1%	51.9%	29.0%	14.0%	
Classes moyennes	4.1%	56.1%	29.2%	10.6%	
Classes supérieures	5.2%	59.7%	29.0%	6.1%	
Autres	2.9%	52.0%	33.1%	12.0%	
Situation familiale					<0.001
Seul sans enfant	7.5%	59.0%	23.9%	9.6%	
Seul avec enfant(s)	9.6%	62.5%	20.2%	7.7%	
En couple sans enfant	2.4%	51.8%	32.4%	13.4%	
En couple avec enfant(s)	2.9%	52.0%	33.0%	12.2%	
Décile de revenu disponible					<0.001
Decile_1	4.9%	53.0%	29.6%	12.4%	
Decile_2	4.8%	51.1%	28.9%	15.2%	
Decile_3	4.8%	56.3%	27.5%	11.3%	
Decile_4	3.7%	51.4%	31.3%	13.6%	
Decile_5	5.1%	49.2%	31.2%	14.5%	
Decile_6	5.0%	51.6%	29.0%	14.4%	
Decile_7	4.6%	55.3%	29.4%	10.7%	
Decile_8	4.2%	54.7%	29.6%	11.4%	

Decile_9	5.0%	56.9%	28.3%	9.8%	
Decile_10	5.6%	61.3%	26.8%	6.3%	
Lieu de résidence					0.003
Moins de 2000 hab.	4.0%	52.5%	31.2%	12.3%	
De 2000 à 100 000 hab.	4.3%	53.5%	29.7%	12.5%	
Plus de 100 000 hab.	5.4%	56.5%	27.9%	10.2%	

Lecture : Parmi les individus ayant plus d'un bac +3, on compte 5,7% de personnes obèses contre 63,3% de personnes normo-pondérées.
Champ : Individus de l'enquête (12 034 individus).
Source : ENPPS 2020.

Nos résultats sur ces points rejoignent largement la littérature : plus les individus sont diplômés, ont des revenus importants et sont jeunes, moins ils ont de chance d'être obèses. Par ailleurs, l'obésité est aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes. Ces résultats étant bien connus, nous nous permettons de renvoyer à l'annexe n°3 pour plus de détails. Il nous semble toutefois important d'insister sur certains points, et notamment les écarts de prévalence entre hommes et femmes dans le haut de l'espace social (cf. Table n°2).

Table n°2 : Répartition des classes de corpulence par sexe selon les variables socio-démographiques (pourcentages ligne).

	Maigreur		**Corpulence normale**		**Surpoids**		**Obésité**		**p-valeur**	
	♂ **N=169**	♀ **N = 393**	♂ **N=2 580**	♀ **N= 3 067**	♂ **N = 1 705**	♀ **N=1 155**	♂ **N=547**	♀ **N = 565**	♂	♀
Diplôme									<0.001	<0.001
< CAP	5.9%	8.5%	51.5%	52.5%	30.9%	25.9%	11.7%	13.2%		
CAP/BEP	0.9%	4.4%	43.0%	53.4%	40.6%	26.2%	15.5%	15.9%		
Bac	2.2%	7.1%	54.3%	61.4%	33.7%	20.4%	9.7%	11.0%		
Bac +2/+3	1.5%	6.6%	51.7%	64.6%	35.1%	21.9%	11.7%	6.9%		
> Bac+3	1.2%	7.2%	56.1%	72.3%	36.5%	15.7%	6.3%	4.9%		
Classe d'âge									<0.001	<0.001
15-24	11.1%	15.9%	73.1%	69.1%	12.2%	10.4%	3.7%	4.6%		
25-34	2.7%	6.1%	63.3%	65.3%	26.3%	19.2%	7.7%	9.4%		
35-44	0.5%	5.4%	47.3%	63.5%	39.5%	20.5%	12.8%	10.6%		
45-54	0.6%	5.7%	42.7%	56.2%	41.9%	26.3%	14.8%	11.9%		
55-64	1.1%	4.3%	38.4%	54.9%	47.0%	26.6%	13.6%	14.2%		
65-74	0.6%	4.9%	40.2%	53.2%	42.6%	26.4%	16.7%	15.5%		
> 74	1.7%	6.7%	47.0%	49.5%	37.7%	32.3%	13.6%	11.5%		
Classes sociales									<0.001	<0.001
Classes populaires	3.3%	6.5%	48.7%	54.5%	34.1%	24.9%	13.9%	14.1%		
Classes moyennes	1.8%	6.6%	50.0%	62.6%	36.2%	21.8%	12.0%	9.0%		
Classes supérieures	2.5%	9.2%	53.6%	68.8%	36.5%	17.9%	7.4%	4.1%		
Autres	0.4%	5.2%	52.4%	51.6%	37.6%	29.0%	9.6%	14.2%		
Situation familiale									<0.001	<0.001
Seul sans enfant	4.8%	10.0%	59.3%	58.7%	26.7%	21.3%	9.1%	10.0%		
Seul avec enfant(s)	9.6%	9.6%	65.4%	60.7%	20.2%	20.2%	4.7%	9.5%		
En couple sans enfant	0.6%	4.5%	44.9%	59.8%	39.8%	23.8%	14.6%	11.9%		

En couple avec enfant(s)	0.8%	5.1%	44.7%	59.9%	42.2%	22.8%	12.3%	12.1%		
Décile de revenu disponible									0.016	<0.001
Decile_1	2.4%	6.8%	55.9%	50.9%	31.6%	28.2%	10.1%	14.1%		
Decile_2	1.2%	7.9%	51.1%	51.1%	34.3%	24.1%	13.4%	16.9%		
Decile_3	1.4%	8.0%	59.4%	53.3%	27.6%	27.5%	11.6%	11.1%		
Decile_4	2.4%	4.8%	45.8%	56.2%	38.7%	24.9%	13.1%	14.1%		
Decile_5	3.3%	6.8%	45.1%	53.3%	35.9%	26.6%	15.7%	13.4%		
Decile_6	3.5%	6.4%	46.3%	56.3%	34.3%	24.3%	15.9%	13.0%		
Decile_7	3.6%	5.7%	49.2%	61.5%	35.3%	23.3%	11.9%	9.5%		
Decile_8	1.8%	6.6%	47.4%	61.8%	37.6%	22.0%	13.2%	9.7%		
Decile_9	3.2%	7.0%	51.4%	63.2%	35.6%	20.1%	9.8%	9.7%		
Decile_10	2.5%	9.1%	54.1%	69.4%	36.7%	15.6%	6.7%	5.9%		
Lieu de résidence									<0.001	0.6
Moins de 2000 hab.	2.0%	6.2%	46.9%	58.5%	37.0%	24.9%	14.1%	10.4%		
Entre 2000 et 100 000 hab.	2.5%	6.2%	47.6%	59.6%	36.2%	23.0%	13.7%	11.2%		
Plus de 100 000 hab.	3.0%	7.6%	54.0%	58.7%	33.9%	22.4%	9.1%	11.3%		

[2] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 15,9% des femmes ayant un niveau de diplôme CAP ou BEP sont obèses, contre 4,9% des femmes ayant plus qu'un bac+3.
Champ : Individus de l'enquête (12 034 individus).
Source : ENPPS 2020.

Contrairement à ce que notaient certains travaux des années 2000 (Poulain 2009a), le gradient social de l'obésité est présent tant chez les hommes que chez les femmes[159]. La présence d'une obésité masculine de classes supérieures (« obésité distinguée », Poulain 2009a, p. 92) semble se réduire, ce qui accroit les écarts entre le haut et le bas de l'espace social[160]. On observe ainsi une homologie entre la structure des corpulences chez les femmes et chez les hommes. Pour autant, les écarts – et donc la « pente » du gradient social de l'obésité – restent bien plus marqués pour les femmes que pour les hommes. Si, dans les classes populaires, 13,9% des individus obèses sont des hommes et 14,1% sont des femmes, dans les classes supérieures, il n'y a que 4,1% de femmes obèses contre 7,4% d'hommes. C'est ce que notent aussi les études épidémiologiques récentes sur la question, sans pour autant fournir d'explications sociologiques de ce phénomène (Matta et al. 2018). L'écart social plus marqué chez les femmes s'observe à l'échelle des niveaux de diplôme (indicateur du capital culturel), des niveaux de revenus (indicateur du capital économique), mais également des groupes professionnels détaillés (cf. Table n°3) :

[159] À partir d'enquêtes menées au début des années 2000, Poulain (2009a) constatait une distribution bimodale de l'obésité chez les hommes, à la fois en bas et en haut de l'espace social.
[160] Ce qui ne veut pas dire que les hommes obèses de classes supérieures ne puissent pas se valoriser par un *ethos* de bon vivant, détaché d'une forme de docilité féminine à la minceur et la santé.

Table n°3 : Répartition des classes de corpulence par sexe selon le groupe professionnel (pourcentages ligne).

	Maigreur		Corpulence normale		Surpoids		Obésité		p-value	
	♂ N=169	♀ N = 393	♂ N=2 580	♀ N= 3 067	♂ N = 1 705	♀ N=1 155	♂ N=547	♀ N = 565	♂	♀
Groupe professionnel									<0.001	<0.001
Sans activité professionnelle	10.1%	12.0%	63.0%	60.5%	19.1%	18.0%	7.7%	9.4%		
Ouvriers	1.2%	2.1%	51.1%	54.3%	34.2%	29.2%	13.5%	14.4%		
Employés	3.6%	5.6%	48.3%	55.4%	33.5%	25.1%	14.6%	13.9%		
Agriculteurs exploitants	0.0%	0.0%	45.6%	47.7%	43.1%	25.1%	11.4%	27.2%		
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0.6%	2.9%	43.1%	66.6%	47.8%	20.7%	8.5%	9.8%		
Professions intermédiaires	1.4%	6.3%	51.7%	65.2%	34.8%	19.9%	12.1%	8.6%		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0.5%	6.2%	54.2%	71.0%	38.1%	18.3%	7.2%	4.5%		
Retraités	0.8%	5.5%	41.3%	53.1%	42.8%	28.3%	15.1%	13.0%		

Lecture : 27,2% des femmes agricultrices exploitantes sont obèses, contre 4,5% des femmes cadres et professions intellectuelles supérieures.
Champ : Individus de l'enquête (12 034 individus).
Source : ENPPS 2020.

Ces résultats (malgré des effectifs restreints, notamment pour la maigreur) indiquent que la pression à la minceur exercée sur les corps féminins s'exprime également dans l'obésité, contrairement à ce qu'on aurait pu penser à première vue au regard des taux de prévalence similaires entre hommes et femmes. Cette pression semble surtout concerner les fractions hautes de l'espace social (Régnier 2006). Dans une enquête sur les types de corps désirés et légitimés, Vandebroeck (2015) montre que, chez les femmes, la proportion de celles qui voudraient un corps svelte augmente à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale. La corpulence constitue un outil de distinction de classe en raison des qualités morales qui y sont associées. Pensée comme un attribut modifiable, donc comme étant de la seule responsabilité morale de l'individu, la minceur constituerait une manière féminine d'exprimer une maitrise de soi. En devenant le révélateur de qualités individuelles qui s'appliqueraient à tous les domaines et justifient la position sociale, la corpulence agit comme une socio-dicée silencieuse[161]. Ainsi s'opère un renversement de la causalité sociologique, qui masque le fait que les corps sont le produit de la position sociale, les possibilités effectives d'accéder à la minceur étant socialement situées.

Malgré une pression importante qui s'applique au corps des femmes en général, celles de classes populaires sont touchées de manière relativement importante par l'obésité. Cette fraction de l'espace social serait une zone de faible tension corporelle (Moreno Pestaña 2016),

[161] La personne serait mince parce que dominante, c'est-à-dire possédant les qualités individuelles, morales, pour maitriser son existence.

notamment par une réduction de l'accès aux professions impliquant une présentation de soi, combinée à des possibilités objectives moindres d'ajuster le corps à l'idéal de minceur (Vandebroeck 2016). L'expérience d'un corps avant tout pour autrui réduit le temps accordé à soi et fait notamment obstacle aux socialisations sportives.

Ces constats sont connus et documentés, contrairement au fait que les corpulences normales ou maigres deviennent objectivement de plus en plus distinctives du côté des hommes. Y a-t-il une reconfiguration des masculinités de classes supérieures, où le corps et la santé ont davantage d'importance que par le passé ? Très peu d'études s'intéressent directement au corps de classe des hommes, et au potentiel distinctif qu'il peut posséder. La littérature anglo-saxonne concerne davantage les femmes (Robinovich et al. 2018) ou les capacités critiques des hommes à prendre de la distance vis-à-vis de l'enjeu du poids (Monaghan 2007). Pourtant, quelques résultats peuvent indiquer une valorisation forte de la minceur chez les hommes des classes supérieures. Ils tiennent par exemple explicitement à la minceur de leur conjointe (Braizaz 2017), sans qu'on sache ce qu'ils pensent de leur propre corpulence. Par ailleurs, plus le niveau de diplôme augmente, plus les hommes déclarent faire du sport pour gagner en endurance, davantage que pour prendre du poids et gagner du muscle (Vandebroeck 2016). Dans une recherche récente à partir des données de l'enquête VIRAGE, Trachman montre que plus les hommes sont diplômés et de classes supérieures, moins ils se disent « masculins ». D'un autre côté, les hommes en surpoids et obèses se disent plus volontiers « très masculins » que les hommes normopondérés ou en sous-poids (Trachman 2022). La masculinité (ou plutôt l'idée que les membres des classes supérieures se font de la masculinité) associée à la virilité, la force, et potentiellement la violence physique, constitue de plus en plus un repoussoir.

> « Ne pas se dire très masculin serait une manière de faire des distinctions de classe avec du genre, de tenir pour un peu fruste une affirmation masculine sans nuance, sans que cela soit lié par ailleurs aux pratiques de genre ou que cela remette en cause la hiérarchie du masculin et du féminin » (Trachman 2022, p. 2).

Dans son enquête sur les types de corps désirés et associés aux différents groupes sociaux, Vandebroeck repère une perception différenciée des corps d'hommes, entre dominant économique (*businessman*) et dominant culturel (artiste), le premier se voyant majoritairement attribué un physique large, lourd, masculin, quand le deuxième se voit attribué un physique fin, frêle, efféminé. Nos résultats, et les travaux cités, s'opposent au constat que faisait de Saint-Pol (2010a) concernant « la corpulence comme mode de distinction de genre » (p. 194)[162]. Nous supposons plutôt que la minceur devient de plus en plus un marqueur de classe, et de moins en moins un marqueur de genre, du fait que masculinité et féminité de classes supérieures s'alignent en termes de corpulence autour d'une valeur cardinale, la santé, et de ce qu'exprime la minceur, le contrôle de soi et de son avenir. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas d'autres lignes de fractures entre hommes et femmes, dans d'autres domaines, pratiques et prises de position au sujet du corps. Partant du postulat que le corps idéal peut être approché par le corps

[162] On retrouve ce type de déclaration sur la faible importance d'un capital esthétique chez les hommes, asséné parfois de manière péremptoire, dans des travaux plus récents : « la beauté corporelle participe à la définition de la féminité mais pas de la masculinité » (Tocco 2025, p.77).

des dominants, qui disposent des moyens d'imposer leur propre corps comme seule manière légitime d'avoir un corps, nous concluons à un renforcement de l'idéal de minceur, notamment chez les hommes. Ainsi, dans la prise en charge, les patient·es du haut de l'espace social, hommes comme femmes, seraient potentiellement confronté·es à la fois à un idéal de comportements vers lequel tendre, mais aussi à un idéal corporel prégnant.

Ces constats nous donnent quelques pistes interprétatives concernant le constat dans la littérature (mais aussi dans notre enquête, nous le verrons *infra*) d'une surreprésentation des classes supérieures, hommes et femmes, dans les dispositifs de soin en médecine de l'obésité (Gridaine 2022 ; Knobé 2020). La pression à l'évitement des fortes corpulences reste très présente, et semble même s'accentuer pour les hommes du haut de l'espace social. Les individus de classes supérieures dont l'IMC est synonyme d'obésité seraient alors plus enclins que les autres à chercher des solutions pour accorder leur corps avec leur classe.

Les données générales de répartition sociale des corpulences nous renseignent sur la population susceptible d'avoir recours à des dispositifs de prise en charge de l'obésité. L'obésité concerne autant les hommes que les femmes, et plus fréquemment les classes populaires que les autres parties de l'espace social. L'obésité serait un marqueur de classe fort, pour les femmes mais aussi de plus en plus pour les hommes. La pression à l'évitement des fortes corpulences dans le haut de l'espace social pourrait alors expliquer une part de la surreprésentation des classes supérieures dans les espaces de prise en charge. Loin d'être homogène, le groupe des personnes obèses semble au contraire varié, sur le plan du genre, de la classe et de l'âge, ce qui n'est pas sans incidence sur les types de prises en charge, comme nous le verrons au chapitre quatre.

II. Consommations médicales forcées ou préventives ? Distances sociales à la prise en charge de l'obésité

Toutes les personnes obèses ne deviennent pas mécaniquement des patient·es pris en charge pour leur corpulence. Pour approcher les conditions sociales conduisant les individus à s'engager dans une prise en charge, il convient tout d'abord d'estimer leur distance à l'institution médicale, en mettant en relation des types de rapports à la santé et à la médecine avec des positions sociales, avant de se centrer précisément sur les modes d'entrée dans un parcours de soin spécialisé. Les distances et proximités à l'institution médicale sont approchées à partir des consommations médicales, plus ou moins forcées ou préventives. Comment évoluent les consommations médicales en fonction de la corpulence et des variables de position sociale ?

Nous nous appuierons ici sur l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2014, menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Cette enquête, représentative en population générale, porte sur les pratiques de santé, avec notamment un module de questions concernant les parcours de soin. Les ménages sont recrutés sur la base des fichiers de l'Assurance maladie, et sont interrogés soit au téléphone, soit en face-à-face. L'enquête prévoit deux contacts (séparés d'une semaine), auxquels s'ajoute un questionnaire auto-administré (Celant, Guillaume, et Rochereau 2017). Au total, elle délivre des informations

sur 26 514 individus. Les pratiques de santé et les données d'IMC ne concernent toutefois que les enquêté·es de plus de 15 ans ayant répondu, à la suite du premier contact, au questionnaire auto-administré, soit 15 729 personnes.

A. L'importante consommation médicale des personnes obèses

Pour estimer les rapports à la santé et à l'institution médicale des individus, nous nous focaliserons sur les consommations médicales. Nous définissons ces dernières comme toutes les pratiques de soin que peut réaliser un individu en rapport avec un·e ou des professionnel·le(s) de santé. Dans l'enquête ESPS, les consommations médicales recouvrent principalement les consultations (et leurs renoncements), les tests médicaux et l'éducation thérapeutique. Par cette définition, nous marquons une distance avec l'étude de Boltanski (1971), qui, par ces termes, renvoyait aux dépenses de santé effectuées par les individus. Il nous semble en effet, par rapport à notre problématique, plus judicieux d'estimer la force des liens entre des individus et des institutions par l'étude des occasions qu'ils ont de les fréquenter (cf. Table n°4), plutôt que par les sommes dépensées pour des soins.

Table n°4 : Pratiques de consommations médicales selon la classe de corpulence.

	Maigreur N = 392	Corpulence normale N = 7825	Surpoids N = 4764	Obésité N = 2345	p-value
Renoncement aux soins (financier)					<0.001
Oui	27.2%	25.1%	24.6%	32.1%	
Non	72.8%	74.9%	75.4%	67.9%	
Renoncement aux soins (trop d'attente)					0.8
Oui	16.4%	14.5%	13.8%	14.7%	
Non	83.6%	85.5%	86.2%	85.3%	
Renoncement aux soins (distance)					0.3
Oui	2.1%	3.0%	2.6%	3.8%	
Non	97.9%	97.0%	97.4%	96.2%	
Recours aide à domicile					<0.001
Oui	9.9%	7.8%	10.1%	14.7%	
Non	90.1%	92.2%	89.9%	85.3%	
Dernière consultation dentaire					<0.001
- de 6 mois	42.4%	34.0%	32.7%	30.1%	
Entre 6 et 12 mois	17.8%	23.0%	21.5%	20.7%	
12 mois et +	36.0%	40.6%	43.2%	46.0%	
Jamais	3.8%	2.4%	2.5%	3.3%	
Dernière consultation généraliste					<0.001
- de 12 mois	88.6%	86.3%	88.7%	92.4%	
+ de 12 mois	10.5%	12.8%	10.6%	7.1%	
Jamais	0.9%	1.0%	0.7%	0.5%	
Dernière consultation spécialiste					<0.001
- de 12 mois	47.7%	48.9%	49.5%	54.3%	
+ de 12 mois	28.6%	36.8%	37.2%	36.0%	
Jamais	23.7%	14.3%	13.2%	9.7%	
Dernière cholestérolémie					<0.001
- de 12 mois	34.1%	41.6%	55.7%	65.4%	
Entre 1 et 2 ans	13.1%	19.4%	18.0%	16.4%	
Entre 2 et 3 ans	6.6%	7.4%	5.9%	4.9%	

Entre 3 et 5 ans	2.2%	4.1%	3.0%	2.9%	
5 ans ou plus	3.8%	4.3%	3.8%	2.6%	
Jamais	40.3%	23.1%	13.6%	7.9%	
Dernière coloscopie					<0.001
- de 12 mois	4.3%	3.9%	5.6%	5.5%	
Entre 1 et 2 ans	1.6%	3.3%	4.8%	5.3%	
Entre 2 et 3 ans	1.8%	3.4%	4.8%	5.0%	
Entre 3 et 5 ans	0.8%	4.0%	5.1%	6.1%	
5 ans ou plus	4.7%	7.7%	9.3%	11.5%	
Jamais	86.9%	77.7%	70.5%	66.5%	
Dernier frottis					<0.001
- de 12 mois	28.9%	31.7%	26.2%	24.0%	
Entre 1 et 2 ans	14.8%	26.6%	22.4%	19.4%	
Entre 2 et 3 ans	6.9%	9.7%	11.4%	9.4%	
Entre 3 et 5 ans	5.3%	5.3%	8.3%	7.4%	
5 ans ou plus	9.5%	11.4%	19.4%	25.9%	
Jamais	34.6%	15.3%	12.3%	14.0%	
Dernière glycémie					<0.001
- de 12 mois	34.2%	43.8%	56.4%	67.0%	
Entre 1 et 2 ans	14.2%	19.3%	17.8%	14.9%	
Entre 2 et 3 ans	7.1%	7.5%	6.3%	4.9%	
Entre 3 et 5 ans	3.0%	4.5%	3.2%	3.1%	
5 ans ou plus	4.7%	5.1%	4.1%	2.7%	
Jamais	36.9%	19.7%	12.4%	7.4%	
Dernière recherche de sang dans les selles					<0.001
- de 12 mois	6.5%	10.9%	14.7%	14.5%	
Entre 1 et 2 ans	4.5%	8.5%	12.7%	12.4%	
Entre 2 et 3 ans	3.1%	5.0%	5.9%	5.8%	
Entre 3 et 5 ans	1.5%	3.5%	3.5%	3.5%	
5 ans ou plus	4.4%	4.5%	6.6%	7.8%	
Jamais	79.9%	67.7%	56.5%	56.0%	
Dernière mammographie					<0.001
- de 12 mois	7.9%	20.4%	25.3%	24.4%	
Entre 1 et 2 ans	6.2%	18.9%	20.8%	22.2%	
Entre 2 et 3 ans	5.7%	8.4%	10.4%	10.3%	
Entre 3 et 5 ans	2.9%	3.7%	5.9%	4.5%	
5 ans ou plus	8.8%	8.1%	10.9%	11.8%	
Jamais	68.5%	40.4%	26.8%	26.8%	
Dernière prise de tension					<0.001
- de 12 mois	66.2%	74.7%	81.8%	86.6%	
Entre 1 et 2 ans	11.4%	11.8%	9.6%	6.6%	
Entre 2 et 3 ans	2.5%	2.7%	1.9%	2.0%	
Entre 3 et 5 ans	1.3%	1.3%	0.9%	0.9%	
5 ans ou plus	1.2%	1.7%	1.1%	1.1%	
Jamais	17.4%	7.7%	4.6%	2.9%	
Hospitalisation avec nuit dans les 12 derniers mois					<0.001
Oui	14.4%	10.8%	13.1%	16.1%	
Non	85.6%	89.2%	86.9%	83.9%	
Hospitalisation sans nuit dans les 12 derniers mois					0.010
Oui	14.9%	13.4%	13.5%	16.4%	
Non	85.1%	86.6%	86.5%	83.6%	
Consultation kinésithérapeute dans les 12 derniers mois					0.3
Oui	15.8%	19.9%	19.0%	20.0%	
Non	84.2%	80.1%	81.0%	80.0%	

Consultation psychologue, psychiatre ou psychothérapeute dans les 12 derniers mois					<0.001
Oui	8.0%	7.1%	4.1%	7.0%	
Non	92.0%	92.9%	95.9%	93.0%	
Participation à éducation thérapeutique					0.7
Oui, en hôpital ou clinique	3.2%	6.2%	6.1%	7.3%	
Oui, ailleurs	6.8%	9.7%	8.0%	8.1%	
Oui, les deux	0.0%	0.3%	0.5%	0.2%	
Non	90.0%	83.8%	85.4%	84.4%	
Suivi de(s) pathologie(s) chronique(s) déclarée(s)					<0.001
Un ou des spécialiste(s)	41.8%	41.7%	41.9%	37.3%	
Un généraliste	33.5%	51.5%	54.6%	60.1%	
Pas suivi	24.8%	6.8%	3.6%	2.6%	

Lecture : 65,4% des personnes obèses déclarent avoir réalisé une cholestérolémie dans les 12 derniers mois, contre 41,6% des personnes normo-pondérées.
Champ : Enquête ESPS (livret, 15 729 individus).
Source : ESPS 2014.

Lorsqu'on croise les indicateurs de consommation médicale avec l'IMC, on remarque que les personnes obèses apparaissent comme des consommatrices importantes de biens de santé. Il apparait une forme de gradient de consommation médicale (qui concerne une grande partie des indicateurs choisis) qui augmente avec l'IMC. Les personnes obèses sont par exemple plus nombreuses que les autres à avoir vu un généraliste et spécialiste il y a moins d'un an, et moins nombreuses à n'en avoir jamais vu. Parmi les personnes ayant déclaré une pathologie chronique, elles sont plus nombreuses à déclarer être suivies, que ce soit par un généraliste ou un spécialiste. Elles sont également bien plus nombreuses que les autres à avoir réalisé il y a moins de 12 mois une cholestérolémie (65,4% contre 41,6% des personnes normopondérées), une prise de glycémie (67,0% contre 43,8% des personnes normopondérées) et une prise de tension artérielle (86,6% contre 74,7% des personnes normopondérées). La prise de tension artérielle nous semble un indicateur très révélateur de la consommation médicale dans son ensemble, en ce que cet acte est particulièrement banalisé, et quasi systématiquement réalisé lors d'une consultation médicale. D'autres résultats sont à première vue plus contrastés, comme les actes médicaux concernant spécifiquement les femmes. Les femmes obèses sont moins nombreuses à avoir fait récemment mammographie ou frottis, mais elles sont en même temps plus nombreuses à en avoir déjà fait tout court. C'est également le cas pour la coloscopie.

La littérature montre que plus les individus sont diplômés et ont des hauts revenus, plus ils fréquentent des dispositifs médicaux et des professionnel·les de santé (Loretti 2021 ; Rode 2010). Considérant qu'il existe un gradient social de l'obésité (cf. *supra*), nous devrions en toute logique observer une augmentation de la consommation médicale à mesure que l'IMC se réduit, ce qui n'est pas le cas. Ce serait oublier un peu facilement le fait que l'obésité est considérée comme une pathologie chronique, ce qui conduit les individus à consulter plus fréquemment dans le cadre d'un parcours de soin[163]. Il faut également rappeler que les

[163] C'est ce qu'invite à penser le fait que les personnes obèses sont plus nombreuses à avoir recours à une aide à domicile et à avoir été hospitalisées.

corpulences sont en partie structurées par l'âge, et que l'avancée en âge est là encore liée à l'augmentation de la probabilité de développer certaines pathologies[164].

Malgré tout, si les personnes obèses peuvent être proches de l'institution médicale parce qu'elles sont plus âgées, et/ou parce qu'elles présentent davantage de pathologies, nous pouvons tout de même nous arrêter sur le premier résultat qu'indiquent les données : les personnes obèses entretiennent des liens réguliers avec les professionnel·les de soin et sont suivies de manière fréquente. Les constats relevés dans la littérature concernant la présence de discriminations envers les personnes obèses dans les interactions de soin (Carof 2021 ; Ogden et al. 2001) n'empêchent pas que les individus s'y confrontent, pour le meilleur ou pour le pire.

On peut dès lors faire l'hypothèse que l'obésité induit une forte socialisation médicale, malgré un gradient social qui n'y prédispose pas. Les politiques publiques sanitaires, définissant la grosseur comme un problème de santé à prendre en charge, semblent porter leurs fruits. Ces premiers constats s'opposent à une idée reçue, présente également de la part des professionnel·les de l'obésité, selon laquelle les personnes obèses fréquentent peu les dispositifs de soin :

> [Première rencontre avec le chef de service, phase de négociation de l'accès au terrain]. Il me donne un exemple de questions qui l'intéressent personnellement, par exemple les patients « *désocialisés* » qui arrivent « *tard* » dans le service. Il se demande ce qui fait qu'ils arrivent aussi tard. Il ajoute qu'il faut démédicaliser certaines questions sociales dans une grande majorité des cas, mais qu'en l'occurrence, dans le cas de l'obésité, il y a une forme de sous-médicalisation d'une frange importante de la population.
>
> Rendez-vous avec le chef de service, novembre 2022.

D'une part, les professionnel·les de l'obésité ne réalisent sans doute pas l'importante consommation médicale des personnes obèses. D'autre part, ils sont dans une position spécifique les amenant à considérer que chaque personne ayant un IMC au-delà de 30 devrait être suivie de manière régulière, dans des dispositifs spécialisés ou non. Quels que soient les liens objectifs qu'entretiennent les personnes obèses avec l'institution médicale, les professionnel·les de santé sont tenté·es de vouloir les multiplier, dans la mesure où ils et elles ont la certitude que c'est une condition nécessaire à l'amélioration de leur santé.

Le seul résultat qui ne va pas dans le sens d'une fréquentation plus importante des dispositifs de soin chez les personnes obèses concerne les consultations dentaires. Les personnes obèses sont moins nombreuses que les autres classes de corpulence à être allées chez le dentiste il y a moins de 6 mois, et plus nombreuses à y être allées il y a plus de 12 mois. Nous expliquons ce résultat par le fait que la santé bucco-dentaire soit une des rares dimensions corporelles qui ne soit pas explicitement reliée à un risque secondaire de l'obésité. Les personnes obèses ne seraient pas davantage que les autres incitées à consulter un dentiste (contrairement à un cardiologue par exemple). À cela s'ajoute le fait que les soins dentaires sont, par rapport à d'autres domaines, peu remboursés par la Sécurité sociale. On peut comprendre que les

[164] L'effet masqué de l'âge semble d'autant plus crédible lorsque l'on se penche sur le rapport à l'institution médicale des personnes les plus minces, sans doute aussi les plus jeunes, qui en semblent très éloignées.

personnes obèses, par ailleurs plus fréquemment de classes populaires, en soient légèrement éloignées[165].

Au-delà de la fréquentation des dispositifs de soin, il est nécessaire d'appréhender les attitudes qu'ont les individus face à ces dispositifs. L'enquête ESPS permet d'approcher cette dimension spécifique du rapport à la santé, par des questions portant sur les critères de choix des spécialistes médicaux et des hospitalisations. Les spécialistes et hôpitaux sont, parmi les différents acteurs médicaux, ceux que l'on peut choisir ponctuellement selon le soin nécessaire, contrairement au médecin généraliste, qui est plus souvent unique et s'impose en tant que « médecin de famille ».

Penchons-nous tout d'abord sur les critères de choix d'un spécialiste. Les répondant·es du questionnaire de second contact ayant déclaré au moins un problème de santé chronique étaient invités à répondre à la question suivante : « La dernière fois que vous avez dû choisir un spécialiste pour suivre l'un de vos problèmes de santé chronique, quels ont été vos critères de choix ? » (cf. Annexe n°5).

On observe le rôle central joué par le médecin traitant (sauf pour les personnes maigres). Ce dernier a vraisemblablement une fonction de pivot dans les parcours de soin, orientant une majorité d'individus ayant recours à un spécialiste (58,0% des personnes obèses, 57,6% des personnes en surpoids et 48,9% des personnes normopondérées). La réputation du spécialiste est également un critère important de choix pour une majorité d'individus. La proximité géographique et la rapidité d'accès à un rendez-vous sont moins fréquemment avancées, mais davantage que les conseils de l'entourage, l'inscription dans un réseau de professionnel·les et les considérations financières. Contrairement à l'idée parfois avancée dans certains travaux, appuyés sur le point de vue des professionnel·les de santé, d'une crise de confiance dans l'institution médicale (Bizouarn 2008 ; Castel 2005), on remarque plutôt une certaine confiance accordée dans le médecin traitant[166]. On peut s'inspirer ici d'une sociologie des rapports ordinaires à l'État et ses institutions pour estimer le degré de confiance pratique et symbolique des individus (Spire 2016, 2020). Si crise de confiance il y a dans l'institution médicale, elle reste de l'ordre d'une défiance en discours plus qu'en pratique, ou concerne d'autres pans des rapports ordinaires aux dispositifs de soin[167].

Lorsqu'on se penche sur les corpulences, on observe que les personnes obèses sont plus nombreuses à déclarer avoir pris en compte les conseils du médecin traitant (58,0% contre 48,9% des personnes normopondérées), mais moins nombreuses à avoir déclaré prendre en compte les conseils de l'entourage (sans que ce dernier élément ne soit statistiquement structuré par la corpulence). Le constat que nous avons fait plus haut, relatif aux liens qu'entretiennent les personnes obèses avec l'institution médicale, semble se renforcer. Elles manifesteraient une confiance importante dans le médecin traitant, par rapport à son rôle d'aiguilleur des parcours

[165] Ce qu'indique par ailleurs le fait que les personnes obèses sont plus nombreuses que les autres à avoir déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières.
[166] C'est ce que remarquent également Arborio et Lechien (2019) dans leur enquête sur les classes populaires stabilisées.
[167] La confiance dans les professionnel·les de santé peut par exemple toucher à leur expertise, leurs diagnostics et aux traitements proposés (Freidson 1984).

de soin, conformément à son rôle attendu d'après le législateur[168]. On observe sensiblement les mêmes constats lorsqu'on se penche sur les critères que les individus considéreraient pour choisir une hospitalisation future[169] (cf. Annexe n°6). Pour cette question, les résultats sont semblables à ce qu'on observe pour le choix du précédent spécialiste. Le rôle de pivot central du médecin traitant est confirmé. Celui-ci semble avoir davantage la confiance des individus que l'entourage. La réputation de l'hôpital joue également fortement, de même que la précédente hospitalisation, montrant par-là l'importance de l'histoire individuelle et du suivi médical par des professionnel·les similaires dans le choix d'un établissement de soin. Si l'on se penche sur les critères qui ont le plus d'importance, lorsque des individus en ont précisés plusieurs, on remarque là encore une structuration selon la classe de corpulence (cf. Table n°5) :

Table n°5 : Principal critère de choix d'une hospitalisation selon la classe de corpulence parmi les personnes ayant mentionné plusieurs critères de choix.

	Maigreur N = 119	Corpulence normale N = 2954	Surpoids N = 1875	Obésité N = 977	p-value
					<0.001
Proximité géographique	19.9%	12.4%	13.8%	12.9%	
Possibilité suivi médecin connu	9.0%	5.5%	5.3%	5.7%	
Conseil médecin traitant	29.3%	37.6%	37.2%	40.4%	
Conseil entourage	6.1%	3.2%	2.6%	2.5%	
Réputation	23.0%	29.8%	28.8%	23.4%	
Délai	0.8%	2.7%	2.5%	1.5%	
Hospitalisation précédente	11.8%	8.8%	9.8%	13.7%	

Lecture : 29,8% des personnes normo-pondérées considèrent la réputation d'un hôpital comme critère de choix le plus important.
Champ : Individus, parmi les répondants au second contact, ayant mis au moins deux critères de choix d'une hospitalisation future (6 998 individus).
Source : ESPS 2014.

Lorsque plusieurs critères sont avancés par les enquêté·es, les personnes obèses ont tendance à davantage que les autres privilégier le rôle du médecin traitant et de l'hospitalisation précédente. Elles semblent plus enclines à respecter les principes de structuration de l'institution médicale, à savoir un fonctionnement en parcours de soins coordonnés, qui démarre avec le médecin traitant orienteur et se poursuit par la possibilité d'être suivi à long terme dans les mêmes établissements de soins. Ces constats représentent les premiers signes d'une socialisation au fonctionnement de l'institution médicale, produisant une confiance importante à l'égard de celle-ci.

Ces résultats permettent de complexifier la littérature concernant le recours aux dispositifs de santé, qui se centre principalement sur les critères géographiques et financiers (voir par

[168] La loi du 13 aout 2004 relative à l'assurance maladie définit les parcours de soins coordonnés. Les patient·es, pour pouvoir consulter un spécialiste, et depuis 2009 en être totalement remboursé·es, doivent d'abord passer par un médecin généraliste.
[169] La question posée aux répondant·es est cette fois-ci prospective : « Si demain votre médecin traitant [ou votre médecin généraliste habituel] souhaite vous hospitaliser, quels seront pour vous les critères importants pour choisir un établissement ? Vous choisirez en priorité : ».

exemple Forzy et al. 2021). On remarque au contraire qu'en pratique, les individus accordent davantage d'importance à d'autres critères que la distance et le coût des soins lorsqu'ils doivent choisir des spécialistes ou des hôpitaux (ou qu'on les met en situation d'anticiper un choix futur).

En ce qui concerne la corpulence, nos résultats vont dans le sens d'une littérature internationale centrée sur le recours des personnes obèses, dans des disciplines parfois éloignées de la sociologie. Par exemple, des économistes ont montré qu'en Grande-Bretagne, l'IMC est corrélé aux dépenses de soin (Le Roux et al. 2018), ce qui indique indirectement que les personnes les plus corpulentes sont aussi celles qui recourent le plus à des soins[170]. Dans une approche de santé publique, d'autres travaux trouvent des résultats analogues, aux États-Unis (Bertakis et Azari 2005), en Allemagne (Hauner, Köster, et von Ferber 1996) ou en France (Feral-Pierssens et al. 2018). Les personnes obèses consulteraient davantage de professionnel·les de santé, sans que ce soit directement lié à leurs pathologies éventuelles.

B. L'espace social des rapports à la santé parmi les personnes obèses

Nous allons maintenant nous pencher sur l'hétérogénéité du groupe des personnes obèses dans leurs rapports à la santé. Ceci nous permettra d'estimer les conditions sociales qui permettent à certains individus, plus qu'à d'autres, de fréquenter assidument et de manière préventive des dispositifs de soin. Qui, sociologiquement parlant, possède un rapport à la santé donnant toutes les chances de devenir patient d'un service de nutrition spécialisé dans l'obésité ?

Deux paramètres du rapport à la santé peuvent être explorés grâce à l'enquête ESPS : le recours à des soins et la morbidité. Quatre configurations sont en théories possibles : recourir à des soins avec ou sans pathologies et incapacités ; ne pas recourir à des soins avec ou sans pathologies et incapacités. Le recours à une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) puis à une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) permet d'identifier les configurations de variables statistiquement corrélées et d'en déduire des groupes de répondant·es à la fois homogènes en leur sein et hétérogènes entre eux. Nous faisons le choix d'intégrer dans le modèle, parmi les variables actives, le recours aux soins, les pathologies déclarées et les incapacités déclarées[171]. Nous avons identifié trois groupes (cf. Figure n°3), par rapport à la matrice des distances et le dendrogramme (par la méthode de Ward). L'intérêt de ce type de méthode est moins d'analyser les groupes ainsi constitués en eux-mêmes, que les uns par rapport aux autres, de manière relationnelle.

Le premier groupe, ayant un rapport préventif à la santé (n = 1 527), concerne les individus ayant consulté des professionnel·les de santé et effectué des examens récemment, sans pour autant être allés à l'hôpital (de nuit ou de jour) ni avoir fait d'éducation thérapeutique du patient. Les individus de ce groupe déclarent peu de limitations quotidiennes, peu de douleurs limitantes ou d'absences de travail pour cause de problèmes de santé. Ils signalent pourtant

[170] On peut se questionner sur l'orientation de ce type d'études, qui prêtent aisément à des usages politiques accusant les personnes obèses d'être un poids pour les dépenses de santé publique.
[171] La liste précise des variables actives intégrées dans le modèle est présentée en Annexe n°7.

quelques pathologies, en plus de l'obésité : 55% déclarent au moins une pathologie chronique, 32% un problème d'hypertension, 22% du diabète et 35% une lombalgie dans les 12 derniers mois. Seuls 21% d'individus de ce groupe ne déclarent aucun problème de santé dans l'année écoulée, et peu de symptômes dépressifs sont avancés. Nous pouvons définir ce groupe comme proche du milieu médical, sans incapacités, mais avec quelques pathologies déclarées. On peut supposer que ce groupe surconsomme par rapport à ses besoins, dans une logique de prévention.

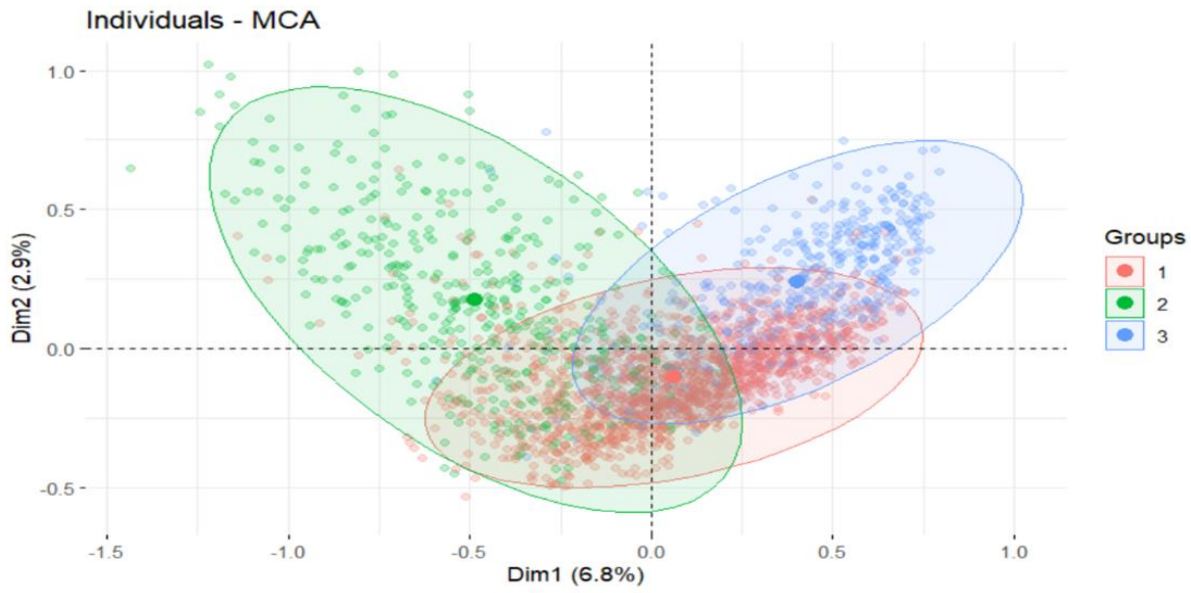
Le deuxième groupe (n = 399) concerne les individus qui consomment des soins tout en ayant des pathologies autres que l'obésité. Ce sont ceux qui ont consulté le plus récemment les professionnel·les de santé (généralistes, spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes, psychothérapeutes ou psychiatres ou psychologues), mais ayant également effectué le plus récemment les examens de santé évoqués dans le questionnaire, tout en étant les moins nombreux à ne les avoir jamais réalisés auparavant. Ce sont les plus nombreux à avoir été hospitalisés (avec nuit ou non) dans les 12 derniers mois, et ils sont 25% à avoir bénéficié d'éducation thérapeutique du patient. Du côté des pathologies déclarées et incapacités autres que l'obésité, ils sont 92% à déclarer au moins un problème de santé chronique, 73% une absence au travail pour des raisons de santé et 47% à se dire beaucoup ou énormément limités au quotidien par des douleurs. Ce sont également les plus nombreux à signaler des difficultés dans les tâches quotidiennes. Ils sont systématiquement plus nombreux à mentionner la présence des différentes pathologies évoquées par le questionnaire au cours des 12 derniers mois, et ne sont que 2% à déclarer ne pas avoir eu de pathologie, quelle qu'elle soit, dans l'année écoulée. Ce groupe réunit les plus consommateurs de ressources médicales, tout en ayant également le plus de pathologies et incapacités. Cette adéquation des besoins et des recours nous invite à penser les individus de ce groupe comme étant dans un rapport curatif à la santé[172].

Le troisième groupe (n = 419) rassemble, par contraste, les individus faiblement consommateurs de soin, tout en ayant peu de pathologies. Ce sont les plus nombreux à avoir consulté des professionnel·les de soin il y a plus de 12 mois (26% n'ont par ailleurs jamais consulté de spécialistes). Ce sont aussi les plus nombreux à n'avoir jamais fait les examens mentionnés dans le questionnaire, et ils ne sont que 8% à avoir été hospitalisés en ayant passé la nuit et 4% à avoir bénéficié d'éducation thérapeutique. Une grande majorité d'entre eux se disent peu ou pas limités au quotidien par des douleurs (85%). Ils sont également très nombreux à ne déclarer aucune difficulté dans la réalisation d'activités quotidiennes et renseignent systématiquement moins de pathologies (44% d'entre eux déclarent ne pas avoir eu de pathologies au cours des 12 derniers mois). On est donc face à un groupe de répondant·es distant des institutions médicales, tout en ayant peu de pathologies ou d'incapacités. Leur rapport aux consommations médicales semble être curatif, dans la mesure où les dispositifs de soin institutionnels ne leur paraissent pas nécessaires dans l'immédiat, n'ayant pas de problème de santé détecté.

[172] Certains individus de ce groupe ont potentiellement un rapport préventif à la santé, mais tous sont au moins dans une logique curative : ils sont pris en charge en rapport avec leur besoin.

Par rapport aux configurations théoriques possibles de rapports à la santé, la combinaison « ne pas recourir aux institutions » et « avoir des pathologies et/ou incapacités » semble assez rare pour être diluée dans les groupes 2 et 3. Une minorité d'individus obèses se situe à distance des institutions médicales tout en ayant un besoin objectif d'y recourir. Deux interprétations de ce phénomène sont possibles : soit l'institution médicale possède une mainmise sur la gestion individuelle de la santé ; soit l'institution médicale socialise les individus à catégoriser et percevoir des pathologies et incapacités (il n'y a pas de maladie s'il n'y a pas de médecin pour la faire exister par ses catégories diagnostiques). La seconde option, bien que séduisante par sa portée critique[173], semble peu crédible dans notre cas dans la mesure où les incapacités et difficultés perçues à réaliser un certain nombre de tâches ordinaires ont été prises en compte. On voit mal comment les interactions avec les professionnel·les du soin pourraient créer chez les individus la découverte des empêchements, douleurs et difficultés évoquées dans le questionnaire[174]. Il semble plutôt que les personnes obèses, lorsqu'elles sont objectivement confrontées à ces empêchements, douleurs, difficultés, recourent à l'institution médicale, perçue comme légitime pour les traiter.

Figure n°3 *: Représentation graphique des groupes issus de la CAH dans le plan factoriel de l'ACM.*



Ellipses : groupe d'appartenance à la CAH
Axe horizontal : santé objective (à gauche, malade ; à droite, en bonne santé)
Axe vertical : proximité à la médecine (en haut, peu suivis ; en bas, suivis).

[173] D'inspiration interactionniste, dans une théorie de l'étiquetage (Becker 2020) appliquée au diagnostic médical (Freidson 1984).
[174] Ces interactions peuvent toutefois amener les individus à les considérer comme un problème qu'on peut traiter, contre une forme de fatalisme sanitaire.

Penchons-nous maintenant sur la répartition sociale des individus appartenant à chaque groupe (cf. Table n°6).

Table n°6 : Répartition sociale des individus selon le groupe d'appartenance créé dans la CAH.

	1 **N = 1527**	**2** **N = 399**	**3** **N = 419**	**p-value**
Sexe				0.002
Femme	54.4%	58.0%	45.0%	
Homme	45.6%	42.0%	55.0%	
Diplôme				<0.001
< CAP	38.6%	62.2%	32.2%	
CAP/BEP	28.2%	21.2%	29.7%	
Bac	12.5%	7.9%	11.2%	
Bac +2/+3	15.5%	6.7%	18.6%	
> Bac+3	4.7%	1.3%	7.7%	
Autre / NSP	0.5%	0.7%	0.6%	
Classes d'âge				<0.001
15-24	3.0%	0.4%	11.9%	
25-34	8.8%	1.1%	17.9%	
35-44	13.4%	2.8%	25.5%	
45-54	17.9%	10.9%	19.5%	
55-64	25.2%	18.9%	13.6%	
65-74	21.3%	27.0%	7.5%	
> 74	10.3%	38.9%	4.1%	
Classes sociales				0.024
Classes populaires	60.6%	64.9%	63.8%	
Classes moyennes	25.4%	23.6%	20.0%	
Classes supérieures	11.0%	6.5%	11.7%	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	2.9%	5.0%	4.4%	
Quintile de revenu				<0.001
1er quintile (<952€)	18.7%	27.3%	25.9%	
2ème quintile (952-1329€)	20.8%	28.5%	23.5%	
3ème quintile (1330-1679€)	21.7%	19.6%	19.8%	
4ème quintile (1680-2221€)	21.5%	17.0%	14.2%	
5ème quintile (>2221€)	17.3%	7.6%	16.6%	
Situation familiale				<0.001
Personne seule	21.9%	34.8%	15.9%	
Famille monoparentale	6.2%	5.4%	11.4%	
Couple sans enfant	39.5%	45.9%	19.7%	
Couple avec enfant(s)	30.4%	9.6%	48.8%	
Autre	2.0%	4.3%	4.2%	

Lecture : 58,0% des individus de la classe n°2 sont des femmes.
Champ : Individus obèses de l'enquête (2 345 individus).
Source : Enquête ESPS 2014.

Le premier groupe, dont nous qualifions le rapport à la santé de préventif, se constitue en majorité de femmes (54,4%), moyennement diplômées (32,2% à avoir au moins le bac), relativement âgées (64,4% à avoir entre 45 et 74 ans), appartenant un peu plus fréquemment

aux classes moyennes que les autres groupes, globalement aisées (64,0% à se situer entre les 2ème et 4ème quintiles de revenus) et en couple (39,5% sans enfant, 30,4% avec).

Le deuxième groupe, qui se caractérise par une proximité à l'institution médicale tout en ayant des pathologies et incapacités, se compose en majorité de femmes (58,0%), peu diplômées (83,4% à avoir BEP ou moins), âgées (65,9% à avoir plus de 65 ans), appartenant aux classes populaires (64,9%), dont les revenus sont faibles (55,8% à se situer dans les deux premiers quintiles), soit seules (34,8%), soit en couple sans enfant (45,9%).

Le troisième groupe, composé d'individus peu consommateurs de soins mais sans pathologie ou incapacité, comprend une majorité d'hommes (55,0%), plutôt diplômés (26,3% à avoir bac+2 ou plus), jeunes (55,3% à avoir entre 15 et 44 ans), dont une part importante de classes populaires (63,8%), peu caractérisés par le revenu, et plutôt en couple avec enfants (48,8%).

La proportion de femmes dans les deux premiers groupes confirme la surconsommation médicale féminine (ou la sous-consommation masculine selon le point de vue) repérée depuis de nombreuses années en population générale (Aïach 2001 ; Aïach et Cèbe 2000 ; Cousteaux 2011 ; Loretti 2021) et dans le cas de l'obésité (Gridaine 2022 ; Jacolin-Nackaerts 2012). Situées dans un rapport de genre qui les assigne fréquemment au travail reproductif, dont les soins aux autres, les femmes sont davantage que les hommes en charge d'interagir avec les professionnel·les de santé, d'autant plus que leur corps fait l'objet d'un contrôle médical accru (Koechlin 2022). C'est cette proximité répétée au cours de la vie qui fait des femmes des « patientes sentinelles », pour reprendre l'expression de Pinell (1992), plus aptes à déceler des symptômes et à consulter. Les femmes obèses ne semblent pas faire exception.

Moins interrogé dans la littérature, l'effet de l'âge est pourtant prégnant dans nos résultats, couplé à la position sociale[175]. On peut supposer que les individus du groupe 3, les plus jeunes, peu consommateurs de dispositifs de soin et sans pathologies, peuvent en vieillissant se retrouver, selon leur position sociale, soit dans une logique de recours préventif dès l'apparition de symptômes (le groupe 1, assez diplômés), soit dans une logique de recours tardif (le groupe 2, peu diplômés) couplé à de multiples pathologies et incapacités.

L'effet de la position sociale peut être plus largement objectivé par des tris croisés, avec un paradoxe apparent au regard de la littérature en sociologie de la santé : plus on monte dans l'échelle sociale, moins les individus ont consulté fréquemment (que ce soit un spécialiste ou un généraliste). Les travaux de Boltanski (1971) incitent à penser que les classes moyennes et supérieures sur-consomment des soins médicaux par rapport à leur besoin, ce qui devrait se traduire par des visites plus fréquentes chez des professionnel·les de santé[176]. Or, comme l'indique la table n°7, il n'en est rien.

[175] Cet effet de l'âge sur la fréquentation des espaces médicaux semble aller de soi, puisqu'on considère que vieillir est associé mécaniquement au développement de pathologies à prévenir et prendre en charge.
[176] Il faut noter tout de même que l'étude de Boltanski est située dans un contexte socio-historique particulier, où le travail manuel productif définissant les classes populaires était plus fréquent qu'aujourd'hui.

Table n°7 : Dernière visite chez le spécialiste, chez les personnes obèses, selon la position sociale.

	- de 12 mois N = 1202	+ de 12 mois N = 831	Jamais N = 252	p-value
Sexe				0.014
Femme	57.2%	34.1%	8.6%	
Homme	50.9%	38.2%	10.9%	
Diplôme				0.6
< CAP	55.7%	34.7%	9.6%	
CAP/BEP	53.5%	35.1%	11.4%	
Bac	53.4%	37.0%	9.7%	
Bac +2/+3	55.3%	37.5%	7.2%	
> Bac+3	45.8%	45.0%	9.2%	
Autre / NSP	45.6%	47.0%	7.4%	
Classe d'âge				<0.001
15-24	36.4%	34.5%	29.2%	
25-34	50.2%	34.3%	15.5%	
35-44	51.6%	36.1%	12.3%	
45-54	52.9%	36.8%	10.4%	
55-64	52.2%	37.8%	10.1%	
65-74	59.9%	35.0%	5.1%	
> 74	61.8%	35.2%	3.0%	
Classes sociales				0.082
Classes populaires	54.0%	35.1%	10.9%	
Classes moyennes	53.8%	38.9%	7.3%	
Classes supérieures	55.8%	37.3%	6.8%	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	55.6%	29.2%	15.3%	
Situation familiale				<0.001
Personne seule	59.8%	34.7%	5.5%	
Famille monoparentale	53.5%	29.9%	16.7%	
Couple sans enfant	55.2%	36.4%	8.4%	
Couple avec enfant(s)	48.6%	39.0%	12.4%	
Autre	59.3%	24.6%	16.1%	
Revenu				<0.001
1er quintile (<952€)	54.3%	30.5%	15.2%	
2ème quintile (952-1329€)	55.7%	34.6%	9.7%	
3ème quintile (1330-1679€)	56.8%	34.1%	9.1%	
4ème quintile (1680-2221€)	48.1%	45.9%	6.0%	
5ème quintile (>2221€)	55.4%	36.9%	7.6%	

[2] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 57,2% des femmes obèses ont consulté un spécialiste il y a moins de 12 mois.
Champ : Individus obèses de l'enquête (2 345 individus).
Source : ESPS 2014.

Il convient de regarder plus en détail ces résultats, puisqu'à une fréquentation moins récente des professionnel·les de santé dans le haut de l'espace social s'ajoute une baisse de la proportion d'individus n'ayant jamais consulté. Lorsqu'on se penche sur les types d'examens fréquemment associés à l'obésité (glycémie, cholestérolémie, prise de tension artérielle), car permettant de détecter des pathologies associées, on retrouve le même constat. Plus on monte dans l'échelle sociale, moins il y a d'individus qui ont récemment recouru à un examen, mais plus il y a d'individus qui en ont déjà réalisé un (cf. Annexes n°8, 9, 10 et 11).

Le rapport des personnes obèses de classes moyennes et supérieures à la médecine semble être un rapport de distance relative, ou de contrôle peu fréquent[177]. Les individus consultent peu fréquemment, mais de manière régulière, signifiant leur maitrise pratique de la logique de l'institution médicale. Chez les classes populaires, deux groupes (objectivés dans la CAH) se dessinent par rapport à la consommation médicale : être très consommateur ; être peu consommateur. Les régressions logistiques sur les variables de consommation médicale (cf. Annexe n°16), intégrant un score d'incapacité et un score de pathologie[178], donnent quelques précisions. Statistiquement, consulter et réaliser des examens est surtout lié chez les personnes obèses au nombre élevé de pathologies déclarées, au genre, au diplôme et à l'âge. L'impératif de prendre en charge sa santé augmenterait avec l'âge, faisant rentrer progressivement les individus dans des catégories « à risque », surtout avec l'obésité. L'effet de la classe et du genre persiste, même lorsque sont pris en compte la morbidité déclarée et l'âge. Les femmes et les personnes titulaires d'au moins le bac semblent davantage consommateur·ices de ressources médicales que les autres.

Dans le cas des femmes, les travaux d'Aïach montrent bien que ces dernières détectent et déclarent davantage de pathologies, les amenant à consulter davantage, ce qui explique une partie des écarts d'espérance de vie en leur faveur (Aïach 2001, 2018). En ce qui concerne la position sociale, l'interprétation est analogue : les classes moyennes et supérieures auraient davantage recours à l'institution médicale parce qu'elles décèlent davantage de pathologies, ce qui est renforcé par la fréquentation d'espaces médicaux pouvant faire exister les pathologies (notamment celles qui sont peu visibles, comme l'hypertension) par leur diagnostic. S'il est exagéré de présenter les personnes obèses de classes populaires comme attentistes par rapport à leur santé, il convient de noter que les individus qui fréquentent le moins l'institution médicale sont plus présents dans le bas de l'espace social. On retrouve ici un résultat conforme aux attentes de la sociologie des rapports ordinaires à l'État, à savoir la présence d'un gradient social de confiance et d'utilisation des institutions (Spire 2020). Les individus ayant objectivement le plus besoin de la « main gauche » de l'État (Bourdieu 2012) sont aussi ceux qui en sont les plus distants.

Ces données permettent d'étayer un constat effectué au cours de l'enquête de terrain, à savoir que les classes diplômées et les femmes sont surreprésentées dans le service nutrition enquêté. Statistiquement, si la patientèle du service était calquée sur la prévalence de l'obésité, il ne devrait y avoir que 16,1% de patient·es ayant un bac+2/+3, et seulement 5,1% de patient·es ayant plus qu'un bac+3 (cf. Annexe n°4). Le constat d'une surreprésentation des femmes recoupe ce qui est observé dans la littérature (Gridaine 2022), mais la surreprésentation des

[177] Le cas de Geneviève p. 123 en est une illustration.

[178] En plus des variables « traditionnelles » utilisées dans les régressions logistiques (âge, sexe, diplôme, revenus, profession, situation familiale), nous avons constitué un score de pathologie et un score d'incapacité. Le score de pathologie varie de 0 (aucune pathologie déclarée dans l'année écoulée) à 16 (16 pathologies différentes déclarées) ; le score d'incapacité de 0 (aucune limitation quotidienne) à 12 (12 activités quotidiennes dans lesquelles la personne déclare une limitation). Ce faisant, les régressions permettent de contrôler l'effet de la morbidité déclarée et des incapacités, pour identifier par exemple une sur-consommation ou une sous-consommation médicale par rapport à un besoin « objectif ».

classes moyennes et supérieures (par rapport à un taux théorique correspondant au taux de personnes obèses appartenant à ces classes) est moins régulièrement notée[179].

Si la typologie présentée ci-dessus donne des informations sur les dispositions sanitaires des individus, opposant des attitudes préventives et curatives socialement situées, reste qu'elle ne permet pas encore de comprendre en détail comment différents types d'individus peuvent en venir à consulter pour l'obésité.

C. Les modes d'entrée comme révélateurs de rapports différenciés à la santé

Nous pouvons maintenant nous pencher sur les façons différenciées dont les patient·es arrivent dans le service grâce aux données issues de l'enquête de terrain, ce qui est une aide précieuse pour comprendre en détail les rapports à la santé multiples étudiés statistiquement. En quoi les rapports à la santé que nous avons pu objectiver quantitativement peuvent-ils avoir une influence sur les suivis médicaux ? Une première façon de répondre à cette question consiste à observer les différents modes d'entrée dans la prise en charge du service nutrition enquêté, révélateurs de dispositions sanitaires contrastées. Tous les individus n'entrent pas dans le service de la même manière ni avec le même bagage dispositionnel.

Après avoir approché grâce aux données disponibles (dans les enquêtes ENPPS et ESPS et dans la littérature) le « qui », nous allons aborder le « comment ». Comment devient-on un·e patient·e d'un service nutrition spécialisé dans la prise en charge de l'obésité ? Changer le type de données implique ici de changer de type d'analyse : plutôt que de partir des propriétés sociales des individus, ce qui risquerait de plaquer un raisonnement *a priori*, nous allons dans un premier temps décrire précisément les différents modes d'entrée dans la prise en charge, avant de voir ce qu'ils ont de socialement situés. Cela nous permettra d'étayer et préciser les hypothèses pour expliquer le décalage entre le public théorique et le public effectif d'une prise en charge médicale de l'obésité.

Dans la logique des parcours de soin, les patient·es doivent passer par un médecin traitant pour accéder au service nutrition. Ce médecin doit estimer qu'il serait intéressant, après des tentatives de perte de poids en amont, d'engager un suivi en nutrition, et adresse l'individu au service ou à un spécialiste en particulier[180]. Mais, dans les faits, tout le monde ne passe pas par cette voie. Si certain·es sont effectivement « pris en main » par l'institution, d'autres viennent directement, en premier recours, dans le service spécialisé. Parmi ces dernier·ères, la plupart savent ce qu'ils et elles font, connaissent très bien l'institution, et rares sont les patient·es à être finalement « en détresse », et pour qui voir un médecin de l'obésité est un « *parcours du combattant* » (pour reprendre les mots de la coordinatrice du CSO interrogée en entretien).

[179] Pour en avoir le cœur net, il faudrait une enquête quantitative spécifique sur les patient·es des structures dédiées à la prise en charge de l'obésité, pour affiner le repérage des individus qui se saisissent effectivement de ces dispositifs. À titre indicatif, 13 sur 23 enquêté·es interrogé.es ont au moins un bac+2. De même, sur un décompte d'un mois des patient·es présent·es en hôpital de jour, il y a eu sur 115 individus 21 hommes (47 ans en moyenne) pour 94 femmes (43 ans en moyenne).

[180] Il existe ainsi des logiques d'adressage selon les réseaux d'interconnaissance des professionnel·les, médecins et spécialistes.

Contrairement à d'autres types de prise en charge, le service de nutrition ne constitue pas un service d'urgence. Comme il n'y a pas d'enjeu vital à très court terme, les individus ont beaucoup de marge de manœuvre et sont moins contraints d'être présents que dans d'autres cas[181], ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas de contraintes, auto induites ou produites directement par le personnel médical ou l'entourage. En ce sens, l'entrée dans la prise en charge se rapproche de ce qu'observe Loretti (2021) dans le cas des cancers des voies aéro-digestives supérieures, sans pour autant être similaire, tant la dimension purement préventive peut être présente dans notre cas.

L'enquête révèle donc deux modes d'entrée principaux dans le service : devenir un·e patient·e en étant orienté·e par l'institution ou le devenir de soi-même. Ces deux modes d'entrée sont associés à des manières spécifiques d'appréhender le suivi médical, mais aussi sa place de patient·e, les profits espérés et, en somme, les fonctions de la prise en charge. Comment devient-on un·e patient·e ? Et qu'espère-t-on trouver dans la prise en charge ?

Les patient·es ont des attentes multiples, parce qu'elles concernent différentes dimensions de leur existence : leur santé (à plus ou moins long terme), leur statut professionnel, leur statut social, leur corpulence, leurs capacités, etc. Les modes d'entrées sont ainsi associés à des combinaisons d'attentes particulières, qui renvoient à un type spécifique d'*ethos* de patient. On peut alors dresser deux idéaux-types de patient·es (au sens de Weber [2004]), et les situer dans l'espace social. Si nous les présentons en détail, c'est d'une part pour comprendre les enchainements de situations sociales qui mènent certains individus à se rapprocher d'un service de soin spécialisé dans l'obésité, et d'autre part parce que ces modes d'entrées et *ethos* de patient·es orientent ensuite les parcours de soin (car ils engagent un certain rapport à l'institution, aux professionnel·les de santé et au devoir de patient).

Nous utiliserons ici les entretiens réalisés avec les patient·es du service nutrition étudié, et plus particulièrement les passages concernant leur parcours de soin en amont de l'entrée dans le service. Nous mobiliserons également les observations de patient·es lors de leur première consultation dans le service.

Venir de soi-même

Certains individus viennent d'eux-mêmes dans le service. L'ensemble de ces patient·es ne vient pas dans ce service nutrition spécifique par hasard. Ils l'ont choisi en connaissance de cause.

> Le patient (Ilyes, 30 ans, cadre informaticien) vient suite à un adressage de son endocrinologue pour son diabète, et il veut « une approche intégrative » du diabète. Le Dr. O lui demande ce que signifie pour lui une approche « intégrative ». Le patient répond qu'il veut perdre du poids.
>
> Observation de consultation médicale, octobre 2023.

Les attentes des patient·es comme Ilyes concernent le positionnement du service par rapport au fait de mener une approche « globale », « intégrative », même s'ils ne savent pas nécessairement ce que cela recouvre. Dans ce cas précis, Ilyes ne vient pas directement dans le

[181] On peut penser par exemple aux soins après un AVC (Darmon 2021).

service mais sollicite de lui-même son endocrinologue pour un adressage. Ils et elles viennent pour une prise en charge « innovante », qui intègre l'entièreté de la personne et se distingue d'approches considérées comme plus classiques et déjà expérimentées. En l'occurrence, leurs attentes sont cohérentes avec ce que propose et promeut le service, et ils le choisissent pour sa réputation liée à une expertise dans le domaine :

> « *Et comment vous avez connu le service ?*
>
> *Je cherche les meilleurs. Ouais, et j'ai pensé que c'était les meilleurs. Et comme j'habite* [proche]*, je me suis dit "très bien". Et j'ai cherché un centre expert parce que je prends que les centres experts.* […]
>
> *Et comment vous vous renseignez, quand vous vous êtes renseignée sur ce service-là ?*
>
> *J'ai regardé sur Internet, j'ai dû faire Centre Expert Obésité, un truc comme ça. Je suis tombée sur* [chef de service]*. J'ai regardé ses vidéos, j'ai disséqué le site.* »
>
> Hélène, 50 ans, commerciale, Master.

La connaissance de la place dominante du service dans l'espace médical de la prise en charge de l'obésité témoigne, chez ces patient·es, de l'acquisition d'un capital culturel de santé (Shim 2010) relativement important. C'est le cas ici d'Hélène (bac+5 en commerce), qui possède une connaissance pratique des institutions médicales, du fait notamment qu'elle se soit renseignée « *à fond* » pour que sa fille soit suivie par les « *meilleurs* » spécialistes pour un trouble psychologique. D'autres patient·es, comme Clément (40 ans, comédien, bac+5 en lettres), font des recherches assidues en comparant systématiquement les offres de prise en charge possibles dans la ville. Il s'agit donc de types de patient·es qui vont devancer les recommandations de leurs médecins traitants qui, selon elles et eux, ne les incitent pas à se faire suivre spécifiquement pour leur poids. L'accès au service, dont la réputation est connue de ces patient·es, se fait sur le mode de l'accès à une institution d'élite :

> « *Et j'ai fait des recherches par moi-même sur les services de nutrition pour l'obésité, etc., qui existaient en* [région]*. Je suis tombée sur* [l'hôpital] *et j'ai envoyé du coup ma candidature, entre guillemets, au professeur* [chef de service] *avec mon médecin généraliste.* »
>
> Audrey, 30 ans, institutrice, Master.

À l'instar d'une classe préparatoire, d'une grande école, d'une formation sportive ou artistique de haut-niveau (Bertrand 2012 ; Darmon 2015 ; Laillier 2011), l'entrée dans le service se vit dans le cas de ces patient·es diplômé·es selon des logiques sélectives, où il est nécessaire d'envoyer une « *candidature* » et de motiver ses choix. Bien plus qu'un simple suivi médical, la prise en charge est alors perçue comme une façon de se rapprocher de ce qui se fait de mieux dans le domaine de la médecine de l'obésité, pour bénéficier des dernières innovations :

> « [Ses attentes :] *De faire les examens nécessaires tous les ans pour voir si j'avais des... je développais des pathologies particulières liées à mon surpoids. Et d'autre part, c'est aussi un moyen pour moi de me tenir au courant des dernières avancées en ayant ce contact via* [l'hôpital]*, donc... euh... je pensais que j'avais accès à un médecin qui avait plus de contacts avec le monde de la recherche et des innovations pour me tenir*

au courant de... de ce qui pouvait exister comme traitement contre l'obésité, et de pouvoir en discuter librement, pour justement voir s'il y avait des choses qui pouvaient être intéressantes concernant mon surpoids. »

Philippe, 61 ans, ingénieur, Master.

Se rapprocher des « *dernières avancées* » permet aux patient·es comme Philippe d'accumuler un capital culturel spécifique en rapport avec la médecine de l'obésité, dans une optique préventive. Il s'agit d'anticiper du mieux possible l'apparition de « pathologies associées ». Contre l'idée que peuvent avoir certain·es professionnel·les, une part des patient·es est parfaitement au courant du statut de centre expert que possède le service.

« *Et puis, oui, ça, j'avais mis la signalétique, etc., parce que c'est vrai qu'ici, tu es patient, en fait, tu ne sais pas que tu es suivi dans un CSO ; c'est écrit nulle part. Et en fait, ça, c'est un problème parce que du coup, ça ne vient pas nourrir ce côté aussi de rayonnement, de notoriété, de connaissance du CSO. Il faut que les patients ils le sachent, il ne faut pas qu'ils disent je suis à* [nom de l'hôpital], *il faut qu'ils disent que je suis suivi à* [nom de l'hôpital]*, qui est un centre spécialisé obésité en fait.* »

Responsable du CSO.

L'importance donnée à la notoriété du service, associée à son expertise, constitue une ligne de fracture entre différents types de patient·es, qui dévoilent des rapports à la santé multiples. Les plus aligné·es avec le point de vue des professionnel·les sont les individus qui, dans une démarche préventive, viennent d'eux-mêmes dans le service dont ils reconnaissent l'expertise.

Plusieurs logiques sont à l'œuvre dans le fait de venir de soi-même dans un service expert réputé : 1) vouloir remettre son corps en ordre social ou 2) prévenir des pathologies futures, avec ou 3) sans symptômes manifestes. Ces trois logiques se retrouvent quasi exclusivement parmi celles et ceux dont la prise en charge est à leur propre initiative.

Premièrement, certain·es patient·es viennent spécifiquement dans le service afin que les professionnel·les effectuent une action sur leur corps qui leur permette un retour à des activités « normales », dans un environnement social dans lequel ils se sentent en décalage, dépassant largement des considérations en termes de santé.

« *Et là, vous m'aviez dit que vous aviez mis deux ans à vous décider pour l'opération, du coup. Qu'est-ce qui a fait que vous vous êtes décidée ?*

Je pense que c'est mon poids. Je pense que c'est mon poids, et puis je ne me regardais plus du tout dans un miroir. J'étais hyper gênée des regards des gens, des remarques des gens.

Des remarques des gens aussi.

Ouais. Et puis, bon, souvent, quand on a des enfants, même si c'est des enfants, et que c'est innocent, hein… ouais, ça blesse toujours un peu : maman ne sait pas courir, maman ne sait pas faire ça… On va dans un parc d'attractions, la barre ne se referme pas parce qu'on est en surpoids ! Enfin, vous voyez, c'est des petites choses comme ça qui... tout ça accumulé, au bout d'un moment, c'est plus vivable, en fait. Donc, c'est ça qui m'a décidée. C'est plus vivable ! Et puis, les remarques aussi. Les gens, ils sont blessants. Donc, ça aussi, ça m'a... disons que ça a accéléré ma décision. »

Bernadette, 40 ans, assistante secrétaire de tri, BTS.

Bernadette décide de recourir au service nutrition, qu'elle connait de réputation par des proches, à la fois pour changer l'image qu'elle a d'elle-même, ou qu'elle renvoie, mais aussi pour réduire la survenue de situations dans lesquelles elle est ramenée à sa corpulence. C'est ainsi davantage pour réduire le stigmate, et opérer un retour à une image du corps et des capacités « normales », qu'elle souhaite initialement pouvoir bénéficier d'une prise en charge. Ici, les capacités vues comme « normales » par Bernadette sont relatives à son statut social, et notamment son statut de mère : elle ressent ses incapacités à pouvoir courir comme des atteintes au fait d'accompagner ses enfants dans leurs activités, comme ont pu le repérer d'autres travaux sur la chirurgie bariatrique (Beldame et al. 2021, 2024). À première vue, réduire le stigmate s'oppose à une vision médicale de la prise en charge de l'obésité, qui s'intéresse d'abord aux pathologies et paramètres biologiques, et pourrait être considérée comme en décalage avec les attentes des professionnel·les. Il n'en est rien, puisque la médicalisation de l'obésité recouvre notamment les dimensions psychologiques du bien-être individuel, et l'autonomie physique dans des activités ordinaires (comme s'occuper de ses enfants). Les préoccupations de Bernadette sont donc légitimes au sein de la prise en charge, et, nous le verrons, rentrent dans le champ d'action des professionnel·les du soin.

La deuxième logique qui mène à initier soi-même une prise en charge, plutôt présente parmi les classes supérieures, consiste à venir dans le service après avoir détecté certaines sensations, interprétées par l'individu comme des symptômes associés à l'obésité.

> « *Ça vous pose quel type de contraintes dans la vie de tous les jours votre poids ?*
>
> *Je m'inquiète pour ma santé, je... même pour le côté sport, tu vois, de temps en temps, je faisais du squash, c'est vachement engageant, tu vois. Alors, c'est rigolo parce que j'arrivais, comme je me pesais pas, et tout ça, et que j'étais quand même à la base plutôt pas sportif, mais mon corps se rendait pas compte qu'il était gros. Donc, parfois, je tenais plus longtemps que mon pote. Et puis, un jour, j'ai quand même eu un souffle au cœur. Je ne me sentais pas bien, et je me suis dit : "Putain, mais c'est complètement con de faire une crise cardiaque à 40 ans, quoi !" Et je suis allé voir mon médecin.* […] *Donc, ouais, voilà, c'est ça. Je me sens lourd, pas à mon aise, essoufflé vite.* »
>
> Clément, 40 ans, artiste comédien, Master.

Clément s'auto-détecte ce qu'il pense être un souffle au cœur, et le relie à un risque cardiaque, en le mettant sur le compte de son poids. Interpréter des sensations perçues dans la pratique sportive comme des symptômes contribue, avec d'autres éléments, à l'orienter vers une prise en charge spécialisée. C'est aussi le cas de Gilles, 64 ans, universitaire, qui vient dans le service pour réduire des douleurs articulaires qu'il associe à son poids.

Enfin, la dernière logique relative à une entrée autodéterminée dans le service relève d'un rapport à la santé encore davantage orienté par une logique préventive : les individus n'ont pas de symptômes liés à l'obésité mais anticipent la survenue de pathologies associées. Cela revient à consulter et être pris·e en charge avant même qu'un problème de santé effectif ne se déclare.

> « *Et puis, le Covid a fait que tout le monde s'est remis en question, je pense. Il a fait que tout le monde s'est posé des questions. Quand on voyait le nombre de malades,*

même si on n'était pas obèses, etc., etc. Et puis, j'ai eu des décès dans ma famille. Donc, voilà, ça m'a fait… le mois où je me suis fait opérer, j'ai perdu quelqu'un du Covid. Donc, ce n'est pas le Covid qui m'a décidée à me faire opérer. Parce qu'avant le Covid, je murissais déjà le truc. Mais quand je me suis fait opérer, je me suis dit, au moins, vis-à-vis de mon poids, je fais quelque chose. Tu vois ce que je veux dire ? Au moins, si le Covid passait par là… Et puis, voilà, j'ai eu le Covid d'ailleurs ! Mais, voilà, je me suis dit, au moins, si je peux diminuer ma mortalité en réglant un peu mon souci d'obésité, ce sera déjà pas mal. »

Bernadette, 40 ans, assistante secrétaire de tri, BTS.

La centration médiatique sur les personnes obèses pendant le Covid produit des effets concrets sur Bernadette, qui se sent en danger du fait de sa corpulence, alors même qu'elle ne présente actuellement aucune pathologie qui serait en lien avec l'obésité. C'est aussi le cas de Gaëlle, 42 ans, cadre formatrice, qui vient (après une première tentative de perte de poids seule) pour « *enrayer ce phénomène morbide, mortifère* » alors même qu'elle n'a pas de pathologie associée ni de symptôme. C'est elle qui, logiquement, demande à son médecin traitant de faire une lettre d'adressage. On peut également citer le cas de Philippe, 61 ans, ingénieur, qui « *tombe* » sur le service alors qu'il veut anticiper les conséquences futures de son poids. Il dit explicitement envisager toutes les pistes en pesant le rapport « *bénéfice / risque* » sur sa « *santé future* ». Ce type de patient·es interroge la dimension pathologique de l'obésité, qui n'est pas tout à fait une maladie comme les autres. Les individus se pensent ici davantage comme de *potentiels* malades que comme porteurs d'une pathologie effective.

Une fois décrit, ce premier mode d'entrée dans la prise en charge où les patient·es viennent d'eux-mêmes peut être positionné socialement. Il est en général le fait 1) d'individus diplômés ayant un capital culturel important ou 2) d'individus qui, par leur profession ou leur histoire médicales, ont acquis une certaine familiarité avec une logique préventive. Nous sommes donc face à deux modes d'appropriation d'un capital culturel de santé, recouvrant la connaissance de la réputation du service et la reconnaissance de l'importance de surveiller sa santé dans le cas de l'obésité, pour prévenir des pathologies associées. L'entrée dans la prise en charge est, en somme, le résultat d'une socialisation à l'importance d'un suivi médical préventif liée à l'obésité.

De nombreux patient·es appartenant à cette catégorie sont particulièrement proches du milieu médical, soit par affinité élective (« *mon médecin traitant, c'est mon pote* », me dit Clément, 40 ans, comédien), soit par leur profession :

« *Comment j'en suis venu au service nutrition ? Bah, tout simplement en discutant avec une collègue qui était cadre ici dans le service. Voilà, puisque moi je travaille* [dans le même hôpital]. *Donc, elle était cadre dans le service, et maintenant ma collègue, en fait, là où je suis. Elle a changé de service. Et du coup, bon, je lui ai expliqué que j'avais des problèmes de poids, etc. Elle l'avait bien constaté !* [rires] *Et du coup, elle m'a orienté ici, quoi.* »

Christopher, 39 ans, cadre de santé, Maitrise.

Christopher est loin d'être un cas isolé, puisque nombre de ce type de patient·es appartiennent aux professions médicales ou en sont proches : cadre de santé, secrétaire médicale,

manipulatrice radio, étudiant en médecine, infirmière, médecin, cadre formatrice à l'hôpital, comptable dans le groupement hospitalier. Certain·es peuvent même agir directement sur leur prise en charge. Christopher, par exemple, a pris rendez-vous « en interne ». Une patiente infirmière vue en consultation reconnait, pour sa part, qu'elle a accès à son dossier médical sur le logiciel de l'hôpital.

D'autres sont proches du service, des institutions médicales et de leurs logiques en raison de leur histoire personnelle. C'est le cas de Régine, 55 ans, par ailleurs secrétaire à l'assurance maladie, qui a connu très jeune de lourds problèmes de santé (« *et puis, moi, depuis l'âge de 13 ans, je traîne dans les hôpitaux* »). Cette familiarité à l'égard de la médecine en raison de contacts prolongés produit chez elle une connaissance fine du champ médical, et notamment de la position des différents services les uns par rapport aux autres au sujet de la chirurgie bariatrique. Elle produit aussi une forte croyance dans l'efficacité de l'institution hospitalière prise dans son ensemble. Étant bien traitée par les professionnel·les du soin (au sens médical, et au sens des relations d'interaction), elle est particulièrement à l'écoute des recommandations, même si, nous le verrons par la suite, elle peine à les appliquer.

*
* *

On retrouve pleinement parmi les individus qui viennent d'eux-mêmes dans le service la première catégorie d'individus dévoilée par les traitements quantitatifs (cf. II. B.), à savoir des personnes obèses qui, en ayant peu de pathologies déclarées ou d'incapacités, fréquentent régulièrement l'institution médicale. La logique de leur rapport à la santé est pleinement préventive, dans la mesure où ils se sentent « à risque » du fait de leur corpulence et consomment un certain nombre de ressources médicales pour anticiper des difficultés futures. Une telle représentation du corps et de la santé n'est pas sans lien avec leur position sociale favorisée et/ou leur familiarité avec l'institution médicale (cf. Encadré n°1), leur permettant d'accumuler un capital culturel de santé conséquent. Ce qui n'est pas sans exception, comme le montre le cas de Bernadette, ni particulièrement proche de professionnel·les de santé, ni détentrice d'un haut niveau de capital culturel. La prégnance et la visibilité de dispositifs publics de prévention de l'obésité ces dernières années nous semblent être une piste explicative pour de tels cas, sensibilisés « par le haut » aux dangers potentiels de l'obésité et à la nécessité de les prévenir.

Encadré n°1 : Les usages sociaux de la réputation médicale.

Nous nous sommes penchés sur une question essentielle dans le cas d'un service hospitalier « prestigieux », celle de la construction d'une réputation. Nous faisons le choix de traiter cette question par le biais des effets de la réputation sur les usagers[182]. Qui, sociologiquement

[182] D'un point de vue centré sur les relations entre les usagers et un service de soin, la réputation d'un service médical n'a d'importance que si elle oriente les choix des individus de se tourner ou non vers ce service. Ce qui ne veut pas dire que la réputation n'a pas d'autres effets, notamment sur l'attractivité professionnelle, les positionnements dans le champ, les pratiques de soins, les subventions publiques, ou les logiques d'adressage.

parlant, accorde de l'importance, à la fois en discours et en pratique, à la réputation d'un spécialiste ou d'un service hospitalier ? Les données produites dans l'enquête ESPS nous donnent quelques indications qui permettent de confirmer les hypothèses construites sur la base de nos matériaux de terrain. On observe un important gradient social concernant l'importance accordée à la réputation, que ce soit en population générale ou uniquement chez les personnes obèses (cf. Annexes n°12 et 13). Plus les individus sont diplômés, économiquement favorisés, de classes supérieures, plus ils déclarent accorder de l'importance à la réputation d'un hôpital s'ils doivent être hospitalisés.

Ce résultat se confirme lorsqu'on se penche sur l'importance accordée aux conseils du médecin traitant dans le choix d'un spécialiste (en population générale [cf. Annexe n°14] et parmi les personnes obèses [cf. Annexe n°15]). Plus les individus possèdent de capitaux culturels et économiques, moins ils ont tendance à déclarer avoir choisi le dernier spécialiste consulté sur les conseils du médecin traitant. Le manque apparent de docilité à l'égard du médecin, qui croit à mesure que l'on monte l'échelle sociale, correspond en réalité aussi à une confiance accrue dans la réputation médicale. Comme décrit plus haut, nous observons une prise d'autonomie des classes favorisées et diplômées dans leurs parcours de soin, plus promptes à naviguer avec aisance dans un univers au sein duquel les positions relatives des acteurs/institutions et les enjeux sont connus.

Venir par le biais de l'institution médicale

D'autres individus deviennent des patient·es du service selon des logiques tout à fait différentes. Ils et elles sont davantage orienté·es et poussé·es par des professionnel·les à recourir à des soins spécialisés dans l'obésité, que ce soit en raison d'une pathologie déclarée à traiter, ou d'une inquiétude qui amène ces derniers·ères à vouloir « surveiller » leur état de santé.

C'est le cas d'Aïda, 67 ans, ouvrière retraitée (couture, ménage, services), orientée par son néphrologue pour perdre du poids dans l'espoir de pouvoir accéder à une chirurgie de transplantation rénale. Ce cas n'est pas rare dans le service, la réussite d'une greffe rénale étant conditionnée par le volume de masse grasse abdominale. Plus généralement, une partie des patient·es semble faire des allers-retours entre professionnel·les, spécialistes ou non, qui les adressent à leurs confrères et consœurs :

> « *Et là, est-ce que vous pouvez me raconter comment vous en êtes venue dans le service nutrition, et ensuite comment ça s'est déroulé ?*
>
> *C'est le docteur M., le rhumatologue, moi j'ai une fibromyalgie, il m'a dit : "Je voudrais bien que vous maigrissiez un petit peu."* »
>
> Ghislaine, 71 ans, assistante maternelle, sans diplôme.

La description par ces patient·es de leur arrivée dans le service se fait sur un mode passif : ce sont les médecins qui envoient, orientent, adressent, font venir, et non les patient·es qui agissent d'eux-mêmes. Ainsi Anice, 20 ans, déménageur (baccalauréat), ne savait pas que son dossier

avait été transmis d'un hôpital à un autre avant qu'on le contacte pour un rendez-vous. Angélique note quant à elle :

> « *Parce qu'ils* [en endocrinologie] *me trouvaient, voilà, fatiguée et autres. Donc, ils pensaient, voilà, que c'était certainement la prise de poids qui favorisait ça. Et ils ont essayé de mesurer hormonalement si ce n'était pas dû à des problèmes hormonaux que j'avais peut-être pris du poids, quoi. Voilà, pour le moment ils ont rien trouvé donc...* »
>
> Angélique, 35 ans, technicienne au chômage, BTS.

Pour les patient·es comme Angélique, ce sont les médecins qui considèrent qu'elle a un poids trop important et qui décident de l'orienter vers le service. Ce sont eux qui, dans son cas, trouvent qu'elle est trop fatiguée. L'écart est très net avec les individus qui déclarent venir d'eux-mêmes dans le service. Mais il ne faudrait pas non plus voir les patient·es tel·les qu'Angélique comme totalement passif·ves, et baladé·es à droite et à gauche par l'institution médicale. L'incitation à consulter un service nutrition est réappropriée par les individus, qui y voient une occasion d'obtenir des profits multiples (sanitaires, esthétiques, professionnels, etc.) :

> « *Et là, est-ce que vous avez, vous, un objectif de... de perte de poids, ou pas du tout ?*
>
> *Bah, déjà, d'être... enfin, un poids qui me permet d'être en forme et d'être plus... Déjà, beaucoup plus dynamique et d'être, voilà, moins fatiguée, de faire moins la sieste l'après-midi ; voilà, moins ressentir de fatigue, voilà. Et d'être plus dynamique après aussi, pour après avoir du... enfin, retrouver du travail et autres, voilà.* »
>
> Angélique, 35 ans, technicienne au chômage, BTS.

Orientée dans le service par un endocrinologue, Angélique y voit une opportunité pour tenter de réduire sa fatigue quotidienne, ce qui l'aiderait à retrouver un emploi. C'est également le cas de Coralie, 39 ans (employée de commerce au chômage) qui, bien qu'elle soit orientée dans le service par un oncologue, voit dans la prise en charge la possibilité de gagner en autonomie en réduisant ses douleurs lors de la marche et d'améliorer son capital esthétique. Les professionnel·les qui adressent des patient·es dans le service leur offrent l'opportunité de se saisir de la prise en charge, en y plaçant des espérances qui leur sont propres. Ce n'est pas parce que les patient·es sont contraint·es d'être suivi·es en nutrition qu'ils et elles n'y trouvent pas de bonnes raisons de venir et poursuivre la prise en charge. Nous verrons par la suite que ces espérances et objectifs ne sont pas nécessairement reconnus ou entendus par les professionnel·les du service, et sont largement reconstruits. Si les patient·es qui y viennent en étant orienté·es ne sont pas totalement passif·ves, leur activité n'en demeure pas moins largement guidée par l'action des professionnel·les.

Quelques patient·es n'ont pas de pathologies déclarées qui pousseraient les professionnel·les à les adresser de manière urgente au service nutrition, mais possèdent un profil médical qui les y incite tout de même, dans une optique de réduction des risques (Castel 1983). Pour fonctionner, cet adressage lié à une prévention des risques doit se coupler avec une construction

de la peur associée à la probabilité de contracter des pathologies associées à l'obésité[183]. C'est par exemple le cas de Claire :

> « *Et est-ce qu'avant votre projet de PMA* [procréation médicalement assistée]*, le poids, c'était un sujet de discussion avec votre médecin ?*
>
> *Non, pas du tout. Parce que je n'avais pas… je ne n'avais pas de projet d'avoir un enfant. Et donc, je voyais pas l'utilité. Je voyais pas du tout l'utilité. Et c'est après qu'ils m'ont dit les risques. C'est là que j'ai dit : "Attends…". Et là, j'ai un désir, donc voilà… Oui.*
>
> *On vous a présenté un peu les risques.*
>
> *Oui. Ils m'ont dit diabète… Non, c'est trop. C'est trop !*
>
> *Ça vous a fait peur ou…*
>
> *Moi, ça m'a fait peur, oui. Parce que je vois ma famille, ils sont diabétiques, ils sont sous insuline. C'est pas évident. C'est vraiment pas évident. Donc, je ne veux pas non plus mettre ma vie en danger, plus celle de l'enfant. Non, donc je préfère me mettre dans le droit chemin, comme on dit, pour y arriver.* »
>
> Claire, 38 ans, agent comptable, Baccalauréat professionnel.

Si la patiente vient dans le service pour être accompagnée sur un projet de PMA[184], elle y voit également un impératif lié au risque de contracter un diabète de type II. Être suivie en nutrition constitue pour elle une forme de rédemption (« *je préfère me mettre dans le droit chemin* ») lui permettant de gérer sa santé et de mettre en place une PMA.

Les individus qui deviennent des patient·es en étant incité·es et orienté·es par des professionnel·les sont, par rapport à celles et ceux qui viennent d'eux-mêmes, moins diplômé·es et possèdent moins de connaissances des dispositifs de soin, des professionnel·les ou des modes de traitement. Ce sont des cas de patient·es qui, comme je l'observe lors des consultations ou en entretiens, nomment de manière inadéquate les spécialités (la confusion entre médecin nutritionniste et diététicienne est particulièrement fréquente), oublient les fonctions exactes des spécialistes qui les suivent, de leurs pathologies et des médicaments qu'ils prennent.

> Le Dr. B demande au patient (Hervé, 53 ans, ouvrier en invalidité) s'il a repris le travail. Il lui dit que non, et que de toute façon, il serait trop fatigué. Il n'a pas l'air de connaitre très bien ce qu'il prend comme médicament (« *quand je prends la pilule rouge, je me sens mieux* »). Il décrit une douleur à la poitrine depuis plusieurs mois, un « *cœur qui s'emballe* ».
>
> Dr. C : « *Racontez-moi le cœur qui s'emballe*. »
> Hervé : « *Bah, il s'emballe*. »
> Dr. C : « *Mais quand vous faites quoi ?* »
> Hervé : « *Rien, au repos*. »

[183] On observe ici une forme réalisée de gouvernement des conduites individuelles par le recours aux probabilités statistiques et la diffusion de cette connaissance à certains publics. Ce couple savoir/pouvoir est notamment décrit de manière plus théorique par Foucault (1975).
[184] Une minorité de patientes s'adresse en effet au service pour des questions de fertilité ou d'accompagnement adapté pendant la grossesse.

> Il décrit au médecin ses stratégies pour faire passer la douleur, tousser notamment, ce qui ne marche pas vraiment. Comme son médecin traitant est parti à la retraite, il attendait depuis mars de voir la Dr. B, et qu'elle lui fasse une ordonnance pour voir un cardiologue (et que ce soit remboursé).
>
> Observation de consultation médicale, octobre 2023.

Les patient·es de cette catégorie manifestent, comme Hervé, un rapport à la santé moins ajusté avec les attentes des professionnel·les, davantage curatif que préventif. Dans le cas d'Hervé, les éventuels signes et incapacités ne sont pas automatiquement codés comme des symptômes vis-à-vis desquels il faudrait engager une prise en charge, dans la mesure où ils ne perturbent qu'à la marge le fonctionnement ordinaire du corps, ne gênent pas la vie sociale, et qu'ils peuvent être atténués par des pratiques profanes (tousser pour faire passer une douleur à la poitrine). Mais on voit également que ce rapport spécifique à la santé des classes populaires (Arborio et Lechien 2019 ; Loretti 2021) est adossé à des contraintes économiques directes : prendre un rendez-vous avec un spécialiste, c'est risquer de devoir avancer des frais, voire des dépassements, et de ne pas être totalement remboursé si le parcours de soin légitime n'est pas suivi. La moindre affinité avec les institutions médicales amène les patient·es comme Hervé à s'en remettre aux consignes des professionnel·les, de peur de faire des « erreurs », notamment sur l'ordre d'enchainement des consultations.

Par rapport à d'autres qui connaissent très bien le champ médical et la réputation du service, les patient·es de cet idéal-type ne semblent pas avoir conscience de se situer dans un centre expert, avec des spécialistes reconnu·es. Ce qui ne veut pas dire que la réputation n'a pas pu jouer sur leur parcours de soin, puisque les médecins qui réalisent l'adressage ont pu le faire en connaissance de cause. Les patient·es qui ne connaissent pas le service avant d'y entrer n'y accèdent ainsi pas nécessairement « par hasard ».

Nous avons rencontré un cas très particulier, celui de Geneviève, 56 ans, issue des classes supérieures et directrice d'une maison d'édition. À première vue, elle constitue un cas de patiente qui ne vient pas d'elle-même dans le service, mais y est fortement incitée par des professionnel·les du soin.

> « *Donc, je vais voir l'ophtalmo, elle me dit : "Oh ? ça n'a rien à voir avec vos yeux, ça c'est un problème beaucoup plus grave, vous avez le sida, diabète ou un cancer". Donc elle me dit : "Faut aller directement aux urgences !". Je dis : "Écoutez, pas du tout, j'ai prévu là un séjour de 10 jours sur la côte, où je vais dormir : vous m'emmerdez pas, je vais me reposer !". Elle m'a dit : "Pas question, faites au moins une prise de sang !". Le gars du labo appelle disant : "Madame, immédiatement il faut aller aux urgences, vous avez tout qui déconne". J'ai dit : "Non, non, non, j'ai mon billet de train, je pars cet après-midi". Et là ils me disent : "Ben, appelez au moins votre médecin traitant". Donc j'appelle le médecin traitant, qui était mort depuis 4 ans !*
>
> […] *Et donc voilà, donc là j'étais aux urgences, puis après ils m'ont hospitalisée à* [hôpital]*, et c'est là que le docteur F. m'a prise en charge pour un diabète et pour* [autre pathologie]*, voilà. Et donc là, après ils m'avaient dit : "Il faut vivre avec une pompe à insuline", je leur ai dit : "Bah, c'est pas question du tout, parce que moi, mon fonctionnement, c'est que je travaille 24 heures sur 24, pendant 8-9 mois par an, et après je dépose chaussures à talons, ordinateur, téléphone, etc., je me casse quelque*

part dans le monde sans téléphone et que personne ne m'emmerde !" Donc je peux pas avoir un frigo, je peux pas garantir d'avoir un frigo à côté de moi. Alors elle négocie, elle me dit : "On ne va pas vous donner la pompe tout de suite, on va vous donner des médicaments et voilà, et vous faites tout ce qu'on vous a appris", parce que j'ai fait toutes les éducations thérapeutiques, etc., etc. »

Geneviève, 56 ans, directrice de maison d'édition, Master.

En regardant en détail ses pratiques et prises de position vis-à-vis du corps médical, on observe une forte ambivalence. Geneviève manifeste un rapport à la fois distant aux institutions (elle ne savait pas que son médecin traitant était mort depuis quatre ans), docile face aux devoirs de patient qui requièrent l'accumulation de connaissances (« *j'ai fait toutes les éducations thérapeutiques* »)[185], tout en s'opposant aux contraintes qu'impliquent certains modes de traitement. Elle possède par ailleurs une grande confiance dans la capacité de son corps à se soigner seul, ou en tous cas à ne pas l'empêcher de mener ses activités professionnelles (et ses loisirs). Loin d'être dans une logique de remise de soi vis-à-vis de l'institution médicale, elle possède pourtant un rapport à la santé plus curatif que préventif, dans une vision dualiste corps/esprit (où ce qui compte surtout, pour elle, c'est l'esprit), tout en se sentant autorisée à imposer aux médecins son point de vue pour négocier les modalités de sa prise en charge[186]. Cette forme d'ambivalence par rapport à la santé semble spécifique à une partie des fractions culturelles dominantes de l'espace social, qui fondent leur reconnaissance sociale sur un haut niveau de capital culturel, et sur la mise à distance, dans leurs discours et pratiques, d'une dépendance face à leur santé, leur corps, ou les institutions qui s'en occupent.

Enfin, certain·es patient·es, bien plus rares, combinent des logiques préventive et curative, et se situent dans une position intermédiaire par rapport aux idéaux-types que nous avons décrits plus haut. Ce sont des hommes incités par leurs proches à être pris en charge. C'est par exemple le cas d'Habib, 70 ans, cuisinier à la retraite, qui ne manifeste pas particulièrement une démarche de soin préventive de lui-même, mais dont la femme l'incite à être suivi, comme elle, dans le service nutrition. La division genrée du travail domestique au sujet de la santé (Arborio et Lechien 2019 ; Cresson et Mebtoul 2010) conduit certaines conjointes à assumer le rôle d'initiatrice et d'accompagnatrice des prises en charge. Lors des observations sur le terrain, l'inverse n'est jamais arrivé.

*
* *

Le deuxième mode d'entrée dans une prise en charge de l'obésité élaboré grâce aux données qualitatives (venir orienté par des professionnel·les de soin) correspond globalement à la deuxième catégorie d'individu construite statistiquement (cf. II. B.), à savoir les personnes qui ont plusieurs pathologies et incapacités et sont consommatrices de biens de santé. Leur rapport à la santé est davantage curatif que préventif, et la fréquentation d'institutions médicales se

[185] On peut être tenté de ne voir dans cette docilité affichée qu'une posture face à l'enquêteur, mais la suite de l'entretien révèle bien sa maitrise des contenus généralement transmis dans les ateliers d'éducation thérapeutique.
[186] Si tant est qu'on la croie entièrement sur parole, car il est possible que ce type de discours soit une manière romancée de montrer en entretien son indépendance.

réalise surtout par une réaction en chaine de professionnel·les qui orientent les personnes vers leurs confrères et consœurs pour gérer leurs problèmes de santé. Ce sont surtout les membres des classes populaires et du bas des classes moyennes qui présentent ce rapport spécifique à la santé et à la médecine, du fait de socialisations corporelles induisant une moindre importance accordée aux signaux corporels interprétables en symptômes. Certains cas font exception, comme Geneviève, qui vient de manière « contrainte » dans le service nutrition malgré un haut niveau de capital culturel. On peut reprendre ici une classification utilisée en sociologie de l'État pour distinguer les cas d'individus qui saisissent d'eux-mêmes des institutions, des cas où ils subissent malgré eux l'action des agents de l'État (Spire 2016). Nos résultats montrent qu'une même institution, l'hôpital public, plutôt conçue dans une logique de recours, peut aussi relever d'usages associés à la contrainte, et que la différence tient en partie aux dispositions préalables des individus, ici liées aux rapports au corps et à la santé.

Conclusion du chapitre 3 : des rapports à la santé socialement situés

Nous avons suivi dans ce chapitre une logique en entonnoir afin de caractériser aussi précisément que possible les conditions sociales à l'entrée dans une prise en charge de l'obésité, allant de l'espace social de l'obésité, en passant par les rapports pluriels à la santé des personnes obèses, jusqu'aux modes d'entrée socialement situés dans la prise en charge. Cet enchainement nous a permis d'estimer les types de dispositions requis ou non pour initier un suivi dans un service spécialisé de l'obésité.

Le gradient social de l'obésité est toujours présent, tant chez les femmes que chez les hommes. La corpulence, en tant que caractéristique corporelle partiellement modifiable, fonctionne comme un outil de distinction de classe, quel que soit le genre, même si les écarts de prévalence de l'obésité restent légèrement plus marqués chez les femmes que chez les hommes. En théorie, les classes populaires, hommes comme femmes, devraient représenter le public majoritaire de la médecine de l'obésité.

Pour en savoir plus, nous avons tenté d'objectiver les rapports à la santé et aux institutions médicales des personnes obèses. Il existe une importante consommation médicale de leur part, qui ne s'explique pas uniquement par leurs pathologies associées et incapacités ou par un gradient d'âge, qui amèneraient logiquement à consulter. La pathologisation importante de l'obésité en elle-même produit des effets concrets sur les comportements ordinaires face aux dispositifs de soin et aux professionnel·les de santé. S'en tenir à ce constat général reviendrait à masquer une importante hétérogénéité du groupe des personnes obèses. Les rapports à la santé et à la médecine sont en réalité structurés selon des logiques de genre, d'âge et de classe sociale spécifiques, amenant par exemple les plus jeunes à se mettre à distance des institutions médicales, et les femmes de classes moyennes et supérieures à adopter une approche préventive révélée par leur surconsommation médicale.

Les données quantitatives permettent alors, notamment par le recours aux méthodes d'analyse géométrique des données, de comprendre la surreprésentation des femmes et des classes

dominantes sur le terrain d'enquête. Contrairement à d'autres types de prise en charge médicale, l'obésité n'implique pas nécessairement de repérer des symptômes particuliers, comme dans le cas du cancer par exemple, mais davantage de considérer sa corpulence comme une pathologie entrainant des risques futurs, et de chercher des moyens d'y remédier. S'engager dans un suivi implique donc un rapport préventif à la santé, et une conception du corps comme un projet corporel, modifiable, rapport et conception bien plus présents dans le haut de l'espace social (Darmon 2021 ; Vandebroeck 2016).

Le détail des modes d'entrée dans le suivi observés sur le terrain d'enquête confirme cette hypothèse, et vient enrichir les résultats issus du traitement quantitatif des données de grandes enquêtes. Tous les individus ne deviennent pas des patient·es de la même manière, selon les mêmes itinéraires et parcours de soin, ni pour les mêmes profits espérés. Les plus doté·es en capitaux, mais aussi les plus proches des institutions de santé, par leur histoire personnelle ou leur profession, sont les plus à même de manifester un rapport préventif à la santé, et ce faisant de venir de leur propre initiative. À l'inverse, les moins diplômé·es, appartenant aux classes populaires, sont plus souvent guidé·es par les professionnel·les de soin, dans une optique davantage curative. Ce sont également les moins assuré·es dans une institution médicale dont la maitrise pratique est faible. La confiance importante des personnes obèses dans l'institution médicale peut donc prendre des formes diverses selon le degré d'autonomie qu'ont les individus à composer avec un univers plus ou moins connu.

Les dispositions préalables des patient·es n'ont-elles qu'un effet sur les modes d'entrée dans le suivi ? Avoir un rapport à la santé préventif ou curatif change-t-il quelque chose à la manière les individus vont être perçus par l'équipe médicale, ou aux soins reçus ? Ce sont ces questions, relatives aux différenciations pendant les prises en charge, que les deux chapitres suivants aborderont.

Chapitre 4. Comment faire adopter un mode de vie « sain » ? La production médicale différenciée d'une bonne volonté sanitaire

Les patient·es du service enquêté ne viennent pas toutes et tous de la même manière, ni avec le même rapport à la santé, qui peut être préventif ou curatif. Mais que se passe-t-il une fois que les personnes sont dans un parcours de soin ? Est-ce que tout le monde accède aux mêmes ressources ? Quelle est l'influence des rapports à la santé, aux consommations médicales et aux modes d'entrée dans le service sur les parcours de prise en charge ?

L'objectif de ce chapitre est de comprendre comment les professionnel·les de santé s'organisent pour produire une socialisation médicale spécifique à la médecine de l'obésité envers les patient·es, et si cette socialisation est différenciée. Puisqu'il « ne saurait être question de confondre les produits effectifs de la socialisation avec les buts officiels de l'instance socialisatrice » (Darmon 2016, p. 85), il faut se pencher sur les pratiques socialisatrices concrètes, et ce qu'elles peuvent produire effectivement sur les individus. Loin d'être une institution totale, le service de nutrition vise à produire chez le patient une certaine autonomie afin qu'il continue de lui-même le travail initié dans les différents temps de la prise en charge. Pour amener les patient·es à poursuivre leur suivi dans et en dehors du service nutrition, les professionnel·les cherchent à développer un certain rapport à la santé et aux institutions médicales socialement situé.

Avant de nous pencher sur les différenciations possibles des soins, nous verrons dans un premier temps la façon dont les professionnel·les s'organisent pour que leur action socialisatrice soit cohérente, tant à l'échelle du service nutrition qu'à l'échelle des différents dispositifs de soin auxquels peuvent recourir les patient·es. Comment les professionnel·les s'arrangent-ils et elles pour limiter les messages contradictoires auxquels les patient·es sont confronté·es ? Partant du constat que les pratiques professionnelles tendent vers des méthodes et des objectifs unifiés, nous explorerons les formes concrètes prises par les techniques de socialisation utilisées. Quels outils les professionnel·les mobilisent-ils·elles pour faire advenir chez les patient·es un rapport à la santé adapté au traitement actuel de l'obésité ? En quoi ces outils sont-ils ou non socialement situés ? Enfin, nous chercherons à comprendre la mise en œuvre de ces outils dans les interactions de soin, et notamment la façon dont les professionnel·les différencient leurs activités selon les « types » de patient·es. En effet, derrière l'ambition affichée d'une forme de coordination et d'homogénéisation des pratiques, les patient·es, selon la façon dont ils et elles sont catégorisé·es, n'accèdent pas aux mêmes soins. Les professionnel·les s'adaptent à chaque patient·e, ou plutôt à chaque type de patient·e, en fonction de différents indices glanés lors des consultations et mis en commun. L'évaluation des patient·es, pour les situer au regard des pratiques médicales, est alors au cœur des pratiques des professionnel·les de l'obésité.

Quels sont les effets sociaux de la personnalisation des soins (Amsellem et Bataille 2018) ? Sur quels indices médicaux et sociaux se fondent l'évaluation et la catégorisation des

patient·es ? Sur quels critères les professionnel·les distinguent-ils·elles les patient·es et leur accordent-ils·elles plus ou moins de ressources médicales ? Prenant acte que les interactions entre professionnel·les et patient·es sont parsemées de biens de santé (conseil, orientation vers un dispositif, accès à une option thérapeutique, etc.), nous cherchons à restituer le point de vue médical justifiant leur inégale distribution selon les patient·es (cf. Encadré n°1). Nous nous situons alors, d'un point de vue théorique, dans l'analyse de la (re)production des inégalités de santé au sein même des prises en charge et des interactions médicales.

Encadré n°1 : Enquêter sur les pratiques médicales.

Les données rassemblées dans ce chapitre proviennent quasi-exclusivement de la partie de l'enquête menée en observation dans le service nutrition. Après une négociation d'accès au terrain, et un travail de mise aux normes éthiques et RGPD, sept mois d'observations ont pu être réalisés entre septembre 2023 et mars 2025. J'ai pu suivre l'activité des médecins, diététiciennes, enseignants en APA (EAPA), psychologues, infirmières et de l'assistante sociale, lors des consultations (sauf en psychologie), des visites en chambres, des temps de concertations en salle médicale et en réunions « staff » hebdomadaires. Pour faciliter la circulation dans les différents espaces partagés avec d'autres services, je portais une blouse blanche, impliquant une nécessaire précision de mon statut d'enquêteur non-rattaché au service à chaque rencontre de patient·e. Ces observations ont été complétées par des entretiens répétés avec 10 professionnel·les, enregistrés ou non. Afin de préserver leur anonymat, les professionnel·les sont désigné·es par leur fonction suivant d'une lettre distinctive, tandis que les patient·es sont désigné·es par un pseudonyme. Afin de protéger au mieux l'anonymat des personnes enquêtées, quelques informations non essentielles ont pu être modifiées, en conservant les éléments pertinents à l'analyse sociologique.

Les observations de consultation ont eu pour fonction de décrypter le détail des pratiques des professionnel·les, de rentrer dans leurs logiques, mais aussi d'entrevoir comment les patient·es peuvent se positionner dans l'interaction médicale. En ce sens, les consultations, souvent longues (allant jusqu'à une heure), sont particulièrement riches. De leur côté, les observations d'interactions entre professionnel·les sans les patient·es ont été l'occasion d'aborder les principes qui guident les décisions médicales et leurs justifications.

Puisque ce chapitre porte un intérêt pour les pratiques différenciatrices des soignant·es, il est nécessaire de pouvoir situer et décrire ce que font les patient·es dans l'interaction, pour comprendre la manière dont ils sont perçus. Lorsque c'est possible, la profession et l'âge seront précisés. Lorsque ces données n'étaient pas disponibles (les soignant·es ne demandant pas systématiquement l'occupation des patient·es par exemple), la position sociale globale des patient·es a pu être estimée à partir d'indices dans l'interaction.

I. Conditions organisationnelles d'une socialisation cohérente

L'objectif du service est de socialiser les patient·es aux modes de vie « sains », dont on a vu au chapitre 2 qu'ils étaient socialement situés. En ce sens, le service peut être pensé comme un dispositif de socialisation secondaire à des usages du corps médicalement légitimes. Or, comment mener à bien cette socialisation, alors même que les patient·es ne viennent que de manière épisodique ? Et que certain·es entament le suivi de manière contrainte ? Comment produire la répétition nécessaire à l'incorporation ? Ces questions animent tant les professionnel·les du soin que le sociologue, qui cherche à rendre compte des conséquences de leurs actions sur les patient·es. Bien que le suivi s'effectue à intervalles réguliers et sur un temps long, il reste peu fréquent (au maximum une fois tous les deux mois). Nous sommes bien loin d'une institution totale, telle que Goffman (1968) la conceptualise à partir de son étude sur l'hospitalisation psychiatrique[187]. Sur notre terrain, la première condition permettant à certain·es patient·es d'être effectivement socialisé·es à des modes de vie sains est temporelle : le suivi s'envisage à vie dans la plupart des cas. La seconde condition, que nous détaillons ici, implique une forte coordination entre les différent·es professionnel·les intervenant dans le service (cf. Encadré n°2), mais aussi entre le service et des dispositifs annexes auxquels ont recours les patient·es « hors les murs ». Pour le dire autrement, les professionnel·les du service s'organisent de sorte que leurs actions, et les actions d'autres professionnel·les (para)médicaux, soient homogènes et visent une même direction. Nous parlerons à cet égard de *socialisation focalisée*.

Encadré n°2 : Une équipe médicale pluriprofessionnelle.

Le service nutrition se compose d'un chef de service, de six médecins « séniors » (cinq femmes, un homme), de quatre médecins chef·fes de clinique assistant·es (trois femmes, un homme), d'un docteur junior, d'une demi-douzaine d'internes, de six diététiciennes, de deux psychologues, d'un EAPA à mi-temps et d'une assistante sociale. Chaque médecin universitaire est en charge d'un thème de recherche clinique selon sa spécialité : obésités rares, infertilités, mode de vie, chirurgie bariatrique, innovations thérapeutiques, dénutrition, lipidologie. Les infirmières et aides-soignantes sont communes avec les autres services du bâtiment (médecine interne, endocrinologie, diabétologie). Il y a également une infirmière de coordination rattachée au service et une infirmière de coordination spécialisée en chirurgie bariatrique rattachée au service de chirurgie. Deux chirurgien·nes (un homme, une femme) travaillent en collaboration avec le service, mais dépendent du service chirurgie de l'hôpital, situé dans un autre bâtiment. Une dizaine de médecins séniors (diabétologues, endocrinologues, internistes) qui partagent des patient·es avec le service y interviennent

[187] « On peut définir une institution totalitaire comme le lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman 1968, p. 41).

parfois. Plusieurs liens privilégiés existent avec d'autres services et centres hospitaliers, notamment un service d'obésité pédiatrique d'un hôpital voisin.

A. Éduquer à plusieurs : division pluriprofessionnelle du travail de socialisation

La culture professionnelle commune comme condition d'une socialisation cohérente

En théorie, les temps de socialisation se limitent à ce que les professionnel·les nomment l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Si la définition officielle de l'ETP se restreint aux temps explicitement éducatifs organisés pour transmettre aux patient·es des connaissances sur leur pathologie, les temps où les patient·es apprennent effectivement des choses et se transforment au contact des professionnel·les du service ne s'y réduisent pas. Par rapport à d'autres enquêtes en diabétologie, où l'ETP est délimitée dans des espaces-temps à la forme scolaire très marquée (Schlegel 2022, 2024), nous souhaitons opérer un déplacement en considérant chaque temps d'interaction comme un potentiel moment socialisateur[188]. Quel que soit le profil de patient·e, il existe toujours une forme d'éducation plus ou moins explicite et pensée qui se déroule dans les interactions médicales :

> Le chef de service me dit que dans son équipe, ils sont conscients que donner des conseils peut avoir un effet, parce qu'ils passent leur temps à le faire. « *Mais l'idée de faire changer de comportement en 45 minutes d'entretien, c'est quand même* [exagéré]... ». Il ajoute : « *Je suis pas sûr qu'on soit des spécialistes du changement de comportement, on est plutôt des spécialistes des conseils pour changer de comportement* ».
>
> Rendez-vous avec le chef de service, janvier 2024.

Pour filer la métaphore éducative, la socialisation qui se déroule dans le service ne peut être réduite aux *curricula* formels, transmis lors de temps dédiés, mais englobe des *curricula* informels et cachés[189] :

> Le chef de service me parle de l'éducation thérapeutique comme d'une « *religion* », qui a pu être révolutionnaire dans les années 1980, venue au départ du diabète. Cette révolution dans l'approche du patient s'est ensuite diffusée et codifiée. C'est devenu un corpus théorique et pratique « *trop figé* ». Il se décrit comme « *pas croyant, mais pratiquant* ». Selon lui, c'est tout un vocabulaire spécifique et une idéologie enfermante.
>
> Rendez-vous avec le chef de service, octobre 2023.

Conscient·es que leur action éducative dépasse largement le cadre de leur définition de l'ETP, les professionnel·les effectuent une socialisation médicale lors de chaque moment passé avec les patient·es, dépassant la diffusion stricte de connaissances sur la pathologie. Comment s'assurer que ces moments éducatifs soient cohérents les uns avec les autres ? Contrairement au domaine scolaire, il n'existe pas de programmes définissant le périmètre d'action, les objectifs et méthodes de chaque intervenant·e. Ils sont ici remplacés par l'élaboration et la

[188] À l'instar de Becker (2000), nous pensons que la sociologie de l'éducation ne devrait pas se contenter d'aborder l'institution scolaire (ou ce qui s'en rapproche dans la forme), mais toutes les interactions qui conduisent effectivement à un apprentissage, ou une socialisation.

[189] Les *curricula* formels renvoient en sciences de l'éducation aux contenus d'apprentissage inscrits dans les programmes, les *curricula* réels aux contenus effectivement enseignés et les *curricula* cachés aux contenus que s'approprie l'élève, en rapport ou non avec les buts visés (Perrenoud 1993).

reproduction d'une culture commune entre professionnel·les. S'ils agissent sur le patient chacun·e leur tour et individuellement, les professionnel·les sont pourtant sur la même « longueur d'onde » : ne pas viser la perte de poids à tout prix, mais l'amélioration de paramètres de santé moins visibles par des modifications du mode de vie (ce qui représente les objectifs promus dans les recommandations officielles, voir chapitre 1).

Le premier facteur permettant de produire et reproduire une culture commune chez les professionnel·les concerne leur recrutement.

> Le chef de service me dit que l'obésité attire déjà une certaine catégorie de professionnel·les, constituant une sorte de filtre à l'entrée. Ne viennent que les individus déjà sensibilisés, et qui ont un intérêt pour le mode de vie.
>
> Rendez-vous avec le chef de service, octobre 2023.

Le discours du chef de service est assez clair sur le fait qu'implicitement, les professionnel·les de l'obésité n'arrivent pas par hasard dans cette spécialité, mais par intérêt personnel et dans un désir de bien faire. Les travaux de Gridaine (2022) vont dans ce sens : devenir « obésologue » est une manière bien souvent féminine de concilier l'exercice médical avec un attachement au *care*[190]. Ce volet dispositionnel (voire vocationnel) du recrutement des professionnel·les est complété par une réflexion concernant les critères de sélection des entrant·es :

> La diététicienne D me dit que dans le service, les diététiciennes sont toutes sur la même longueur d'onde, autour d'une alimentation centrée sur les sensations. Le service recrute même spécifiquement des diététiciennes qui sont dans cette approche. Par exemple, une des diététiciennes va partir à temps partiel, et elles vont donc devoir bientôt recruter quelqu'un. Soit le service recrute une personne formée et qui connait l'alimentation basée sur les sensations, soit une personne qui ne connait pas mais qui serait ouverte pour apprendre.
>
> Aparté entre deux consultations diététiques, novembre 2023.

Tandis que les praticien·nes hospitaliers (médecins, chirurgien·nes) sont nommé·es, les professionnel·les paramédicaux peuvent être recruté·es. Lors de mon enquête, une diététicienne et une psychologue ont été recrutées pour pallier un départ. Dans les deux cas, l'attention aux profils des candidat·es portait sur l'adéquation de leur *ethos* professionnel avec la culture du service. Du côté diététique, ce qui est attendu est par exemple une formation préalable (ou une volonté de se former) à l'alimentation en pleine conscience, et du côté de la psychologie, un intérêt pour les thérapies cognitivo-comportementales.

S'il n'est pas possible de contrôler le recrutement des praticien·nes hospitaliers, il est tout à fait envisageable de socialiser professionnellement ces dernier·ères aux enjeux de l'obésité. C'est particulièrement le cas pour les chirurgien·nes qui, contrairement aux médecins, sont chirurgien·nes digestifs avant d'être spécialistes de l'obésité.

> Le chef de service me dit que l'approche qu'ils ont de la chirurgie dans le service est assez particulière pour les chirurgiens. Ces derniers ont plutôt tendance à être « *dans l'action* », contrairement à la médecine de l'obésité. De même, les chirurgiens sont moins sensibilisés à la

[190] Nous entendons ici le *care* comme relevant à la fois des pratiques de soin à autrui et d'une disposition morale à vouloir prendre soin. Pour des précisions sur l'usage de cette notion, voir Avril (2018).

> maladie chronique. Mais à force de travailler avec eux, ils arrivent à trouver un langage commun. Il me dit par exemple que le chirurgien A n'est pas typique des chirurgiens, puisqu'il est familier de la psychiatrie. Les chirurgiens en général auraient plutôt une approche culpabilisante (« *les gros se bougent pas le cul* »), et il faudrait du temps pour qu'ils adoptent un autre point de vue.
>
> Rendez-vous avec le chef de service, octobre 2023.

Aux yeux de l'équipe médicale, il est nécessaire de familiariser les chirurgien·nes, parfois qualifié·es poliment « *d'obtus* »[191], à la définition actuelle de l'obésité, ses déterminants et les moyens de la prendre en charge, dans la mesure où ils et elles n'y sont pas particulièrement sensibilisé·es dans leur formation initiale. S'il « *faut du temps pour qu'ils aient un autre point de vue* », je remarque sur le terrain que les façons de penser l'obésité des chirurgien·nes partenaires du service sont alignées avec celles des autres professionnel·les. Afin de concilier des professionnel·les aux domaines d'intervention très variés, le service est organisé de sorte à laisser à chaque intervenant·e une place significative :

> « *Le service nutrition, il est très porteur de projets, et du coup c'est vachement intéressant. Et en plus, le point principal évidemment, c'est que le social est pris en compte, le social est considéré, le social fait partie intégrante de l'équipe paramédicale et médicale. Et ça c'est magnifique. Ça veut dire que, enfin, on comprend que le social c'est important, ça fait partie du soin, le social, ça fait partie du soin. Si on se dit ça, je pense qu'on a vachement avancé.*
>
> *Vous disiez que vous aviez pas aimé la chirurgie* [dans son emploi précédent] *?*
>
> *J'ai détesté la chirurgie, parce qu'il n'y a pas de réflexion sur les personnes, il n'y a pas de projet, on ne se demande pas ce que vont devenir les personnes, comment elles vivent, quelles sont leurs difficultés.* »
>
> Assistante sociale du service.

Ce sentiment positif d'écoute de la part de professionnel·les habituellement placé·es au second plan est largement partagé, que ce soit par l'infirmière de coordination des parcours de soin, les psychologues (« *la place du psy elle est hyper importante, là où il y a d'autres services où les psy' sont un peu, pas dénigrés, mais bon voilà quoi* », psychologue A), les diététiciennes ou l'EAPA. Nous verrons plus loin que le cas des infirmières traditionnelles et aides-soignantes est plus complexe. En pratique, l'écoute des différent·es professionnel·les se matérialise par des contraintes explicites, concernant l'interdiction d'empiéter sur le territoire professionnel d'une autre spécialité :

> Le dossier étudié en réunion concerne une femme de 27 ans. Elle est présentée par le Dr. J (assistante cheffe de clinique), qui vient d'arriver dans le service. Elle annonce que la patiente n'a pas de contre-indication psychologique. Elle est immédiatement reprise à l'ordre par le Dr. E, médecin séniore, qui lui précise que ce n'est pas à elle d'en parler mais aux autres professions, et qu'elle doit parler uniquement du domaine médical.
>
> Observation de réunion staff, décembre 2023.

[191] On peut se référer aux travaux de Zolesio pour comprendre en quoi cette profession incarne et reproduit une forme de masculinité virile associée à une morale ascétique de l'effort physique (Zolesio 2009, 2012), pouvant expliquer leur mépris des personnes obèses.

On voit bien dans cet extrait l'apprentissage par le Dr. J, nouvellement arrivée, des règles qui gouvernent les réunions et les temps de concertation collectifs. Il est interdit, sous peine d'une sanction interactionnelle, de parler à la place d'une autre profession. Cette interdiction s'adresse particulièrement aux médecins, qui sont les plus susceptibles de s'arroger le droit d'intervenir sur nombre de sujets. Le fait que le mode de vie de l'individu soit devenu l'objet d'une médicalisation les y incite particulièrement, d'où la présence d'une règle explicite visant à contenir leurs inclinations hégémonistes.

Penchons-nous maintenant sur les contenus précis de cette culture commune. Qu'est-ce qui transcende les particularités professionnelles et permet une socialisation efficace des patient·es ? Comme précisé dans la première partie de cette thèse, l'importance forte accordée aux Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV) rassemble les intérêts des différentes professions, à laquelle s'ajoute un cadrage psychologique et une déculpabilisation des patient·es que nous allons maintenant aborder.

On retrouve au sein du service une tendance globale à mobiliser des catégories et concepts psychologiques pour rendre compte des conduites individuelles[192]. Les professionnel·les partagent des modes de raisonnement sur l'obésité faisant intervenir la psychologie, comme on peut le retrouver dans d'autres spécialités médicales qui ne sont pas directement techniques (Perrin 2025) :

> « *Et pour certains patients c'est aussi vécu comme ça, parce qu'en fait, factuellement, ils mangent beaucoup, souvent parce qu'il y a un besoin de se remplir, il y a besoin de ce vide qu'on a en soi. Et ça s'explique bien du point de vue psychologique, voire psychiatrique ça s'explique. On sait très bien que, quand les personnes ne se sentent pas bien, elles ont besoin de combler un vide, et ce besoin de combler un vide, les gens le font comme ils peuvent, donc c'est compliqué.* »
>
> Assistante sociale du service.

Si l'assistante sociale possède un point de vue orienté par sa formation en psychologie en parallèle de son travail, le type de discours qu'elle produit, renvoyant l'origine de l'obésité à une causalité psychologique (« *un besoin de se remplir* ») est récurrent. Une des psychologues du service résume bien ce cadrage psychologique :

> « *Oui. Donc, c'est global. C'est global. Il y a le contexte, il y a l'émotion, la pensée, le comportement. Et moi, je vais faire les quatre, quoi. C'est-à-dire, voilà, on va voir quels sont les schémas de pensée qui sont souvent dysfonctionnels, et puis travailler dessus, la gestion des émotions, l'affirmation de soi. Enfin, ça englobe beaucoup, quoi.* »
>
> Psychologue A.

La lecture psychologique de l'obésité implique en outre un travail, mené surtout par les psychologues, visant en premier lieu à faire adopter aux patient·es cette grille d'analyse de leur situation :

[192] Castel et Le Cerf (1980) parlent à cet égard de « culture psychologique » pour désigner l'extension de pratiques, discours, et catégories psychologiques dans le monde social.

« *Donc voilà, eux, la prise de poids, leur alimentation passée, leur alimentation actuelle et après j'essaye de voir avec eux s'ils font des liens, parce qu'il y en a qui ne font pas du tout de lien. Il y en a qui vont vous dire, je ne sais pas, "à six ans il y a eu le décès de mon papa et puis j'ai pris du poids" et puis ils vont vous dire "non, je ne vois pas de lien". Donc là, on ne leur dit pas non plus, c'est à eux. Et là, on se rend compte que c'est quelque chose qui a très peu été travaillé, donc ça va être plus long. Après, on essaye de voir un petit peu leur demande de manière générale. Vous voyez, souvent, la demande c'est en premier lieu "je veux perdre du poids". Et puis après, on retravaille la demande parce qu'aujourd'hui perdre du poids, c'est l'objectif final. Mais avant ça, qu'est-ce qu'on peut faire pour que ça aille mieux ?* »

Psychologue A.

La demande des patient·es est « *retravaillée* » sur le temps long pour les amener à penser des évènements de leur vie comme des potentiels traumatismes psychologiques qui ont induit une prise de poids. Les autres professionnel·les, comme les médecins, reprennent ce cadrage face aux patient·es (« *la restriction cognitive*[193]*, souvent derrière ça il y a un fond psychologique* », dit le Dr. E à une patiente), et insistent régulièrement sur l'intérêt à mener un « *travail psychologique* », dans le service ou en dehors, mais avec un·e professionnel·le de la santé mentale[194].

En plus d'une psychologisation des conduites individuelles, les professionnel·les s'accordent sur l'intérêt d'une bienveillance à adopter vis-à-vis des patient·es, permettant de les déculpabiliser. Cela se traduit premièrement par un intérêt pour le bien-être de chacun·e. Lors des consultations, chaque professionnel·le demande au patient de décrire son état général, son « *moral* », avec des références régulières aux consultations précédentes (« *vous avez meilleure mine que la dernière fois* »), dont ils et elles se souviennent, avec l'aide du dossier médical. C'est une manière de personnaliser la prise en charge, d'incarner un suivi « humain » qui s'opposerait, en créant un lien durable avec les patient·es, à un traitement à la chaine indifférencié. Si la sincérité de la démarche n'est pas l'objet de l'analyse sociologique, on peut tout de même noter que l'apparence de sincérité a pour effet de créer un attachement des patient·es au service. Ce lien est une condition indispensable au maintien dans le temps du suivi, et donc de la socialisation médicale efficace.

« *Et c'est vrai qu'ici, moi j'aime ce service, ça fait longtemps que j'y suis du coup parce que je m'y plais. Pourquoi ? parce que je trouve qu'on a réussi à créer une communion entre les soignants et les non-soignants, qui permettent une prise en charge qui soit vraiment sympa. Et du coup c'est intéressant de bosser avec des médecins qui sont à l'écoute de leurs patients.* »

Assistante sociale du service.

« *L'équipe est très bien, et puis, si on bosse avec des patients obèses c'est qu'on a quand même de la bienveillance, de l'écoute, c'est un service où c'est quand même la*

[193] La restriction cognitive renvoie au fait de vouloir réduire volontairement ses apports alimentaires, au risque au fil du temps de « décompenser » et augmenter ses apports.

[194] Ayant volontairement mis de côté la chirurgie bariatrique de l'analyse pour me concentrer sur l'adoption d'un mode de vie sain légitime, je n'ai que peu enquêté sur les chirurgien·nes (qui d'ailleurs ne font pas partie du service). Je ne sais donc pas à quel point ils et elles sont aussi aligné·es avec ce cadrage psychologique.

qualité numéro un à avoir, sinon ça marche pas. Et les patients le disent souvent que ça les réconcilie avec les dièt', ça les réconcilie avec le corps médical. »

Psychologue A.

Si les patient·es reviennent, c'est qu'ils et elles se sentent considéré·es et écouté·es. Cette bienveillance médicale peut paraitre anodine, mais tranche particulièrement avec les expériences précédentes d'une partie importante des patient·es dans leurs interactions avec l'institution médicale, ce que relève également une partie de la littérature (Carof 2021). Enfin, la volonté de ne pas culpabiliser les patient·es se retrouve dans l'organisation matérielle des locaux. Le bâtiment dans lequel se trouve le service, partagé avec trois autres spécialités médicales, a été conçu de manière à ce que les couloirs, sièges, portes, chambres, lits et matériels médicaux soient adaptés aux fortes corpulences. Comme le dit le chef de service, le bâtiment est « *construit spécifiquement* pour *les spécialités qu'il abrite,* par *les gens qui y travaillent* ».

Dans sa thèse sur la constitution d'une offre de soin en médecine de l'obésité, Ruiz (2025) note que la « réappropriation intéressée de la cause des patients par les praticiens » (p. 60) a pour fonction de créer une frontière symbolique entre les soignant·es respectueux·ses et empathiques et les « mauvais·es soignant·es », souvent dominé·es dans les hiérarchies professionnelles. En réalité, la mise en valeur (et en acte) d'une bienveillance non-grossophobe permet aussi de faire adhérer les patient·es à un suivi qui, pour fonctionner, doit être régulier, et s'inscrit dans un mouvement plus général de prise en compte en médecine du vécu de la maladie, porté notamment par les mobilisations collectives autour du SIDA (Bataille 2009).

Des hiérarchies persistantes derrière le fonctionnement collégial

En pratique, si les différent·s professionnel·les ont chacun·e leurs « style » et manières d'exercer le métier, l'action exercée sur les patient·es semble relativement homogène. Les inégalités d'accès à certains soins sont à trouver dans la façon dont les patient·es sont catégorisé·es (ce que nous aborderons en détail plus loin), et sur l'action de professionnel·les qui ne dépendent pas directement du service :

> Le chef de service me décrit les difficultés auxquelles il est confronté. La particularité est qu'il y a deux hiérarchies dans l'hôpital, une hiérarchie médicale et une hiérarchie para-médicale. Il le décrit comme une « *aberration* » : « *c'est comme si, sur un bateau, les machinistes n'obéissaient pas au commandant* ». Visiblement, les machinistes sont les infirmières et aides-soignantes et le commandant, c'est lui. Les services et médecins sont trans-étages (verticaux) tandis que les paramédicaux sont sur un seul étage à la fois (horizontal) et donc mutualisés entre les services.
>
> Rendez-vous avec le chef de service, septembre 2023.

N'ayant pas la main sur l'ensemble de l'organisation des soins, le service peut se trouver en difficulté face à la mutualisation et au *turn-over* important des employées subalternes que sont les infirmières et aides-soignantes. La crise actuelle de l'hôpital public (Belorgey 2010 ; Juven, Pierru, et Vincent 2019), aggravée par l'épidémie de Covid-19, génère une forte dégradation des conditions de travail des personnels paramédicaux (Sarzier 2020), qui ne restent que

rarement en poste au même endroit sur la durée. Il est alors complexe pour les professionnel·les du service de socialiser ces travailleuses aux enjeux propres à l'obésité, d'autant qu'elles sont partagées avec d'autres services et ne possèdent pas le même niveau de capital culturel.

> Lors d'une réunion staff, Dr. A et Dr. D présentent les enjeux de l'APA. Le Dr. A dit que l'objectif est de faire une formation aux professionnel·les. Dr. E demande si l'idée est de faire des formations avec quelqu'un qui va expliquer le diaporama, ou si le diaporama doit pouvoir être compris seul. Elle ajoute qu'en l'état, le diaporama ne peut pas se suffire à lui-même. Dr. C propose de faire un format vidéo. Dr. D lui répond qu'ils étaient partis sur quelque chose de beaucoup plus modeste avec une formation aux infirmières, par exemple. Dr. A ajoute que les infirmiers du 4ème étage voient l'EAPA passer, mais ne savent pas ce qu'il fait. Dr. C émet l'idée de faire quelque chose d'interactif avec un questionnaire, puisque, de toute façon, ils ne sont pas assez nombreux dans le service pour faire des formations à toutes les personnes qui en auraient besoin. Dr. E ajoute que, si l'ambition est de faire une formation « *au 4ème étage* », il faut « *simplifier* ». Il y a par exemple des phrases trop longues, ou le mot « perception » qui ne va pas être compris. Elle ajoute : « *ce qu'on voit en premier sur cette diapo, c'est "perte de poids". Si les infirmières, elles ressortent de là avec activité physique = perte de poids, mais mon Dieu !* » Dr. I ajoute qu'elle trouve que c'est parfaitement adapté pour des médecins, mais pas pour des infirmières. Dr. D dit que ça ressemble trop à aux cours qu'ils peuvent donner à l'université. Dr. A conclu qu'il faudrait faire un travail sur le visuel.
>
> Observation de réunion staff, présentation sur l'APA, novembre 2023.

Les professionnel·les du service ont pour ambition de transformer les travailleuses médicales précaires en actrices de la socialisation opérée sur les patient·es, au même titre que les autres professionnel·les, ou *a minima* d'éviter tout message contradictoire, ce qui ne manque pas d'arriver :

> La diététicienne E revient sur le fait que le patient a pris sept kilos depuis qu'il est hospitalisé dans le service. Elle nous montre explicitement qu'elle est contrariée. L'interne B se demande si le patient ne mange pas en plus à l'extérieur de sa chambre. Il y a un soupçon qui plane sur ce patient. L'interne B dit à la diététicienne E que le patient aurait réclamé une part supplémentaire de fromage aux infirmières, « *et elles leur donnent* [aux patients] *!* » en soupirant et sur un ton exaspéré.
>
> Visite en chambre, dans la salle médicale, à propos d'Anton, 52 ans, sans activité, RSA, novembre 2023.

En plus d'appartenir à une hiérarchie différente, les aides-soignantes et infirmières n'ont pas le même rapport aux patient·es que les autres professionnel·les du soin. Elles sont plus attachées à répondre à leurs attentes, d'une part pour éviter un conflit qui peut davantage dégrader leurs conditions de travail[195], et d'autre part parce qu'elles peuvent se sentir plus proches sociologiquement de certains d'entre eux que des diététiciennes ou des médecins[196], comme c'est le cas ici avec un patient appartenant aux classes populaires.

On voit se dessiner, sous l'apparence affichée d'un fonctionnement collégial et horizontal entre professionnel·les, des hiérarchies persistantes. Premièrement, si tou·tes les patient·es voient au cours de leur parcours de soin un médecin et une diététicienne, ils et elles sont moins nombreux·ses à voir une psychologue et un EAPA. Toutes les professions n'ont ainsi pas autant

[195] Contrairement aux autres professionnel·les, les infirmières et aides-soignantes sont au contact des patient·es plusieurs fois par jour. Un conflit peut donc avoir des conséquences répétées.
[196] Comme l'a observé Gridaine (2022) dans son étude sur les professions médicales en médecine de l'obésité.

de poids, du fait de leurs effectifs (cf. Encadré n°2), responsabilités, niveaux de diplôme et importance symbolique. À cela s'ajoute une hiérarchie médico-légale : pour chaque patient·e, le professionnel·le responsable du parcours de soin est un médecin. Seul·es les patient·es pour qui le médecin responsable du parcours de soin en a estimé la nécessité voient un psychologue ou un EAPA.

La prééminence du médical s'observe à de nombreuses reprises, notamment dans les moments où, paradoxalement, devrait s'incarner le fonctionnement collégial. C'est le cas des réunions staff hebdomadaires, auxquelles tou·tes les professionnel·les sont invité·es à participer. Elles sont décomposées en un temps de présentation scientifique (animé par un·e membre du service ou un·e invité·e[197]), puis un temps de discussion au sujet de dossiers de patient·es. Lors des temps de présentation, ce sont surtout les médecins séniors qui posent des questions, prennent la parole et donnent leur avis. C'est également le cas lors des discussions de dossiers, toujours introduits par un·e médecin ou un·e interne, ce qui donne à l'ensemble la forme d'une discussion entre médecins, ponctuée d'interventions (sollicitées ou non) des autres professionnel·les. L'attention générale est tournée vers les médecins, qui se mettent d'ailleurs au premier rang dans la salle. Le constat est analogue lors des visites en chambre de patient·es, elles aussi pluridisciplinaires. Elles sont alternées avec des temps de « débrief » en salle médicale, dans lesquels le ou la médecin du jour interroge les internes et prend un rôle professoral, faisant intervenir régulièrement la diététicienne. La logique organisationnelle donnant le primat au médical sur les autres professions peut alors entraver une partie de l'action de ces dernières :

> L'EAPA me dit que le système d'organisation des hospitalisations n'est pas adapté pour lui, puisque celles-ci sont faites selon des thèmes médicaux. Pour lui, l'organisation qui aurait beaucoup plus de sens, ce serait que les patient·es aient les mêmes besoins d'activité physique quand ils et elles viennent en hospitalisation.
>
> Rendez-vous avec l'EAPA après une journée de consultation, décembre 2023.

Si les écarts à la pleine collégialité ne nuisent pas directement à la cohérence de la socialisation qui s'opère sur les patient·es, ils orientent néanmoins sa forme : les médecins y jouent un rôle prédominant. Ce sont eux qui voient le plus souvent les patient·es, et qui décident en grande partie de la direction que prendra le parcours de soin.

B. Produire une emprise à distance ? Une socialisation déléguée et focalisée

Nous l'avons rappelé, les individus suivis dans le service ne sont pas uniquement des patient·es de ce service, mais aussi des usager·ères d'un certain nombre de dispositifs vers lesquels ils et elles sont orienté·es. L'homogénéité d'action des professionnel·les au sein du service ne suffit pas : pour produire une socialisation efficace, il faut également que les dispositifs annexes partagent la ligne adoptée dans le service.

Un premier type d'extension du dispositif utilisé relève des documents distribués aux patient·es, qui peuvent avoir une efficacité en dehors des temps d'interaction (Darmon 2010).

[197] C'est lors de ces temps que j'ai pu présenter mon projet de recherche et faire une restitution des résultats.

Produits par les professionnel·les du service, les diététiciennes notamment, ils sont très logiquement en phase avec l'approche qui y est menée[198]. Un second type d'extension concerne les autres dispositifs, médicaux, paramédicaux, sportifs, diététiques ou psychologiques vers lesquels les patient·es sont adressé·es lors de leurs visites dans le service (cf. Encadré n°3)[199]. Comme le dit le chef de service, « *notre action n'a aucun intérêt s'il n'y a pas un amont et un aval* ».

Encadré n°3 : Genèse d'un dispositif annexe.

Le deuxième terrain d'enquête de la thèse est une association d'APA, qui se dédie explicitement aux personnes en surpoids et obèses, mais sans s'y réduire, vers laquelle est orientée une partie des patient·es du service. Cette association sportive FSGT (Fédération sportive et gymnique du travail) a été créée il y a une quinzaine d'années par des patient·es du service sous l'impulsion de deux médecins et de l'EAPA. Le chef de service la décrit comme un « *succès* » du service en ce qui concerne la prise en charge « hors les murs ». Le service est vu par le bureau associatif comme un véritable soutien, qui aide l'association en y orientant directement des patient·es, et en appuyant, avec l'aide d'une convention, les demandes de financements multiples (à la ville, aux agences régionales de santé [ARS], aux directions jeunesse et sport…). Les professionnel·les du service impliqué·es dans la création de l'association l'ont également amenée à se développer, en insistant sur la nécessité de diversifier les activités proposées (à l'aquagym originelle se sont ajoutés la marche, la gymnastique, le circuit training, le yoga) et les lieux de pratique dans la ville pour toucher un public plus large. Une fois par an, les membres du bureau font une réunion de bilan avec les professionnel·les du service. L'approche que tente d'avoir l'association peut être assimilée à un « service public », puisque les moins doté·es peuvent y adhérer quasi gratuitement. De son côté, le service aide l'association dans le fait de diffuser dans d'autres réseaux l'information de son existence pour faire venir de nouveaux adhérent·es.

N'ayant pas les ressources pour assurer en interne un suivi régulier des patient·es, les professionnel·les le délèguent à d'autres. L'assistante sociale me dit regretter ce fonctionnement où le suivi des patient·es est assez restreint. C'est aussi ce que mentionnent les psychologues (« *c'est dur de pas pouvoir aider tout le monde, parce qu'on les revoit pas forcément* », Psychologue A), les diététiciennes, l'EAPA et les médecins lorsqu'ils et elles sont interrogé·es sur les difficultés liées à leur métier. Ce regret partagé vient du fait que les professionnel·les n'ont pas une mainmise sur les patient·es, même s'ils et elles contrôlent à intervalle régulier leur devenir.

> « *En fait, quand on peut, on essaie de réorienter. Quand ils ont les moyens ou qu'ils ne sont pas trop loin, on réoriente pour qu'ils aient une prise en charge qui est quand*

[198] Nous aborderons plus loin leur forme, usages et ce qu'ils révèlent du type de socialisation qui s'exerce.
[199] On peut citer les maisons de santé, maisons sport-santé, psychologues, psychiatres, associations d'AP (ou APA), ateliers diététiques, diététiciennes libérales, etc.

même, je ne dirais pas qu'elle est mieux, mais ils ont vraiment, là-bas, ils ont plus de place, ils ont plus de temps accordé, donc ils sont suivis plus régulièrement. »

Psychologue A.

Quand je questionne les professionnel·les sur les raisons qui les amènent à déléguer une partie du suivi, ce sont les effectifs restreints qui sont mis en avant. Il parait délicat de suivre régulièrement l'ensemble des patient·es du service avec six postes de diététiciennes, un poste et demi de psychologue ou un poste d'EAPA. Chaque professionnel·le dispose ainsi d'une liste de confrères, consœurs, associations et dispositifs de soin vers qui les patient·es peuvent se tourner entre deux passages dans le service. Les dispositifs et professionnel·les de cette liste ont pour point commun d'avoir été sélectionnés au regard de leur affinité avec les conceptions de la santé et de l'obésité du service. Il n'existe pas de « liste noire », mais les professionnel·les ne conservent dans leur carnet d'adresses que les structures et soignant·es qu'ils et elles connaissent, ou que des patient·es ont pu leur recommander (« *c'est des personnes qui sont bienveillantes, qui connaissent les problématiques* », me dit la psychologue A). Un des éléments de la *socialisation par focalisation* opérée dans le service concerne la sélection de ces dispositifs, en adéquation avec la mission que se donnent les professionnel·les (« *avoir l'assurance de la qualité de l'autre professionnel* », me dit la coordinatrice du Centre Spécialisé de l'Obésité [CSO]). Si l'impossibilité de suivre les patient·es est perçue négativement, l'adressage vers des dispositifs adaptés constitue une partie valorisée de leur travail. C'est ce que me dit l'EAPA :

« *Je peux les réorienter avec les yeux fermés. Je sais que là-bas, ils seront bien accueillis, dans l'empathie et avec des contenus adaptés.* »

Enseignant en APA.

À l'inverse, les professionnel·les évitent le plus possible d'orienter les patient·es vers des soignant·es ou des structures inconnues, le risque étant par exemple qu'un diététicien libéral prescrive un régime restrictif, ou adopte une approche culpabilisante, sans forcément que le ou la patient·e ne le remarque.

Dr. A demande à la patiente si l'alimentation est abordée chez son psychiatre en dehors du service. Elle lui répond par l'affirmative, mais ajoute que les conseils donnés par le psychiatre ne sont pas à son goût : « *Si je l'écoutais, je ferais un régime sec* ».

Observation de consultation médicale, Céline, 58 ans, octobre 2023.

Ainsi, l'harmonie n'est pas toujours parfaite entre les dispositifs de soin externes et le service. La difficulté tient dans le fait que ce dernier, s'il est globalement dominant et prescripteur dans le champ de la médecine de l'obésité, n'a pas le monopole de l'action sur les patient·es et peut se trouver en concurrence avec des points de vue différents sur la prise en charge. Le risque est alors de procéder à une socialisation inefficace en plaçant les patient·es au milieu d'injonctions contradictoires émanant d'une même institution médicale (au sens large). Mais la probabilité reste grande, grâce aux efforts des professionnel·les, que les dispositifs soient globalement concordants entre eux. De plus, les professionnel·les s'assurent, dans l'interaction avec le patient, de lui faire comprendre qu'ils et elles possèdent une expertise et que leur point de vue est le plus légitime (Rougnant et Duverné 2025).

En plus du travail individuel des professionnel·les du service, un des acteurs majeurs de l'organisation cohérente des dispositifs est le CSO, créant les conditions d'une *socialisation focalisée* en dehors du service.

> « *Et le CSO, c'est vraiment un organe à part, qui reçoit un financement propre de la part de l'ARS pour effectuer une autre mission, qui est vraiment l'organisation et l'animation du territoire. Donc, vraiment, pouvoir faciliter les parcours de soins et faciliter le lien entre la ville et l'hôpital et les interactions entre les différents professionnels de santé.* »
>
> Coordinatrice du CSO.

Par rapport aux dispositifs en « *ville* », le rôle du CSO est de créer « *un socle de connaissances communes* » pour que tous les acteurs du parcours de soin « *puissent parler le même langage* » (coordinatrice du CSO). Le CSO crée également les conditions pour que les dispositifs de la ville connaissent le service et puissent y orienter les patient·es. Il est intéressant de noter que la socialisation par focalisation est d'autant plus facile à organiser que tou·tes les professionnel·les sont formé·es *a minima* à la médecine de l'obésité. C'est le cas de la coordinatrice du CSO, qui était auparavant diététicienne et évoque clairement la facilité que cela lui apporte pour comprendre le langage des médecins.

Les patient·es ne sont donc pas « patient·es du service », mais usager·ères d'un certain nombre de dispositifs qui convergent dans la même direction. Les mêmes dispositions sont en théorie travaillées dans plusieurs espaces. Certaines difficultés apparaissent, en ce qui concerne notamment la quantité d'offres disponibles pour les patient·es. Les dispositifs de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) sont, par exemple, limités, et souvent complets. Une partie du travail du CSO consiste à visiter de nouveaux SSR potentiels, pour évaluer leur pertinence et signer une convention permettant d'y adresser des patient·es. Pour les professionnel·les, les SSR sont des « *piqures de rappel* » (Assistante sociale), permettant de réitérer les contenus appris par ailleurs dans le service, comme a pu l'étudier Jacolin-Nackaerts (2012). La socialisation focalisée est organisée par des rappels, plus ou moins intenses, à intervalles réguliers, du travail dispositionnel engagé dans le service, qui, comme un chef d'orchestre, contrôle l'harmonie générale des différents acteurs.

Mais les professionnel·les n'ont pas un contrôle sur l'ensemble des influences socialisatrices auxquelles les patient·es sont exposé·es, comme les relations personnelles, familiales ou amicales. Quand c'est possible, comme à l'intérieur du service, les professionnel·les tentent pourtant de les minimiser, en isolant par exemple les patient·es les un·es des autres :

> « *Est-ce que vous avez eu des contacts avec d'autres patients, là, du service ?*
>
> *Ici, non, j'ai croisé personne. J'ai l'impression que c'est un service désert.* »
>
> Sandra, 51 ans, inspectrice des impôts, Master.

Le suivi est particulièrement individualisé et les patient·es ne se croisent qu'en de rares occasions contrôlées[200], ce qui a pour effet, au sein du service, de réduire les interactions à la paire soignant·es/soigné·e. En dehors du service, les professionnel·les ont par contre une influence réduite sur le réseau de relations sociales ordinaires qui entoure les patient·es. Ils et elles peuvent toutefois tenter dans certains cas d'étendre leur action de modification des modes de vie aux proches :

> « *Et vous avez parlé de quoi avec la diététicienne ?*
>
> *De mes habitudes alimentaires. Et puis, surtout, le fait que je vive avec mes parents, que c'était pas toujours évident, comme on n'a pas, en fait, les mêmes horaires de repas, enfin, voilà, donc c'est pas évident de gérer l'organisation des repas à la maison et autres, donc... Et on a même appelé mes parents pour voir ce qu'ils pouvaient faire pour arranger la problématique, voilà. Bon, ils ont promis qu'ils essaieraient, mais le problème, c'est que, voilà, ils... Et comme on a... Moi, c'est ça que j'ai peur, qu'ils disent "oui oui oui" et puis après… C'est toujours ça, "oui faut qu'on s'améliore, faut qu'on s'améliore" mais après ça tient 15 jours, puis c'est pas suivi d'effets, c'est toujours ça que j'ai peur quoi.* »
>
> Angélique, 35 ans, technicienne au chômage, BTS.

La médicalisation du quotidien ne doit donc pas seulement être pensée à l'échelle de l'individu pris en charge, mais aussi de ses relations (ici familiales) en dehors des temps de soin. La tentative du service d'avoir une action sur l'entourage des patient·es, pour minimiser les contradictions entre ce que propose le service et ce à quoi ils et elles sont confronté·es en dehors, reste toutefois relativement rare.

C. La cohérence du suivi, un outil rhétorique pour se placer dans le champ médical

Nous souhaitons insister ici sur les avantages qu'octroie une approche coordonnée des parcours de soin au sein du champ dans lequel se situe le service. La place du service peut être décomposée en deux éléments : une place dominante dans le sous-champ de la médecine de l'obésité ; une place dominée dans le champ médical pris dans son ensemble.

Le fait de valoriser un suivi concerté et réfléchi des patient·es permet aux professionnel·les du service de se distinguer d'autres types de prise en charge qualifiés de moins rigoureux. Comme le remarque Perrin (2025) au sujet de l'IVG, l'affirmation d'une prise en charge globale constitue une stratégie de distinction de certaines spécialités médicales qui ne sont pas centrées sur des actes techniques :

> « *On insiste aussi sur la qualité, ça fait un peu vendeur ça, mais la qualité de la prise en charge, et surtout la qualité du suivi. Parce que je sais pas si t'as vu, dans le privé, t'as des cliniques qui opèrent en 3 mois, mais hors indication. Et par contre, ces patients, on les revoit après parce qu'il n'y a plus du tout de suivi. Et du coup, alors quand c'est pas des catastrophes ça va, mais c'est sur les reprises de poids surtout,*

[200] Dans les cours d'APA ou dans les réunions de préparation à la chirurgie par exemple, où d'anciennes personnes opérées viennent témoigner.

enfin je pense que… la préparation, l'acte en lui-même, c'est important, mais enfin c'est tellement important le suivi quoi, pour que ça soit une réussite ! »

Infirmière de coordination.

Les « *cliniques privées à fric* » (pour reprendre les mots de certain·es professionnel·les) sont érigées en figures repoussoirs, surtout celle qui jouxte l'hôpital. Ces dernières sont décrites par des pratiques peu rigoureuses de suivi, notamment en ce qui concerne la chirurgie bariatrique.

Dr. J présente un patient vu en consultation qui a eu un *bypass*. Il a eu un poids stable pendant dix ans avant de prendre 50 kilos pendant le confinement et à l'arrêt du tabac. Il souhaite une *sleeve* sur le *bypass*. La Dr. J relaie la demande du patient : « *j'avais pas envie de lui répondre directement je voulais vous en parler* ».

Dr. E : « *La réponse est non, on ne fait pas de chirurgie sur un bypass* ».

Dr. A : « *Certains le font, mais pas nous* ! » Il évoque le cas d'une patiente « *qui a eu le malheur d'aller du mauvais côté* [de la rue] » et on lui a augmenté la malabsorption du *bypass* en refaisant une opération dessus. Certains chirurgiens « *ont l'imagination fertile* » et posent des anneaux sur des *bypass*, mais, pour eux, ce n'est « *pas une solution* ».

Observation de réunion staff, janvier 2024.

Porter le discrédit sur les autres espaces de soins privés et se placer en dominants du sous-champ de la médecine de l'obésité, c'est aussi lutter en tant que professionnel·les pour imposer un point de vue expert sur certains sujets et devenir pleinement prescripteur de pratiques[201]. Ce n'est pas sans difficulté : il ne suffit pas d'être un expert pour être reconnu comme tel.

En réunion staff, Dr. C décrit le cas d'un « *grand spécialiste* », qui n'est pas médecin de l'obésité, et qui, à son insu, avait donné un médicament antidiabétique à une patiente qu'il lui avait pourtant adressée. La patiente maigrissait de manière inquiétante, mais le spécialiste augmentait les doses du médicament, considérant que c'était positif, puisqu'elle maigrissait.

Observation de réunion staff, octobre 2023.

On voit bien ici les luttes existant au sein du champ médical : la définition de la santé des professionnel·les du service n'est pas toujours celle des autres spécialistes. C'est notamment la valeur à accorder à la perte de poids qui fait l'objet d'une opposition de points de vue. Ceux et celles du service doivent lutter dans un espace des prises de position sur la définition de la santé. Dominer le sous-champ ne réduit pas mécaniquement les oppositions en pratique à la façon légitime de traiter l'obésité et à la *doxa* que les professionnel·les du service tentent d'imposer. Les jugements et dévalorisations des pratiques des autres professionnel·les, voire des individus eux-mêmes, sont alors une manière d'affirmer une position dominante :

Présentation de dossier de patient·es en réunion staff. La patiente présentée est une femme de 60 ans. Il est évoqué un ensemble de traumatismes et une anorexie infantile. Elle a vu un psychiatre qui habitait en bas de chez elle qui était « *nullissime* » selon la Dr. E, qui trouvait qu'elle n'avait pas de troubles du comportement alimentaire, qu'elle avait bien maigri et qu'elle

[201] Ces enjeux de distinction sont perçus par certain·es patient·es, comme Philippe (61 ans, ingénieur, Master), pour qui la longueur du suivi est « *un gage de sérieux par rapport à d'autres établissements* ».

était belle. Dr. C réagit : « *c'était le psychiatre ou la concierge ?!* », ce qui ne manque pas de faire rire la salle.

Observation de réunion staff, septembre 2023.

Ces jugements inter-professionnels, peu fréquents, permettent d'insister sur le décalage (perçu comme une incompétence) avec certain·es soignant·es au sujet des « bonnes pratiques » en médecine de l'obésité. Le fait que les professionnel·les du service manifestent aussi explicitement un discrédit des « mauvaises » pratiques est sans doute lié au fait qu'ils et elles se sentent en position dominée dans le champ plus large de la médecine.

Le chef de service me décrit le fonctionnement de l'hôpital. Ce sont surtout les neurologues qui ont fait et font connaitre l'hôpital : « *les neuro sont les seigneurs ici !* » D'autres spécialités sont reconnues, comme la cardiologie. La nutrition est de petite taille par rapport à ces spécialités.

Rendez-vous avec le chef de service, septembre 2023.

A-t-on vraiment besoin de rappeler la valeur de son expertise lorsqu'on est vu par tou·tes comme un « *seigneur* » de l'hôpital ? Les professionnel·les du service sont dans une position ambivalente de dominants-dominés, moins légitimes que d'autres spécialistes qui traitent des organes plus « nobles » que la masse grasse ou le système digestif[202], ou réalisent des actes perçus comme très techniques. N'ayant pas de pharmacopée très développée, ni d'actes particulièrement techniques à réaliser, les médecins de l'obésité (non chirurgiens) considèrent leur spécialité comme peu attractive pour les jeunes internes (« *ce qu'on fait, c'est pas attractif pour les jeunes, ils veulent de la technique, de l'action* », me dit le chef de service entre deux consultations médicales).

*

* *

L'objectif du service est de fonctionner comme une instance de socialisation, mais aussi comme une instance qui organise d'autres socialisations analogues en dehors des temps de prise en charge. Le service va d'une certaine manière à l'encontre du fonctionnement ordinaire du monde social en réduisant le plus possible l'hétérogénéité des influences socialisatrices qui composent habituellement l'expérience de vie des individus (Lahire 2011, 2013). Nous avons utilisé deux métaphores qui nous semblent utiles pour se représenter l'action du service. La première est physique, en décrivant la socialisation opérée comme étant *focalisée*. Les professionnel·les du service *concentrent* leurs actions différenciées et celles des autres maillons du parcours de soin vers un *point focal* unique. La seconde est musicale, mettant en avant le rôle de *chef d'orchestre* du service, qui guide chaque acteur dans la réalisation d'un ensemble unique : une socialisation *harmonieuse*. Dans tous les cas, les dispositions qui font l'objet de la socialisation dans la prise en charge sont travaillées de manière cohérente par de multiples acteurs. Se pose alors la question des incohérences éventuelles, non anticipées, au sein du

[202] Il existe en médecine une hiérarchie des organes, les plus nobles étant le cœur et le cerveau, entrainant une hiérarchie des spécialités qui les traitent. Le renouveau d'études à fort écho sur le microbiote intestinal pourrait changer la donne et revaloriser les spécialités s'intéressant au système digestif.

parcours de soin, mais surtout avec le bagage dispositionnel préalable de chaque patient·e, plus ou moins proche des attendus.

II. Faire se réguler au quotidien : la réflexivité comme point d'appui

Venons-en aux formes concrètes de la prise en charge. Comment les professionnel·les s'y prennent-ils·elles pour essayer de faire adopter aux patient·es de nouveaux usages du corps ? Comment contrer des socialisations corporelles installées de longue date ? Comment modifier des façons de subvenir à des besoins naturels (se mouvoir, s'alimenter) ? Comment rendre des pratiques corporelles non seulement désirables, mais indispensables ? Nous aborderons conjointement l'activité physique (AP) et l'alimentation pour étudier ce qui est mis en place pour initier et faire perdurer une réforme des conduites de vie (Dubuisson-Quellier 2016). Les résultats qui suivent sont ainsi une contribution à une sociologie de l'État, dans le sens où nous étudions les techniques de transmission normative utilisées par des agents de l'État. Comment l'État, concrètement, diffuse-t-il des manières légitimes pour les personnes grosses d'user de leur corps ? Le premier élément de réponse se trouve dans le fait de les définir comme des personnes obèses, légitimement sujettes à une prise en charge médicale. Ensuite, c'est par des interactions lors des moments de prise en charge que s'effectue la transmission normative. La littérature, d'inspiration foucaldienne, tend à laisser de côté ce moment interactionnel au profit d'une analyse des institutions disciplinaires (Vieille-Marchiset 2019) ou des programmes de prévention (Radel 2012 ; Radel et Morales 2013)[203]. Pourtant, entre la coercition directe et l'autocontrôle, il existe un type d'action de l'État permettant un gouvernement des corps explicite, sans être coercitif. C'est plutôt du côté d'une sociologie des socialisations que l'on trouve des analyses du travail mené par des soignant·es, dans l'interaction, pour faire advenir chez les patient·es un mode de vie « sain », comme dans le cas du diabète (Schlegel 2022, 2024) ou du traitement des AVC (Darmon 2021).

Nous distinguerons les pratiques de socialisation de leurs effets. Par des conseils, explicitations, raisonnements logiques, exercices et initiations, les professionnel·les visent à faire adhérer à une définition de la santé particulière où la corpulence n'a finalement qu'une importance secondaire, à une bonne sportivité médicale, et à une alimentation en pleine conscience. Cette étude des modes de socialisation employés nous permettra de situer socialement la prise en charge avant d'aborder au chapitre suivant sa réception effective.

A. Orienter les objectifs vers la santé invisible[204]

Le premier travail engagé relève d'une socialisation à un rapport préventif à la santé, qui s'incarne dans le fait de rendre désirable la recherche d'une bonne santé dissociée du poids.

[203] En analysant les deux facettes du contrôle de l'État sur les corps : la discipline, et l'autocontrôle (gouvernementalité ou micro-physique du pouvoir).
[204] Une partie des résultats de cette sous-section reprend des éléments publiés dans Rougnant et Duverné (2025).

Les professionnel·les s'attachent à faire comprendre aux patient·es qu'ils et elles peuvent être en bonne santé indépendamment de leur poids. C'est opérer une socialisation inverse à ce que produisent les messages de santé publique, qui associent l'obésité à une maladie (cf. Encadré n°4). Le changement de représentation sur ce qui compte pour juger de la « bonne » ou « mauvaise » santé va de pair avec un travail sur le temps : faire intégrer aux patient·es une vision de long terme de leur corps et de leur santé, ce qui a toutes les chances de correspondre aux patient·es décrits au chapitre 3 qui viennent d'eux-mêmes dans le service avec un rapport préventif à leur santé.

Dans la pratique, la socialisation à la santé invisible sur le long terme s'incarne dans une éducation à l'autonomie du patient que l'on retrouve également dans le cas du diabète (Schlegel 2020). Lors des consultations médicales, l'éducation à l'autonomie prend la forme d'une incitation à réaliser des examens et à se mesurer régulièrement.

> Lors de la consultation médicale, la patiente admet ne pas avoir fait les analyses sanguines préconisées, ni la coloscopie et la fibroscopie, ni le bilan de sommeil. « *Faut vous occuper de vous !* » dit la Dr. B en tapant doucement sur la table. Elle se fait sermonner gentiment par la Dr. B pour les faire.
>
> Observation de consultation médicale, Élise, 43 ans, profession inconnue, octobre 2023.

Le travail de patient·e en médecine de l'obésité (Thievenaz 2017)[205], c'est-à-dire ce qui doit être accompli en dehors des temps dédiés à la prise en charge, est multiforme. Il recouvre des démarches administratives, des changements dans le mode de vie quotidien, et des examens et consultations à réaliser. L'usage par les professionnel·les d'un registre émotionnel (le ton sévère employé par la médecin dans ce cas) permet de créer l'impératif de prise en charge de soi.

> « Ça me fait plaisir de vous voir, mais ça me ferait encore plus plaisir de vous voir avec vos analyses ! » [rires]
>
> Observation de consultation médicale, Halima, 54 ans, profession inconnue, septembre 2023.

La multiplication des registres émotionnels et moraux permet aux soignant·es de faire en sorte que les patient·es effectuent un certain nombre de comportements. Une patiente qui a raté une journée de bilan en hôpital de jour (HDJ) se voit par exemple culpabilisée par le médecin, qui lui signale que ce genre de « *faute* » dans le travail de patient agace les soignant·es qui lui prévoient une place pour la journée. Le registre émotionnel et moral doit être pensé comme une technique interactionnelle permettant aux soignant·es d'accomplir leur travail de construction de l'autonomie chez les patient·es.

Encadré n°4 : construire l'excès de poids comme un problème.

Dans certains cas rares, des hommes de classes populaires la plupart du temps, les patient·es ne considèrent pas leur poids comme un problème. Si en majorité les soignant·es cherchent à

[205] Les soignant·es rappellent régulièrement aux patient·es que ce qu'ils et elles mettent en place de manière autonome est « *un vrai travail* ».

rassurer les patient·es et orienter les objectifs vers une perte de poids mesurée, ils et elles doivent parfois construire chez leurs patient·es la représentation d'un excès de poids néfaste pour la santé (Leszczak 2025). Les professionnel·les tentent d'accrocher ces patient·es à un suivi en insistant sur d'autres problématiques sanitaires qui peuvent avoir davantage d'importance pour eux, comme le diabète ou la mobilité. Leur objectif est dans un premier temps de faire en sorte que les patient·es soient suivi·es par le service, avant d'envisager de construire l'excès de poids comme une question à aborder.

Pour construire l'autonomie, les soignant·es, et en particulier les médecins[206], incitent les patient·es à adopter un objectif de poids « réaliste », et à penser leur santé dans d'autres dimensions que la seule corpulence. Dès l'entrée dans le service et la première consultation, les patient·es sont incité·es à définir un objectif de poids « *cohérent* », « *raisonnable* », « *réaliste* ». Dans la plupart des cas, il s'agit de recadrer les « *attentes magiques* » des patient·es, qui espèrent une perte de poids conséquente en venant dans le service :

> « *Y'en a qui ont pas du tout d'attente, et y'en a qui ont des attentes magiques. Sauf que nous, on doit faire face aux attentes des patients et à ce qu'on est en capacité de faire.* »
>
> Psychologue A.

Calmer les velléités de minceur des patient·es passe par le fait de réorienter ce qui compte dans le domaine de la santé, et faire du poids un indicateur à abandonner au profit de paramètres de santé moins visibles, comme la glycémie, la lipidémie, l'autonomie physique, etc[207].

> La patiente évoque en consultation sa perte de poids récente : « *C'est bien quand même !* ». Le Dr. A est sceptique : « V*os douleurs, le diabète, on sait pas où ça en est* [parce qu'elle n'a pas fait ses analyses]. *C'est pas toujours bien de perdre du poids !* ».
>
> Observation de consultation médicale, Éléonore, 57 ans, classes populaires, septembre 2023.

Ce qui compte pour les soignant·es relève du caché, de ce qui ne peut être approché que par des analyses, qui disent le vrai sur le corps des patient·es (Foucault 2009). Les manquements au travail de patient empêchent alors le professionnel de mener à bien son travail : il n'a pas la maitrise sur les paramètres, masqués, qui comptent pour lui. L'intérêt des soignant·es de l'obésité se porte donc sur d'autres dimensions que le poids :

> « *OK, et là, l'objectif c'est toujours de perdre du poids ?*
>
> *Bah ils veulent pas ! Ce matin j'étais passé un DEXA, voilà, alors je sais pas ce qu'il en est, ils m'ont rien dit. Parce qu'ils m'ont dit "si vous perdez, vous allez perdre de la graisse, mais vous allez perdre aussi des muscles !". Mais j'ai quand même perdu parce que j'étais rendue à 98 kilos, hein ! Et là, j'en fais 85, hein.* »
>
> Ghislaine, 71 ans, assistante maternelle, sans diplôme.

[206] Dans la division professionnelle du travail de soin, les plus légitimes à évoquer la question du poids sont les médecins, même s'ils et elles ne sont pas les seul·es à s'en occuper.
[207] Ce travail est d'autant plus facile à réaliser que les individus viennent d'eux-mêmes dans le service, dans une optique préventive, à savoir les femmes et les membres des classes moyennes et supérieures (cf. Chapitre 3).

Ghislaine est un exemple concret de réorientation d'un objectif de perte de poids, qu'elle avait en venant dans le service, vers un objectif d'autonomie physique que permet le maintien de la masse musculaire. Les outils de mesure de pointe utilisés dans le service ont ici leur importance : la DEXA[208] permet pour chaque patient·e, lors des bilans en HDJ, d'estimer précisément le pourcentage de masse grasse et de masse musculaire, et la dépense énergétique de repos. Si tous les individus sont concernés par l'impératif de limiter la perte de masse musculaire, et donc d'éviter de perdre « trop » de poids, les plus âgés sont particulièrement visés, en ce que l'avancée en âge amène naturellement une perte de masse musculaire (sarcopénie).

Les professionnel·les font face à des attentes sociales et politiques fortes les incitant à faire maigrir les patient·es, et qui transparaissent dans les désirs de ces dernier·ères à l'arrivée dans le service. Contrairement à bien d'autres domaines de la santé, la médecine de l'obésité se base moins sur une construction de promesses que sur une modification à la baisse des attentes. Conduit·es à espérer que le service, réputé, puisse les faire maigrir de manière substantielle, une grande partie des patient·es voient leurs attentes diminuées, ou plutôt réorientées vers d'autres domaines. Une partie de la littérature sociologique se penche sur la construction par le corps médical de promesses, notamment liées à l'amélioration de capacités physiques ou intellectuelles diverses (Dalgalarrondo et Fournier 2022). Notre cas est pour ainsi dire opposé, puisque les professionnel·les du service s'attachent à déconstruire une promesse sociale et politique (de type « vous pouvez maigrir en étant pris en charge »), que la médecine a, par le passé, contribué à produire[209]. Cela passe dans les interactions par un travail de valorisation de la stabilité ou des petites pertes, jugées plus souhaitables que les pertes importantes :

> En consultation, le Dr. A pèse la patiente. Elle fait exactement le même poids que la dernière fois. La patiente réagit, visiblement déçue : « *quand même j'ai fait du sport et tout* ». Le Dr. A : « *Le poids n'est pas un bon indicateur* ». Elle a l'objectif de perdre les dix kilos qui ont été pris pendant le confinement. Le Dr. A la recadre en lui disant que l'objectif n'est pas de perdre du poids, mais de ne pas en prendre.
>
> Observation de consultation médicale, Isabelle, 55 ans, profession inconnue, septembre 2023.

L'usage du poids dans le quotidien des soignant·es peut paraitre très ambivalent. Ils ne cessent de le discréditer en tant qu'indicateur de santé, tout en l'utilisant à chaque consultation (Ruiz 2025). En réalité, le poids est un indicateur partiel, qui fonctionne en lien avec tous les autres paramètres de santé moins visibles que révèlent notamment les analyses sanguines. Le poids n'est pas totalement discrédité, il est remis en contexte et en système avec le fonctionnement hormonal et digestif, la composition corporelle, l'autonomie physique, voire le bien-être (cf. Encadré n°5). Trop perdre, c'est risquer de perdre de la masse musculaire, d'être carencé, ou tout simplement de tout reprendre, avec supplément. Mais le poids possède une valeur symbolique non négligeable qui pousse aussi à son utilisation courante :

[208] L'absorption bi-photonique par rayon X (*dual-energy X-ray absorptiometry*) est une méthode précise et fiable d'estimation de la composition corporelle en trois compartiments (masse osseuse, masse musculaire, masse grasse).

[209] Voir le chapitre 1 et les différentes thérapies mises en avant au cours du temps (médicaments détournés de leurs usages initiaux, chirurgie).

> Le chef de service me dit qu'il a réfléchi à quelque chose au sujet de la symbolique de la balance : « *parce que nous, on n'a pas de technique, c'est le moment fort. En plus on a une belle balance. On fait de la médecine à mains nues, donc la balance, c'est important. Même s'il n'y a pas que le poids, ce serait hypocrite de dire qu'on s'y intéresse pas* ».
>
> Discussion informelle avec le chef de service, septembre 2023.

Seul acte perçu comme technique dans une consultation standard, la pesée permet aux soignant·es de montrer une forme d'expertise : non seulement peser avec des outils précis, mais aussi être capable, avec l'œil de l'expert, de lire les données pondérales en rapport avec d'autres, et de mettre à distance un verdict naïf qui ne s'appuierait que sur la masse en kilogrammes pour définir la santé. Le regard des professionnel·les, qui englobe et dépasse les chiffres, est essentiel dans leur pratique et rappelle deux modes de construction d'une légitimité médicale repérés en médecine du sport : « l'expérience » et « la maitrise des outils » (Viaud 2015). Si l'activité des soignant·es repose largement sur des outils techniques, le jugement ne s'effectue pas uniquement sur la base des mesures produites. Cela revient à réaffirmer une expertise professionnelle sensible et intuitive, mais qui se construit par l'expérience du métier, et dépasse la simple compétence technique. Cette évaluation humaine permet au passage de ne pas faire reposer exclusivement la légitimité de leur action sur les outils de mesure, que tout un chacun peut maitriser, mais bien sur le suivi humain de ces professionnel·les des corps. En outre, la valorisation des petites pertes et d'une stabilisation du poids permet d'encourager les patient·es dans la poursuite de leur réforme des conduites de vie, en évitant de créer de fausses promesses[210].

Encadré n°5 : Les bonnes raisons de vouloir perdre du poids.

Comme l'a montré Gridaine (2022) dans son enquête, les professionnel·les de l'obésité orientent et classent les bonnes et mauvaises raisons de vouloir perdre du poids. Sur mon terrain, les moments les plus explicites de cette construction des bonnes raisons ont lieu pendant les réunions d'information au sujet de la chirurgie bariatrique, dans lesquelles une demi-douzaine de patient·es évoque leur désir de perte et acquiert des connaissances sur le parcours de soin lié à la chirurgie. Les « *demandes réalistes* » sont systématiquement celles qui touchent à la santé, comme la prévention du diabète et de maladies cardio-vasculaires, l'amélioration de la qualité de sommeil, la diminution de douleurs articulaires, etc. Les demandes qui ne concernent que l'esthétique sont disqualifiées et les patient·es sont amené·es à reformuler leur demande en intégrant les enjeux sanitaires.

Dans certains cas, les professionnel·les peuvent aller dans le sens des patient·es et accepter l'espoir d'une perte de poids importante. C'est le cas quand la perte de poids est une condition pour accéder dans le temps court à une meilleure santé. Quelques patient·es doivent par exemple perdre de la masse grasse abdominale pour accéder à une greffe de rein, ce qui

[210] Même dans le cas de traitements aux analogues du GLP-1 ou de chirurgie bariatrique, la perte de poids ne doit pas être trop rapide ou excessive, mais mesurée et jugée à l'aune des autres critères de santé.

implique une perte de poids conséquente et rapide. D'autres sont fortement limité·es au quotidien dans leur mobilité par leur poids, et en perdre leur permettrait d'améliorer leur autonomie, de réduire leurs douleurs et de s'engager dans des activités physiques plus régulières.

B. Convertir à la bonne sportivité médicale

Que font les professionnel·les du service pour que les patient·es adoptent une bonne sportivité médicale ? L'enjeu se situe véritablement dans une socialisation durable aux AP définies par leur bénéfice pour la santé dans le cas de l'obésité. En effet, l'énigme à laquelle sont confrontés les professionnel·les peut être résumée ainsi : comment faire pratiquer *à vie* ? Le cadrage de l'obésité comme une maladie chronique, que les patient·es doivent gérer davantage qu'espérer en guérir (Baszanger 1986), amène à placer les enjeux de la modification des habitudes de vie sur le temps long. Il est important de préciser d'entrée de jeu que tou·tes les patient·es ne sont pas confrontés à l'impératif de pratiquer des AP, mais que cela en concerne une partie importante : ceux et celles dont les professionnel·les jugent que leur alimentation est globalement structurée (les prises alimentaires sont séquencées en repas pris à intervalles relativement réguliers). Pour ces patient·es, ne pas pratiquer est considéré comme une « *erreur* », ce qu'ils et elles savent bien par ailleurs.

Les fonctions médicales de la pratique d'AP

La pratique d'AP est un sujet abordé de manière récurrente en consultation, de la part des médecins, des diététiciennes, de la psychologue et de l'EAPA.

> L'EAPA explicite ses objectifs au patient : « *l'idée c'est de se demander "comment je peux rajouter ces 5 min de marche par jour ?" Sans ça, si vous ne faites pas ce travail-là, vous allez reproduire ce que vous avez fait avec le Dr. M ! Et si vous êtes ici, c'est pour mettre quelque chose en place.* »
>
> Observation de consultation APA, Luc, 48 ans, agent de mairie, novembre 2023.

Il ne s'agit pas de contraindre les patient·es à pratiquer, mais d'enclencher une pratique autonome et durable, par une rhétorique responsabilisante, comme on peut le voir dans l'extrait précédent. La première étape consiste à convaincre les non-pratiquant·es qu'ils peuvent devenir pratiquant·es.

> L'EAPA m'explique son objectif vis-à-vis des patients, à savoir faire découvrir l'AP et les faire sortir d'une crainte que ce n'est pas accessible, que ce n'est pas pour eux. Il y a un objectif de « *démystifier* » la pratique. L'objectif à plus long terme, c'est que les patients s'achètent du matériel ou aillent dans une salle de sport et prennent un abonnement, mais qu'ils ne soient pas livrés à eux-mêmes pour faire une activité physique.
>
> Discussion informelle avec l'EAPA, novembre 2023.

« *Démystifier* » la pratique consiste à opérer un travail de changement de représentation sur ce que recouvrent les AP et les personnes légitimes à les pratiquer. Le second objectif concerne le maintien dans la durée de la pratique. Les soignant·es ont conscience de la difficulté à pallier

une lassitude à la pratique d'AP, par une socialisation secondaire durable. Comme le dit l'EAPA à une patiente, « *l'important c'est d'avoir un nouveau comportement et de le reproduire pour l'inscrire dans le quotidien, pour que les résistances s'amenuisent et que ça devienne une habitude* ». Une des manières de rendre la pratique durable est d'insister sur sa modération.

> L'EAPA explique à la patiente : « *je vais faire un parallèle entre l'activité physique et l'alimentation : si on contrôle trop, après on risque de tout lâcher*. » Il préfère qu'elle fasse peu d'AP, mais régulièrement.
>
> Observation de consultation APA, Chantal, 73 ans, profession inconnue, octobre 2023.

Insérer la pratique d'AP dans un mode de vie se fait étape par étape, et il n'est pas rare que les professionnel·les calment les velléités de pratique intense. Cette modération relève d'une double nécessité : éviter aux patient·es de se blesser, et éviter aux patient·es de « *craquer* » et de ne pas persévérer. Cela implique de les convaincre que ce « petit » effort a déjà des effets bénéfiques sur la santé, qui sont explicités. Mais avant de construire l'impératif de la pratique, les soignant·es s'acharnent à déconstruire un présupposé que véhiculent la quasi-totalité des patient·es en arrivant, selon lequel la pratique d'AP permettrait une perte de poids effective. En résonance avec la construction d'un objectif sanitaire dissocié de la perte de poids, les professionnel·les redéfinissent les profits que l'on peut attendre d'une pratique régulière[211].

> L'EAPA demande à la patiente de décrire ses attentes au niveau du sport. Elle répond qu'elle souhaite maigrir. « *Si je vous dis que toutes les études...* » interrompu par la patiente : « *me dites pas que les études montrent que ça fait pas maigrir, parce que sinon j'arrête tout de suite* ». Visiblement, c'était exactement ce qu'allait dire l'EAPA, comme à chaque consultation. Il préfère dire que, pour des résultats, c'est 2/3 de l'alimentation et 1/3 d'activité physique. Il ajoute que si toute sa motivation est dans le fait de maigrir, ça va être compliqué. « *Les études montrent que ça fait pas perdre de poids.* » Elle est visiblement très déçue.
>
> Observation de consultation APA, Élodie, 36 ans, comptable, novembre 2023.

Les fonctions attendues de l'AP par les patient·es à leur arrivée ne sont que rarement alignées avec les fonctions de l'AP selon les professionnel·les. Dans cet extrait, on voit la socialisation en train de se faire chez une nouvelle patiente, qui découvre (et « tombe de haut ») qu'il ne faut pas attendre de perte de poids avec la pratique d'AP. La socialisation du service s'oppose à cette représentation très ancrée : l'EAPA insiste à plusieurs reprises, pour être certain que le message ait été entendu et compris, vu les espoirs de la patiente. Il ne suffit pas seulement de pratiquer des AP, il faut le faire pour des profits sanitaires « réalistes », qui ne concernent pas directement le poids.

Comme pour la perte de poids, le travail des professionnel·les consiste alors à revaloriser certaines fonctions de l'AP, comme le bien-être, la santé physique et mentale, la mobilité ou la conservation de masse musculaire. En filigrane, on peut observer que la pratique d'une AP possède une autre fonction, explicitée ici par un aide-soignant lors d'une réunion d'information sur la chirurgie bariatrique :

[211] Nous verrons au chapitre suivant ce qui fait que, selon les cas, certains patient·es mettent plus ou moins de temps à intégrer cette idée.

> Lors d'une réunion d'information sur la chirurgie, l'aide-soignant intervient pour parler d'activité physique : « *faire de l'activité physique vous permet de nous montrer votre motivation. Avec votre amplitude, même si c'est que cinq minutes* ».
>
> Observation de réunion d'information sur la chirurgie, février 2024.

L'aide-soignant explicite un point clef : la pratique d'AP a une fonction médicale (améliorer la santé), mais aussi une fonction morale vis-à-vis des soignant·es. Montrer son investissement et sa motivation à participer au parcours de soin est essentiel, nous le verrons par la suite, et peut être réalisé par la pratique d'AP (et surtout par le fait de pouvoir dire en consultation que l'on pratique effectivement), même en faible quantité. Le fait que ce soit un aide-soignant qui explicite ce point n'est sans doute pas un hasard : disposant d'un capital culturel plus faible que les autres soignant·es, et proche corporellement[212] des patient·es, il est amené à penser l'accès à certains soins, ici une chirurgie, comme quelque chose à mériter par ses efforts davantage que par rapport à des critères purement médicaux.

Que se passe-t-il lorsque les patient·es résistent à l'adoption d'une pratique régulière d'AP ? La logique médicale consiste à considérer qu'il n'y a pas de bonnes excuses au fait de ne pas pratiquer les AP recommandées. La non-pratique est ramenée en dernière instance à un choix individuel, une affaire d'implication dans le soin, de motivation :

> Lors d'une réunion staff, une chercheuse en STAPS fait une présentation sur les freins à la pratique d'AP chez les personnes obèses, et les leviers à actionner pour faire pratiquer. En présentant les différents motifs invoqués par les individus au sujet d'une absence de pratique, elle commente : « *il faut pas le dire aux patients, mais le manque de temps, c'est une fausse barrière. C'est un choix personnel* ». La chercheuse propose des solutions pour pratiquer dans les cas où le patient mentionne un manque de temps : planifier ; faire des activités physiques le matin, évitant ainsi de les programmer le soir, puis de ne finalement pas les faire avec la fatigue de la journée ; programmer des activités physiques au quotidien moins longues, mais plus répétées.
>
> Observation de réunion staff, septembre 2023.

Le manque de temps est un motif de non-pratique particulièrement peu légitime aux yeux des soignant·es, qui y voient simplement l'expression d'un manque de motivation ou d'organisation personnelle[213]. Plus généralement, les soignant·es développent explicitement un ensemble de parades argumentatives visant à contrer toutes les « excuses » que peuvent avancer les patient·es. L'émergence de l'APA dans le secteur médical (Perrin 2016) porte comme idée le fait qu'il n'existe aucun cas individuel qui empêche complètement la pratique d'AP, et qu'il y aura toujours une solution pour faire pratiquer.

Parmi ces solutions, il y a par exemple l'appui sur des « *aidant·es* », c'est-à-dire des proches des patient·es qui peuvent les aider à pratiquer. Plus globalement, les soignant·es partent du patient, de ses goûts et de ses habitudes pour trouver des leviers à la pratique d'AP (« *Vous marchez alors ! Il faut racheter un chien absolument* », dit en consultation le Dr. A à Thierry, 60 ans, ancien cuisinier, qui promenait son chien deux fois par jour avant qu'il ne meure). Les

[212] C'est un des rares soignant·es à être visuellement gros.
[213] Jugement qui peut paraitre paradoxal émanant de professionnel·les rappelant régulièrement leur propre manque de temps.

possibilités économiques des patient·es sont également prises en compte. L'EAPA, lorsqu'il oriente un·e patient·e vers un dispositif d'AP ou d'APA, se renseigne systématiquement sur le coût et sur les possibilités de prise en charge par une mutuelle.

Les professionnel·les sont toutefois limité·es dans leur adaptation aux patient·es par leur définition de ce qu'est la bonne sportivité médicale. Cette définition trace une ligne de partage entre les « bonnes » activités, celles qui méritent d'être pratiquées par leurs bénéfices variés, et les « mauvaises », à éviter :

> L'EAPA questionne la patiente : « *Qu'est-ce qui pourrait vous intéresser pour sortir ?* ». Elle évoque une chorale ou des jeux de société. Elle décrit aussi les activités qui lui plairaient mais qu'elle ne peut plus faire, comme de l'escalade, du rafting, de la spéléo ou de l'accro branche, qu'elle a pratiqué plus jeune. L'EAPA réagit et lui confirme qu'elle ne pourrait pas faire ce genre d'activités.
>
> Observation de consultation APA, Fanny, 37 ans, informaticienne, décembre 2023.

L'escalade, le rafting ou la spéléologie sont d'emblée discrédités par l'EAPA comme des activités non-adaptées, qualifiées « *d'extrêmes* », et donc exclues de la définition de la « bonne » sportivité médicale. Le verdict médical fait exister une réalité en catégorisant parfois explicitement les activités de bonnes ou mauvaises, adaptées ou non (cf. Encadré n°6). Plus globalement, il apparait une dévalorisation des activités qui présentent de près ou de loin un risque pour l'intégrité physique, ou qui se basent sur une logique qui entraine une faible écoute des sensations corporelles (au profit d'un jeu ou d'un enjeu) :

> L'EAPA dit à la patiente Aude (36 ans, gestionnaire de paye) que c'est intéressant de commencer l'AP seule pour « *prendre des repères sensoriels* », avant d'éventuellement, sur le temps du week-end, envisager un cours collectif quand elle se connaitra mieux, pour être capable de réagir aux signaux de douleur et d'adapter sa pratique. Pour le professionnel, le risque est d'être « *pris dans le groupe* » et « *ne plus s'écouter* ». Il lui propose également du tai chi, du qi gong ou des activités douces. Elle semble dubitative et lui répond que ces activités ne l'intéressent pas vraiment, puisqu'elle veut surtout être en forme pour faire du krav-maga. Il est étonné, et lui dit qu'il faut d'abord commencer doucement par les activités qu'il lui a décrites, et éventuellement se revoir dans deux ans, pour « *mettre en place des choses petit à petit* ». Il ajoute : « *c'est pas une activité, pour moi, qui est adaptée pour le moment. Mais encore une fois tout dépend de comment c'est fait*. » C'est, selon lui, « *beaucoup beaucoup beaucoup trop tôt. Il faut une certaine capacité physique* [pour faire du krav-maga] ». Aude : « *C'est mon but à terme, pas dans l'immédiat* ». L'EAPA lui demande ce qui fait qu'elle est attirée par cette activité en particulier. Elle répond qu'elle ne sait pas exactement, que c'est un sport de combat qui lui ressemble, qui est dynamique. Il conclut le rendez-vous en insistant : « *Mais nos goûts et nos couleurs, ils changent. Donc, il faut se requestionner, parce que les solutions elles peuvent changer* ».
>
> Observation de consultation APA en hôpital de jour, décembre 2023.

Cet extrait est intéressant sur plusieurs aspects. On voit tout d'abord le travail effectué par l'enseignant APA pour faire comprendre à la patiente ce que recouvre la bonne sportivité, à savoir des activités douces qui permettent de prendre « *des repères sensoriels* », telles que le tai-chi ou le qi-gong plutôt que le krav-maga. Le krav-maga est décrit comme une activité trop intense, qui ne serait pas adaptée à la patiente. La suite de cet extrait nous montre comment le professionnel anticipe la socialisation qui peut se produire dans le parcours de soin, au point

de changer les goûts pour l'AP de la patiente, et pour lui faire comprendre que son attrait pour le krav-maga pourra disparaitre (ce qui serait visiblement souhaitable pour lui).

Encadré n°6 : Ne pas faire pratiquer.

Dans un cas, rencontré alors que je suivais l'EAPA, une patiente (Joëlle, 68 ans, ancienne agente d'accueil d'un établissement scolaire) se voit conseillée, non pas de pratiquer une AP, mais au contraire de s'assoir et ne rien faire. Elle annonce dès le début de la consultation qu'elle souhaite avoir un moment à elle, pour être seule, puisqu'à ce moment, son fils vit avec elle et que la cohabitation se passe mal (« *les hommes sont machos et tout ça* »). Assumant l'entièreté des tâches domestiques, et en conflit avec son fils, elle recherche « *un moment de liberté* ». L'EAPA abonde en son sens et lui propose de chercher avec elle des moyens d'être seule, pour « *s'assoir quinze minutes et ne rien faire* ». Constatant le climat peu favorable du domicile de la patiente, il lui propose de trouver une activité associative proche de chez elle, qu'elle soit sportive ou non. Paradoxalement, l'EAPA en vient à lui proposer des activités très éloignées de la bonne sportivité médicale (comme la lecture, par exemple), considérant comme contre-productif le fait de l'amener à pratiquer des activités qu'elle n'apprécie pas. L'amélioration de la santé mentale de la patiente et son bien-être, par la fuite d'un quotidien contraint, passe dans ce cas précis avant la pratique d'AP. Avec cette patiente, sa pratique se rapproche de ce que préconise le GROS en termes d'AP, à savoir des activités extrêmement variées ayant pour objectif principal l'accroissement du bien-être individuel (Merlaud et Terral 2016).

Plus généralement, ce qui est sanctionné en termes d'AP, ce sont les écarts au modèle de bonne sportivité médicale. Un type particulier de socialisation sportive apparait : tendre vers une référence de pratique faite de manière autonome, pour la santé, centrée sur les sensations internes au corps, dans des activités ayant pour finalité principale le mouvement lui-même et avec peu d'incertitude ou d'enjeu.

Le discrédit de certaines activités a pour pendant une revalorisation des activités de la bonne sportivité médicale. Nous avons bien vu au chapitre 2 en quoi ces activités sont genrées et classées, ce qui fait de la socialisation sportive dans le service une socialisation de genre et de classe :

> L'EAPA propose au patient de venir au cours du circuit training, « *tout doucement, sécurisé* ». Le patient nous dit qu'il avait déjà essayé l'aquagym et qu'au début, il était un peu réticent : « *ça faisait un peu fiotte, mais en fait, quand j'ai essayé, ça m'a bien réussi.* » Il a notamment apprécié le fait que « *plus on force, plus c'est compliqué*. »
>
> Observation de consultation APA, Anton, 52 ans, sans activité, novembre 2023.

Les activités qui « *font fiottes* » pour certains patients sont revalorisées. C'est le cas aussi pour tai-shi et le qi-gong (cf. Encadré n°7), deux activités peu connues des patients qui se voient attribuer des qualités positives par les soignant·es (« *se recentrer sur soi* »). Or, les profits décrits dans ces activités, en termes de sensations, sont ceux que recherchent une partie des membres des classes moyennes et supérieures dans leurs pratiques (Garcia et al. 2023 ;

Vandebroeck 2016). Cela revient à attribuer de nouvelles valeurs médicales à des activités qui ne sont pas neutres socialement.

Socialiser à l'auto-régulation par les sensations

La revalorisation de la pratique d'AP s'effectue également du côté des sensations qu'elle implique. Une des tâches qu'exerce l'enseignant en APA consiste à créer chez les patient·es de nouvelles catégories de perception de la fatigue :

> L'EAPA dit au patient que l'important consiste à voir quel effet la marche va avoir sur sa fatigue, si elle la diminue, l'augmente ou ajoute un autre type de fatigue. Il y a également l'intensité à prendre en compte, et ce n'est pas pareil de marcher vite et de marcher à son rythme. Ça aurait une répercussion sur la fatigue. Dans un premier temps, il lui conseille de privilégier le plat, de ne pas être essoufflé, ce qui permet de faire accepter la marche.
>
> Observation consultation APA, Luc, 48 ans, agent municipal, novembre 2023.
>
> La patiente évoque le fait qu'elle a une arthrose au genou. L'EAPA lui demande à quel moment elle a des douleurs. Elle nous dit qu'elle est vendeuse en boulangerie et qu'elle est debout sept à huit heures par jour, ce qui lui provoque des jambes raides et lourdes. Il lui demande de se situer sur une échelle de fatigue de 0 à 10 à la fin d'une journée de travail. Elle nous dit qu'elle est à 5. L'EAPA lui demande de préciser ce chiffre, si c'est de la fatigue physique ou de la fatigue psychique.
>
> Observation de consultation APA, Sidonie, 44 ans, vendeuse en boulangerie, novembre 2023.

Lors des consultations, l'EAPA fait exister de nouvelles façons de penser la fatigue induite par la pratique d'AP, en faisant cotter aux patient·es, sur une échelle de 0 à 10[214], la fatigue ressentie à plusieurs moments de la journée. Pratiquer des AP produirait une fatigue physique spécifique, dissociée de la fatigue psychique ressentie, par exemple après une journée de travail. Apprendre à distinguer des types de fatigue et à les associer aux activités qui les induisent constitue une tentative de socialisation somatique spécifique, et permet aux professionnel·les du service d'aller contre l'idée reçue selon laquelle pratiquer des AP augmente la fatigue perçue. Ce type de travail sur les patient·es est vu comme nécessaire dans la mesure où cette idée reçue peut être un frein à la pratique chez des patient·es aux contraintes familiales et professionnelles épuisantes. Les professionnel·les visent ainsi à sensibiliser les patient·es à un usage somatique de l'AP qu'on peut retrouver notamment chez les pratiquant·es de yoga, à savoir pratiquer des AP dans le but de compenser un stress ou une fatigue induits par des conditions de travail, productif ou reproductif (Garcia et al. 2023).

Le travail sur la fatigue, mais aussi sur la douleur, se poursuit lors des consultations de l'EAPA par un exercice de marche de quelques minutes dans lequel les patient·es qui mentionnent des douleurs sont incité·es à cotter toutes les trente secondes leurs fatigues et douleurs sur une échelle de 0 (aucune fatigue ou douleur) à 10 (fatigue ou douleur maximum), et à expliciter leur origine. Ce type d'exercice vise à affiner les perceptions des patient·es, et leur faire prendre conscience de la possibilité de marcher à rythme lent sans douleur ou fatigue.

[214] 0 : aucune fatigue ; 10 : fatigue maximum.

Encadré n°7 : L'APA dans le service.

Le service n'a pas assez de ressources économiques pour engager tous les intervenants en APA, et fait donc venir des associations en partenariat subventionné par l'ARS. L'EAPA contractuel du service coordonne l'APA au sein du service, mais ne l'effectue pas lui-même. Il participe au recrutement des intervenant·es, sélectionné·es selon leurs capacités empathiques et d'adaptation des activités à l'obésité. Plusieurs créneaux de pratique sont ouverts aux patient·es en soirée, gratuitement pendant un an : circuit-training, musculation, gymnastique, tai-shi, qi-gong et randonnée pédestre. Il existe ainsi une certaine variété dans ce qui est proposé, du fait des activités supports ou de la culture professionnelle des encadrant·es. L'objectif est de familiariser les patient·es à des activités qu'ils et elles pourront faire proche de leur domicile, dans des associations, maisons de sport-santé ou en autonomie. Deux salles sont dédiées aux APA. La première est une salle de musculation avec divers appareils dans laquelle se déroule la musculation / circuit-training, la seconde est une salle vide où se tiennent les cours de tai-chi, qi-gong et gymnastique assise.

L'importance d'un travail sur les sensations réside dans le fait d'en faire un outil d'autonomisation dans la pratique. Comme le dit régulièrement l'EAPA, les patient·es doivent « *moduler leur activité en fonction de* [leurs] *ressentis* » et être « *dans la finesse des ressentis pour adapter les choses* ». Dans la même logique, qui associe une capacité langagière à exprimer des perceptions avec une capacité à les utiliser pour ajuster son activité, la façon dont les patient·es parlent de leurs sensations dans les AP lui permet d'estimer leur degré d'autonomie dans la pratique. Les séances d'APA menées dans le service sont une occasion pratique d'apprendre à cotter ses perceptions pour les associer à des types d'exercices ou de séances :

> Début de séance, l'encadrant demande à chacun, sur une échelle de 0 à 10, sa fatigue actuelle. Il nous dit que si tout le monde est fatigué, la séance sera « *tranquille* ».
>
> Observation participante, séance de circuit-training, janvier 2024.

Par son explicitation, l'EAPA révèle la nécessité d'adapter un contenu de séance avec un état de fatigue. Mais cet apprentissage se fait aussi par corps, puisque les pratiquant·es vivent ensuite les exercices de la séance, moins nombreux et exigeants qu'à l'accoutumée, comme la résultante de la verbalisation de leur perception. Ce type de fonctionnement est repris dans toutes les séances d'APA dans la mesure où les patient·s doivent, par leurs ressentis, moduler la difficulté de l'exercice à réaliser en choisissant la modalité adaptée. Les participant·es sont invités à adapter et choisir leur propre rythme et leur propre amplitude de mouvements selon leurs sensations.

À terme, l'objectif est que les patient·es puissent pratiquer à l'envie, de manière autonome. Dans le cas de la musculation / circuit-training, cela implique de pouvoir décider des charges à utiliser.

> L'EAPA demande à deux pratiquantes si elles savent les poids qu'elles doivent mettre. La première répond qu'elle ne sait pas, et qu'elle va faire par essai-erreur. Il en profite pour dire à

> tout le monde qu'il est préférable de se souvenir de ses poids d'une séance à l'autre, pour mettre la charge adéquate.
>
> Observation participante, circuit training, janvier 2024.

Ce qui parait être un enjeu assez important pour l'encadrant, connaitre les poids à appliquer aux machines, ne l'est pas forcément pour les patient·es, pour qui il s'agit surtout de pratiquer, peu importe la charge. La sensibilisation à l'importance des charges se retrouve régulièrement, et implique à la fois un usage des sensations de douleurs et un recours à l'écrit :

> Les consignes sont de faire 4 séries de 12 répétitions sur les trois machines de musculation qu'il y a dans la salle. Nous sommes en binôme et nous alternons avec notre binôme. Je suis avec Béatrice et nous commençons par la machine de tirage. Lors de sa première série, l'EAPA lui demande si elle a choisi le bon poids et lui demande à combien elle se situe sur une échelle de 0 à 10 au niveau du ressenti de la douleur musculaire. Elle dit qu'elle est autour de 5. Il en conclut qu'elle n'a pas mis assez de poids, puisque normalement elle devrait être à 8 sur les dernières répétitions. Il le redira aux deux autres participants, pour qu'ils se situent davantage au niveau des poids, et ajoutera qu'il leur a déjà dit de noter sur un papier le poids qui correspond à ce ressenti pour la séance suivante.
>
> À la fin de la séance, l'EAPA rappelle que c'est important de noter son poids pour s'en souvenir. Il demande à Béatrice, par exemple, les poids qu'elle a mis lors de la séance du jour.
>
> Observation participante circuit-training, novembre 2023.

L'EAPA mobilise un algorithme décisionnel basé sur les sensations de douleurs musculaires ressenties pendant l'effort afin d'adapter la charge. Cette approche visant à utiliser les perceptions est partagée par les différent·es intervenant·es. En consultation, l'EAPA rappelle souvent aux patient·es qu'il faut « *adapter en fonction de ce que dit le muscle, du ressenti* ». À un certain usage de sensation objectivée pour faire un exercice efficace s'ajoute un usage de l'écrit pour garder des traces de séance en séance. L'efficacité de l'exercice est déterminée par une juste mesure : une difficulté significative mais pas excessive, au risque d'une blessure ou de dégoûter le pratiquant. La pratique d'AP prend ainsi une forme rationalisée, non pas pour viser la performance (comme dans la pratique de haut-niveau), mais pour faire en sorte que les patient·es puissent réutiliser ces formes de rationalité en autonomie. En pratique, cette socialisation somatique prend du temps, notamment parce qu'il est nécessaire de préciser ce à quoi renvoie exactement « la douleur » :

> L'encadrant s'occupe des deux hommes. Il leur explique comment utiliser la machine de tirage et leur dit que pour le poids, il faut être sur un ressenti de 7/10 de difficulté lors des dernières répétitions, indiquant que le poids est idéal. Il les regarde faire et leur demande de donner leur ressenti. Le premier dit que c'est surtout après qu'on sent les douleurs. L'encadrant confirme en disant que c'est effectivement le lendemain qu'on a des courbatures, mais que sur le moment, on ressent normalement une douleur du « *muscle qui travaille* ».
>
> Observation participante, circuit-training, décembre 2023.

On voit dans cet extrait la confusion que peut produire l'usage du terme « douleur ». Pour le patient, la douleur associée à la pratique d'AP est une courbature qui ne survient que plusieurs heures ou jours après avoir réalisé une activité, tandis que pour l'EAPA, la douleur qu'il est important de prendre en compte est celle ressentie au moment même de la pratique. Un double travail somatique est à l'œuvre ici : distinguer « la douleur » en deux ensembles

temporellement et somatiquement distincts, et accorder davantage d'importance à celle qui est immédiate en ce qu'elle permet d'adapter la pratique.

Certaines activités exacerbent l'attention portée au corps sur le moment de la pratique. C'est le cas du tai-chi et du qi-gong, deux activités gymniques d'origine chinoise. Ces deux pratiques sont organisées de telle sorte à ce que les pratiquant·es se concentrent sur leur corps, leur position dans l'espace (pour le tai-chi) ou « l'énergie » ressentie (pour le qi-gong). Il s'agit dans les deux cas de penser son corps seul, en dehors d'une action ou d'une fonction sur le monde extérieur.

> À chaque exercice, il y a une insistance sur le fait de se focaliser sur des sensations, de « *ressentir les choses* », de ressentir l'énergie, de ressentir le relâchement. Par exemple, dans un exercice qui consiste à faire un mouvement de vague, l'encadrante insiste sur le fait de se représenter le fait de toucher une matière qui bouge en même temps que les mains. Dans un autre exercice, consistant à récupérer l'énergie qui nous entoure avec les bras pour l'amener vers le ventre, elle nous demande d'imaginer que l'énergie qu'on récupère circule jusque dans les reins.
>
> Observation participante, qi-gong, octobre 2023.

L'insistance portée sur les sensations du corps en mouvement fait du tai-chi et du qi-gong des activités propices à la verbalisation et à l'usage de métaphores ou de représentations imagées. Contre une opposition entre activités corporelles et activités de l'esprit, ces pratiques corporelles sont le support d'enjeux cognitifs importants :

> On commence par un échauffement articulaire avec des petits mouvements et des postures. L'encadrant nous invite à imaginer un fil qui nous tire vers le haut et nous ancre dans le sol, permettant d'ouvrir la cage thoracique. Dans l'enchainement qui suit, l'encadrant effectue les gestes dans le même sens que nous, et commente les mouvements à effectuer selon deux repères : droite et gauche et des indications de direction comme une horloge (ex. : « *la jambe droite se lève et se place à 3h* »). Il donne également le nom de chaque mouvement (« *le commencement* », « *le fouet* », etc.) et donne les explications des mouvements par rapport au combat qu'ils sont censés représenter (ex. : un mouvement complet d'antépulsion de l'épaule, bras en extension, c'est « *trancher un ennemi* »).
>
> Observation participante, tai-chi, janvier 2024.
>
> L'échauffement consiste à faire des mouvements avec les poignets et les bras, comme si on se débarrassait d'un liquide. L'encadrante l'explique comme étant une manière de chasser des énergies négatives, ou les problèmes qu'on traînerait avec nous dans la journée, pour les laisser dans le couloir ou les envoyer par la fenêtre, avec ce mouvement d'éjection des mains. Le cours serait selon elle une sorte de sanctuaire hors du temps, de pause dans un rythme quotidien conçu comme négatif. Un autre moment de l'échauffement consiste à se frotter les yeux avec les mains. Elle précise que ça permet aux yeux de se reposer et de récupérer des « *écrans qui harcèlent les yeux toute la journée* ».
>
> Observation participante, qi-gong, octobre 2023

Les gestes, lents, ne sont pas faits pour eux-mêmes, ni pour ce qu'ils provoquent, mais pour ce qu'ils symbolisent. Ces AP sont liées à des savoirs et un socle de connaissances fait de métaphores, et pensées, comme on l'a vu plus haut au sujet d'une pratique plus générale, comme des moyens de gérer un stress et de compenser des effets néfastes de modes de vie.

Pour qui, sociologiquement parlant, est faite cette socialisation particulière à l'AP ? Dans la mesure où on y retrouve une forte attention aux sensations corporelles verbalisées et à l'intériorité, un usage compensatoire et individuel d'un mode de vie vu comme corrupteur, et des formes de réflexivités sur la pratique importantes, on peut supposer une adéquation aux dispositions des membres des classes moyennes et supérieures (Boltanski 1971 ; Bourdieu 1979). C'est par exemple en haut à gauche de l'espace social que l'on retrouve une valorisation de la sensibilité et de l'écoute de soi dans les conceptions éducatives parentales (Bertrand, Mennesson, et Court 2014 ; Mennesson, Bertrand, et Court 2016) et dans la pratique d'AP comme le yoga (Garcia et al. 2023). La référence aux « *écrans qui harcèlent les yeux toute la journée* » est révélatrice d'une certaine vision des encadrant·es socialement située, en ce que les usages quotidiens et professionnels de l'informatique sont bien davantage présents parmi les professions intellectuelles et les classes dirigeantes que dans les professions ouvrières. Le chapitre suivant sera l'occasion d'explorer cette hypothèse, en se penchant sur les patient·es aux dispositions ajustées à ce mode de socialisation, ainsi que sur celles et ceux qui, au contraire, y résistent.

C. Retour à la « nature » : manger en pleine conscience

Du côté de l'alimentation, on retrouve également des modes de socialisation centrés sur les sensations. Nous l'avons vu au chapitre 2, le modèle de référence est une alimentation structurée par des prises alimentaires séquencées (des repas à heures régulières), régulées par les sensations de faim, rassasiement et satiété, et basées sur la référence du régime méditerranéen. Les « *régimes restrictifs* » sont alors proscrits, puisqu'ils ne permettent pas de suivre le principe d'une alimentation qui répond aux sensations de faim, qui seraient « *naturellement* » présentes, comme le répètent les diététiciennes en consultation[215]. Si la focalisation sur les sensations est importante, elle ne concerne que les patient·es qui ont une alimentation perçue comme structurée. Une fois cette étape réalisée, ce qui est le cas pour la grande majorité des patient·es dès leur arrivée dans le service, le modèle de référence d'alimentation « méditerranéenne » régulée par les sensations se fait étape par étape :

> La diététicienne A annonce son diagnostic au patient. Les plats tout faits peuvent être une solution. Elle lui explique ce qu'ils appellent un plat équilibré dans le service (protéines, féculents, légumes, un produit laitier, un fruit). La question est de savoir si le repas le rassasie jusqu'au suivant. Ce qui gêne le patient, c'est de ne pas faire lui-même tous les efforts. La diététicienne lui dit que, dans ce cas, il y a la possibilité de ne pas faire tous les jours les repas tout prêts. Elle lui conseille de cuisiner, de s'inspirer des recettes des plats qu'il achète. Elle lui conseille de mettre du goût, des épices. Avoir davantage de goût dans l'assiette permettrait de manger moins vite. Elle insiste sur l'importance d'y aller par palier, de ne pas cuisiner tous les jours au début. Une solution que le patient a déjà évoquée, c'est d'avoir des plats au congélateur qu'il peut ressortir facilement. « *Limitez le beurre de cuisson. En mettre moins et voir si ça diminue le plaisir, mais ne pas descendre en dessous pour garder du plaisir.* » Il risque autrement d'être frustré et de manger autre chose pour compenser.

[215] Une telle prise de position sur l'alimentation par les sensations et le rejet des régimes restrictifs est une manière, étayée scientifiquement (cf. Partie I), de se distinguer en tant que soignant·es de méthodes commerciales d'amincissement, en affirmant une expertise qui justifie le recours à l'institution (Bard 2019).

Observation consultation diététique, Serge, 55 ans, classes populaires, novembre 2023.

On voit ici la limite au fait de penser la socialisation dans le service comme étant la transmission d'un modèle unique à appliquer, puisque ce modèle cohabite avec une incitation à écouter ses désirs et sensations. L'ambivalence entre une norme constituée de pratiques définies et une norme d'adaptation individuelle des pratiques est résolue par le fait, pour les professionnel·les, d'accepter des compromis avec des cultures alimentaires moins légitimes, comme ici les « plats tout prêts ». Ces cultures sont malgré tout pensées comme transitoires et à abandonner à terme : accepter certaines pratiques ne veut pas dire les légitimer complètement.

À l'instar de l'AP, on retrouve un continuum de « bonnes » et de « mauvaises » pratiques alimentaires (Leszczak 2025), ces dernières étant relativement limitées (manger à horaires non réguliers, boire des sodas). Si les patient·es savent que les boissons sucrées, les frites ou les grignotages sont à éviter, ils et elles déconstruisent au contact des professionnel·les quelques « *fausses croyances* », comme le fait que les fruits augmentent la glycémie, qu'il faudrait sortir de table en ayant encore légèrement faim, ou encore que le petit-déjeuner serait un repas indispensable. Comme le répètent à l'envie les diététiciennes en consultation, « *la seule solution, c'est d'écouter vos sensations de faim et de rassasiement* ». Plus globalement, le message général que les patient·es doivent intégrer est qu'il n'existe (quasiment) pas d'interdits alimentaires :

> Elle me dit que leur conception de la diététique, c'est qu'il n'y a rien d'interdit, que c'est basé sur le plaisir, puisque s'interdire un aliment, c'est provoquer une restriction cognitive : ne pas être bien dans sa peau et risquer une décompensation. Le concept « *d'aliments interdits* », ici, ils n'aiment pas du tout.
>
> Elle me montre les divers documents qu'elle donne aux patients. Elle ne donne pas souvent les équivalences aliments/calories, puisque cela revient à normer l'alimentation. C'est plutôt pour les patients qui veulent se rassurer.
>
> Discussion avec la diététicienne D entre deux consultations, novembre 2023.

La transformation des pratiques alimentaires est pensée par le recours à des repères internes liés aux sensations, plutôt qu'à des repères externes, comme le décompte des calories ou la pesée des aliments. Il s'agit pour les professionnel·les d'éviter un comportement alimentaire repoussoir associé à la « *restriction cognitive* », le fait de restreindre volontairement son alimentation dans le but de perdre du poids, qui ne peut être maintenu dans le temps et amène ultérieurement à une « *décompensation* », un relâchement des contrôles mentaux et une alimentation excessive.

Le principe partagé par les professionnel·les du service est de manger en pleine conscience, en se servant des sensations de faim et de satiété comme des repères pour se réguler. Ces deux sensations sont vues comme naturellement présentes chez tous les individus (en tous cas pour les adultes) mais « *détraquées* », « *dénaturées* », « *perturbées* » chez les patient·es (Schlegel 2024). Il s'agit donc de les aider à « *retrouver* » ces sensations.

> Nous sortons de la salle de consultation. Je questionne la diététicienne A sur la pleine conscience. Elle me dit qu'elle a fait une formation il y a trois ou quatre ans là-dessus. Selon elle, cette méthode permet de se réconcilier avec l'alimentation. À force d'avoir eu des régimes restrictifs, les patients seraient complètement « *déstructurés* ». Elle me dit que nos rythmes de

vie ne correspondent pas à une alimentation saine, et ne nous permettent pas de prendre un temps important pour manger.

Discussion informelle avec la diététicienne A, décembre 2023.

Les soignant·es manifestent ainsi une certaine vision des patient·es, déstructuré·es, dont la nature des sensations a été pervertie par notre société, vision que l'on retrouve chez les individus fortement diplômés qui réduisent leur consommation de gluten (Wolff 2019). Le travail sur les sensations est présenté comme un palliatif face à des modes de vie délétères passés ou présents.

Fin de consultation, la diététicienne A pose son diagnostic : « *votre alimentation, elle est complètement perturbée, mais parce qu'elle a été perturbée pendant l'enfance. L'éducation nutritionnelle, ça a pas été ça*. » La patiente n'aurait « *pas de repères* ». Elle aurait été « *perturbée dès l'enfance* », puisqu'on l'a forcé à avoir une alimentation « *contre-nature* », « *pas à l'écoute de ses sensations* ». Il faudrait donc « *un suivi pour reprendre des repères sur les sensations* ». Elle ajoute, tant pour moi que pour la patiente : « *quand on inflige une restriction alimentaire à des enfants de 9-10 ans, ça laisse des traces*. » C'est quelque chose de « *traumatisant. Le corps a aussi une mémoire* ».

L'idée est donc de mettre en place un suivi diététique orienté sur le comportement alimentaire. « *Se reconnecter aux sensations alimentaires* », avec éventuellement un suivi psychologique spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire. « *Ne plus faire de journée sans manger* », ce qui permettrait d'éviter les faims extrêmes. Il s'agit de « *normaliser l'organisme* ».

Observation consultation diététique, Lise, 25 ans, intermittente du spectacle (technicienne), décembre 2023.

Le paradoxe apparent réside dans le fait qu'opérer un retour à un état de « nature » impliquerait un ensemble de techniques précises, qui passent par un vocabulaire adéquat et une distinction sémantique fine entre des sensations multiples. Les sensations sont ici conçues comme des messages directs et « naturels », une information objective, fiable et immuable des besoins du corps (Bard 2019). Le travail qui est fait réside alors dans la perception plus ou moins accrue de ces sensations, considérées comme fixes. Le double objectif sensoriel de ressentir la faim (savoir quand manger) et ressentir le rassasiement (savoir quand s'arrêter) passe à la fois par des conseils oraux et la distribution de documents.

Un ensemble de techniques est proposé afin d'aider les patient·es à ressentir la faim et le rassasiement, résumé dans ces tableaux (réalisés à partir des documents transmis aux patient·es et des conseils prodigués en consultation) :

Techniques de repérage de la faim	
Être attentif aux « signaux de la faim »	Manque d'énergie, difficulté à se concentrer
	Énervement inexpliqué
	Sensation de vide, de creux au niveau de l'estomac
	Gargouillement, crampes, douleurs au niveau de l'estomac

Ces signaux de la faim sont accompagnés d'une règle décisionnelle : si l'un de ces quatre signaux apparait, cela signifie que la faim est présente et qu'il faut manger. L'enjeu pour les patient·es est de repérer les premiers signes de la faim pour ne pas attendre trop avant de manger, au risque de « décompenser » et de manger plus que « nécessaire ».

Techniques de repérage du rassasiement	
Manger lentement	Respecter un temps de repas minimal (30 min pour un repas par exemple)
	Manger dans un environnement calme
	Utiliser d'autres sens : regarder l'assiette, sentir le plat
	Découper les aliments en petits morceaux
	Mastiquer lentement, faire circuler les aliments dans la bouche
	Essayer d'identifier les saveurs, la texture
	Suivre le rythme d'une personne qui mange spontanément lentement
	Si la ou les personnes qui mange(nt) avec vous ont aussi tendance à manger vite, motivez-les à faire comme vous (challenge)
	Utiliser votre autre main ou des baguettes ou des couverts d'enfants
	Utiliser des contenants plus petits
	Poser la fourchette entre 2 à 3 bouchées
	Si vous mangez vite parce que vous mangez seul(e), vous pouvez écouter la radio, de la musique ou regarder un écran mais sans focaliser votre attention sur ce que vous voyez et/ou entendez
	À chaque bouchée, recentrez-vous sur vos sensations alimentaires
Repérer les « signaux du rassasiement »	Plus de sensation de faim
	Plus l'envie de manger l'aliment qui est dans l'assiette [« rassasiement sensoriel spécifique »]
	Pas de sensation d'inconfort au niveau de l'estomac, se sentir juste bien
	Sentiment de satisfaction avec le repas
Auto-questionnement	1. Ai-je encore envie de manger ce plat ?
	2. Ai-je encore faim ?
	3. Suis-je rassasié(e) ?
	4. Serais-je frustré(e) si je ne finissais pas le repas ?

Les documents distribués précisent qu'il faut du temps pour modifier ses habitudes, confirmant notre constat que le service s'applique à fournir une socialisation secondaire étalée dans le temps. Il est proposé de se centrer d'abord sur les trois premières bouchées pour manger lentement, puis progressivement – à chaque repas – d'adopter cette attitude à l'ensemble du repas. Les signaux du rassasiement et l'auto-questionnement s'accompagnent d'un algorithme décisionnel (si... alors...) censé aider le patient à mieux identifier son rassasiement : si l'un des

signaux apparait ou si la réponse aux questions 1, 2 et 4 est non et oui à la question 3, alors il y a rassasiement et il faut s'arrêter de manger.

La gestion des « envies » de nourritures spécifiques hors des repas fait également l'objet d'un travail particulier, lors des consultations et au sein des documents distribués.

> La diététicienne explique à la patiente le principe de manger en pleine conscience pour satisfaire une « *envie* » spécifique, comme des gâteaux. Il faut mettre les gâteaux dans une assiette, se mettre en condition, et se dire que ça va faire du bien. Prendre des petits morceaux, les goûter et goûter les sensations de sucre. « *Les sensations que vous devez avoir, c'est entre la bouche et le cerveau. À chaque nouveau morceau, il faut se poser la question, "est-ce que j'en ai encore envie ?" Vous allez voir, au bout de quelques bouchées, l'envie va disparaitre. Il n'y a pas de besoin physiologique, mais ça veut pas dire qu'il faut pas y répondre*. »
>
> La diététicienne demande à la patiente si elle fait quelque chose en même temps qu'elle prend ses grignotages (la patiente regarde la télé) et lui conseille de ne rien faire d'autre en même temps pour se concentrer sur ses sensations. Elle ajoute qu'on peut mettre de la musique pour se détendre. L'idée, c'est qu'il ne faut pas qu'il y ait de frustration. « *Les envies, c'est pas un mal, tout le monde en a.* »
>
> Observation consultation diététique, Karine, 50 ans, classes populaires, novembre 2023.

Les diététiciennes insistent sur l'importance du repérage des sensations, afin que les patient·es puissent déterminer s'il s'agit d'une « *envie de grignoter* », d'une faim ou d'une « *envie compulsive liée aux émotions* ».

> Le patient dit à la Dr. B qu'il a moins faim. La Dr. B le questionne : « *Moins faim ou moins envie de manger ?* » Silence. « *Quelle différence vous faites ?* ». La Dr. B lui explique alors que la faim représente les signaux physiologiques, c'est-à-dire le ventre qui gargouille et ce genre de choses, tandis que l'envie de manger est psychologique.
>
> Observation consultation médicale, Jean-Paul, 59 ans, classes supérieures, octobre 2023.

Comme pour la fatigue et la douleur dans le cadre de la pratique d'AP, les soignant·es parviennent à faire exister de nouvelles perceptions corporelles en opérant un travail de distinction sémantique entre la faim et l'envie de manger, et en associant ces termes à des sensations corporelles distinctes. Ce travail se fait à la fois par interrogation, mais aussi par une sensibilisation à des exercices à reproduire pour déceler les différences entre faim et envie de manger. Quel que soit le type d'envie qui prime, les professionnel·les conseillent de la remplacer par une « *collation plaisir* », c'est-à-dire une prise alimentaire spécifique définie par un protocole précis fourni sur un document. Ce protocole s'accompagne d'une « *échelle d'évaluation du plaisir gustatif* » qui vise à objectiver les sensations perçues à chaque bouchée, afin de faire prendre conscience du moment où le fait de manger ne constitue plus un plaisir, instituant l'arrêt théorique de la prise alimentaire. Le rassasiement, lors des repas ou des envies, s'accompagne également d'un repérage corporel des sensations. Comme précisé dans le document relatif aux collations plaisir, le patient doit repérer que « *c'est la bouche et l'estomac qui n'en veulent plus, ce n'est pas la tête qui dit d'arrêter ou de continuer* ».

L'écoute attentive du corps véhiculée par ces méthodes semble s'opposer aux modes de consommation des classes populaires, dont les repas peuvent être plus fréquemment des moments de sociabilité déterminés par les horaires d'émissions de télévision (Masclet 2018).

Elles sont d'autant plus éloignées des modes de vie des individus du bas de l'espace social qu'elles impliquent d'être seul, dans le calme, sans penser à autre chose, sans devoir surveiller ses enfants ou faire n'importe quelle autre tâche (domestique) que s'alimenter. Les pratiques d'alimentation en pleine conscience exigent donc pour être appliquées des conditions quasi-expérimentales, détachées des obligations sociales ordinaires, dans des contextes propices à l'introspection somatique.

*
* *

Quel est le point commun entre les formes de socialisation décrites dans cette section ? L'importance forte accordée à la réflexivité y est centrale, pour penser la santé via des paramètres peu visibles, ou dans le futur, et pour distinguer des niveaux de sensations variés. Le service possède à ce titre une fonction performative, celle de faire exister chez les patient·es des catégories de perception de leur corps et de leur santé qui n'apparaissaient pas, ou pas totalement, auparavant. Les techniques utilisées pour socialiser les patient·es sont elles-mêmes basées sur des formes de réflexivité qui passent par l'objectivation et l'écrit.

Le travail mené dans le service consiste à perturber le « sens pratique » des patient·es, acquis de longue date, puisqu'il concerne leurs pratiques corporelles quotidiennes. Le mode de socialisation secondaire employé opère en s'efforçant de contrer un mode de fonctionnement automatique, et incorporé chez les patient·es, pour en faire des pratiques pensées, réfléchies, voire calculées. Ainsi, en plus d'être une socialisation située socialement par les pratiques concrètes visées (comme nous l'avons vu au chapitre 2), elle l'est doublement par les modalités, réflexives, *via* lesquelles ces pratiques sont effectuées. On peut conclure à une forme de socialisation volontaire, explicitement définie (les individus socialisateurs et socialisés ont conscience de leurs rôles respectifs), qui se fait par un mécanisme d'injonction à la pratique de la réflexivité. Ce qui montre bien, finalement, le peu d'intérêt analytique à distinguer une socialisation qui se ferait par le langage et l'injonction, et une autre par corps et par la pratique, puisque bien souvent, les injonctions sont des injonctions à effectuer telle ou telle pratique (Lignier 2023a).

Sommes-nous face à une « forme scolaire » de socialisation (Vincent, Lahire, et Thin 1994) ? Le fonctionnement concret du service, peu coercitif et étalé sur un temps long, nous incite à la prudence dans la comparaison à l'institution scolaire. Pour autant, la réflexivité, l'usage d'exercices non pour eux-mêmes mais pour un objectif éloigné dans le temps, et la rationalisation explicite, rappellent le mode de socialisation scolaire auquel les professionnel·les, par leur capital culturel, sont familiers.

Pour les besoins de la description, nous avons volontairement présenté la socialisation que mettent en place les professionnel·les de manière uniforme. Nous allons pourtant voir qu'elle peut être doublement différenciée, d'une part parce que tou·tes les patient·es ne vivent pas les

mêmes parcours de soin, et d'autre part parce qu'ils et elles ne s'approprient pas de la même manière cette socialisation en fonction de leurs dispositions préalables[216].

III. Différencier le soin : les catégories de l'entendement médical

La section précédente est une description homogène permettant de comprendre les différentes activités des professionnel·les et leurs objectifs. Mais, dans la réalité, tou·tes les patient·es ne traversent pas toutes les étapes décrites, et ne sont pas sujet·tes à toutes les dimensions du travail socialisateur. En considérant que chaque moment socialisateur est un bien de santé, qui accède à quel bien de santé ? Quelles ressources, en termes de temps, de traitements, d'implication des soignant·es, sont allouées à quel·les patient·es ?

Nous allons décrire dans cette section l'interaction soignant/soigné, afin d'être plus précis dans l'identification des processus de socialisation, qui ne sont pas homogènes d'un·e patient·e à l'autre. La focalisation sur l'interaction et ses conséquences sur les parcours de soin implique de mobiliser les modes de catégorisation des soignant·es, en ce qu'ils fondent les différenciations opérées dans le soin. Il s'agit de restituer le point de vue des professionnel·les pour comprendre les arbitrages et prises de décision entrainant des inégalités d'accès aux biens de santé disponibles (traitements, consultations, conseils, etc.). Restituer les modes de fonctionnement et de raisonnement des professionnel·les de santé n'a pas pour objectif d'individualiser et de personnaliser l'explication sociologique, mais au contraire, d'identifier des processus plus larges qui leur donnent forme[217]. Comment expliquer que les professionnel·les accordent des biens de santé différents aux patient·es ? Comment est-ce qu'ils et elles le justifient ?

Le paradoxe visible réside dans le fait que les soignant·es sont fortement investi·es, temporellement et émotionnellement, pour répondre au mieux à chaque cas et aider les patient·es, mais qu'un tri social objectif s'opère, donnant le plus de ressources médicales à certains individus. Deux éléments permettent d'expliquer le besoin d'opérer des discriminations entre les patient·es[218]. Le premier est lié à la nécessité d'adapter les soins aux cas individuels de chaque patient·e, impliquant de récolter des informations pour proposer les pistes thérapeutiques adéquates. Le second aux contraintes qui s'exercent dans une institution en crise, limitant le temps et les ressources à disposition des soignant·es, et impliquant une hiérarchisation des priorités, donc un tri entre les patient·es (Belorgey 2021). Ces deux contraintes, la première médicale, la seconde organisationnelle, jouent ensemble pour amener les professionnel·les à catégoriser les patient·es, puis leur distribuer les biens de santé de

[216] Nous traiterons ce dernier point au chapitre 5.

[217] « Le raisonnement sociologique porte sur des relations sociales, des rapports de pouvoir, des normes communes, des configurations livrées par l'histoire, et les individus ne sont que des points d'accès, parmi d'autres, à ces faits sociaux » (Faury 2024, p. 30).

[218] Nous utilisons ici une définition objectivante et non-intentionnaliste des discriminations médicales, recouvrant des pratiques de tri produisant des inégalités d'accès à des biens de santé, que les soignant·es et les patient·es en aient conscience ou non, le souhaitent ou non (Cognet 2020).

manière différenciée. Elles sont également mobilisées par elles et eux pour justifier leurs pratiques de différenciation des patient·es.

Nous verrons que ce que font les professionnel·les lorsqu'ils et elles catégorisent les patient·es relève de *discriminations pragmatiques*, c'est-à-dire des opérations de distinction entre les patient·es et de hiérarchisations de leurs besoins, leur permettant de faire leur métier en s'ajustant aux contraintes qui s'exercent sur eux. À la manière des violences pragmatiques étudiées dans les services obstétriques indiens, les discriminations ont une fonction professionnelle (Gentile et Jullien 2025). Ce type de résultat sur les opérations de classement, catégorisations et tris des usager·ères se retrouve dans d'autres institutions, comme la justice (Bessière et al. 2018) ou l'école (Darmon 2012), en fonction des contraintes organisationnelles et politiques de chaque institution. Il s'agit ainsi plus largement de faire une sociologie des catégorisations profanes de la part de professionnel·les face à leurs usager·ères, et des conséquences en termes d'accès aux services dispensés. Replacer l'hôpital public comme une institution « comme les autres » n'est pas si commun, et autorise la comparaison avec d'autres terrains qui n'ont pas grand rapport avec la santé, mais qui restent des institutions de l'État. Comme le note Foubert (Foubert 2020), peu d'études en milieu médical se centrent sur la différenciation de l'offre selon les usagers, contrairement à d'autres secteurs, comme la justice[219]. Pourtant, les soignant·es comme les magistrat·es, les enseignant·es ou les agent·es de l'État social disposent d'un pouvoir discrétionnaire d'application des normes légales aux cas particuliers, pouvant octroyer ou refuser certains droits d'accès à des biens publics (Spire 2017).

Par rapport à la littérature en sociologie de la santé sur le tri des patient·es[220], il s'agit ici d'analyser l'ordinaire du soin, c'est-à-dire l'accès à des ressources qui ne sont pas vitales, et à des pratiques qui sont donc moins visibles. Aller plus loin que l'analyse des cas exceptionnels et des soins d'urgence permet de montrer que les logiques de catégorisations classistes et sexistes *traversent* l'espace médical, même dans des espaces qui se veulent bienveillants et à l'écoute, parce que dans l'empathie avec les patient·es stigmatisés. Le terrain étudié ici en médecine de l'obésité fait ressortir des formes de discrimination malgré la norme effective d'empathie, permettant d'appréhender les catégorisations ordinaires dans le soin. Les matériaux mobilisés concernent ainsi les opérations régulières d'attribution de biens de santé une fois les patient·es présent·es dans le service, à la différence de travaux comme ceux de Sarzier (2023), qui étudient le tri des patient·es par le biais de la sélection à l'entrée comme un outil de légitimation et d'autonomisation de la spécialité gérontopsychiatrique. L'immersion longue sur le terrain permet de dépasser les discours convenus des professionnel·les pour accéder à leurs pratiques concrètes et habituelles d'allocation de soins aux patient·es, dans un service de soins non urgents, n'impliquant qu'à la marge des refus d'admission[221] et où les options thérapeutiques sont multiples.

[219] Ce sont les travaux interactionnistes pionniers (Glaser et Strauss 1964 ; Roth 1972) qui se sont penchés sur la question du traitement inégalitaire de l'institution médicale selon la position sociale des patient·es.
[220] Aux urgences (Labainville 2025 ; Morel 2016, 2023 ; Prud'homme 2021) ou en cancérologie (Loretti 2019).
[221] Dans la mesure où il n'y a pas d'urgence, la quasi-totalité des patient·es est acceptée, mais sur une liste d'attente de plusieurs mois.

Il apparait alors que la distinction entre ce qui relève du médical et du social pour attribuer des soins et traitements, qu'on retrouve dans les travaux en cancérologie ou en soins psychiatriques (Cognet 2017 ; Loretti 2020, 2021) n'est pas la plus pertinente sur notre terrain[222]. Dans la mesure où les obésologues étendent leur mandat médical sur le style de vie des patient·es, le social (l'appartenance de classe, de genre, les pratiques quotidiennes, etc.) devient une donnée médicale[223]. La médicalisation d'une large partie de l'existence des patient·es conduit les professionnel·les à faire de la position sociale (au sens large) un indice médicalement pertinent concernant les types de traitement à choisir, ce qui ne veut pas dire que les catégorisations employées sont exemptes de toute critique, ou qu'elles ne s'appuient pas sur des faits sociaux (rapports de classe et de genre) qui dépassent la pratique médicale. Nous laissons volontairement de côté la question de la genèse des catégories, dans la mesure où elles se constituent dans des espaces sociaux – formations médicales (Labainville 2025), socialisations familiales, scolaires, professionnelles[224] – auxquels nous n'avons pas accès dans le cadre de cette thèse.

A. Le travail médical d'enquête

L'enquête de terrain montre assez rapidement que les professionnel·les réalisent un travail peu renseigné dans la littérature : celui de mener une enquête à plusieurs sur les patient·es. Contre l'idée que les soignant·es jugent au premier coup d'œil les patient·es, il apparait que les catégorisations utilisées se produisent à partir d'un travail collectif complexe de production d'informations sur ces dernier·ères, tout en restant incomplètes et imparfaites. D'autres recherches ont pu révéler l'importance du travail d'enquête sur les patient·es, permettant par exemple de trier les « bons » des « mauvais » et, par là, d'affirmer l'autonomie d'une spécialité médicale en construction (Sarzier 2023). Dans le cas de la médecine de l'obésité, l'enquête menée par les soignant·es permet surtout de sélectionner l'option thérapeutique adéquate et, ce faisant, d'éviter une dispersion inutile des ressources disponibles.

La personnalisation très forte du soin en médecine de l'obésité empêche la définition de protocoles préalables, de recettes toutes faites comme on peut en trouver en oncologie où tel type de tumeur amène mécaniquement tel type de traitement (Sallée 2006). Couplée à une orientation thérapeutique faisant la part belle aux modes de vie, l'enquête sur les pratiques passées et actuelles des patient·es, ainsi que leur état de santé, devient une compétence technique au fondement de l'identité professionnelle :

> Entre deux consultations, le Dr. A me dit que ce qui l'intéresse, c'est de connaitre le mode de vie des gens, et que les consultations et les prescriptions représentent juste une activité

[222] D'un point de vue épistémologique, opérer une distinction entre social et médical c'est, en tant qu'enquêteur, adopter une posture normative consistant à s'arroger le droit de déterminer ce qui est médical de ce qui ne l'est pas. Il semble plus judicieux de se demander ce qui, pour les acteurs de la santé, relève du médical, et comment ils justifient leurs décisions par le soin.

[223] On peut parler avec Darmon d'une « extension du regard évaluatif à la sphère domestique » (Darmon 2021, p. 171)

[224] Comme le montre Perrin, les différenciations des soins sont des pratiques professionnelles qui s'acquièrent lors de la socialisation au travail : « La différenciation du travail médical selon les patients n'est pas présentée comme une discrimination à éviter mais comme un savoir-faire professionnel à acquérir. » (Perrin 2025, p. 222).

technique que tout le monde pourrait faire. À l'inverse, creuser dans la vie des gens, c'est ce qui l'intéresse le plus, « *c'est presque sociologique, même si c'est individuel. Au final, c'est pas si différent d'un travail de terrain anthropologique* ».

Observation de consultation médicale, septembre 2023.

Si les professionnel·les du soin ont conscience que l'enquête fait partie intégrante de leur métier, ils et elles n'ont que des outils profanes (leur expérience), et des techniques transmises en formations médicales, dans des ouvrages spécialisés, pour la réaliser. Le corpus de réflexion sociologique sur les méthodes d'entretien leur est étranger, alors même qu'ils perçoivent la proximité de leur travail avec le sociologue. Comment se fait, concrètement, ce travail d'enquête ?

Si tou·tes les professionnel·les contribuent à l'enquête, il existe une division du travail selon leur domaine de compétence présumé et affirmé. L'assistante sociale se concentre par exemple logiquement sur la situation professionnelle, le niveau de revenu ou l'insertion sociale des patient·es, l'EAPA sur les pratiques détaillées d'AP, les diététiciennes sur les pratiques alimentaires et les médecins sur un ensemble large de domaines (cf. Encadré n°8). Les données récoltées sont ensuite partagées, le plus souvent via le dossier médical, mais aussi oralement, dans les couloirs ou les salles médicales, comme dans d'autres services (Sallée 2006). La spécificité de la médecine de l'obésité réside dans le type d'informations récoltées. Attaché·es aux modes de vie, les professionnel·les étendent leur juridiction (au sens d'Abbott [1988]) sur des données qu'on pourrait qualifier de personnelles plus que médicales :

« *Ça se fait ici comme ça, on échange comme ça, c'est vraiment de l'information informelle, c'est du partage d'informations en fait, c'est du secret partagé on va dire. Parce que moi, je livre un certain nombre de choses qui sont du secret professionnel, mais on le partage parce que c'est dans l'intérêt du patient d'avoir une connaissance un peu élargie de la situation du patient.* »

Armelle, 60 ans, assistante sociale.

Encadré n°8 : Déroulement type d'une première consultation médicale.

- Raison de la venue.
- Activité professionnelle (d'autant plus poussé que les patient·es appartiennent aux classes supérieures, donc avec des métiers et formations qui « parlent » aux professionnel·les).
- Situation matrimoniale.
- Pathologies et traitements.
- Antécédents de chirurgie ou de pathologies.
- Consommation de tabac.
- Histoire pondérale (insistance sur le poids à 20 ans, le poids maximum et la dynamique actuelle du poids) et demande d'explication au sujet des pertes / prises de poids (« *vous l'expliquez comment ?* »).
- Antécédents familiaux au sujet de l'obésité.
- Douleurs et gênes liées au poids.
- Poids souhaité.

- Régimes antérieurs éventuels.
- Alimentation : nombre et heure des repas, contenus type des repas, type et contenu de l'alimentation en dehors des repas, temps pris pour manger, boisson, présence d'une alimentation « compulsive » ou « émotionnelle ».
- Activité physique : de loisir, pour se déplacer, au travail ; nature de l'activité, temps mis pour faire l'activité.
- Moral / santé psychologique (« *et le moral en ce moment, ça va comment ?* »).

L'entretien s'accompagne d'une pesée, d'une mesure de la taille avec une toise, d'une prise de tension et d'une auscultation visuelle du ventre du patient, soit au début de la consultation, soit à la fin selon les médecins.

La médicalisation des modes de vie produit un brouillage de la frontière entre les données strictement médicales et les données strictement personnelles. La vie entière des individus passe progressivement sous le giron médical et est intégrée dans l'enquête. Les informations concernant le mode de vie passent même en priorité dans les consultations par rapport aux données issues des examens et prises de sang.

> Le Dr. A m'explique ce que sont les séquences d'une consultation selon lui : une discussion avec le patient sur son mode de vie, des actes techniques (c'est-à-dire pesée et prise de la tension), éventuellement un examen visuel, puis l'analyse des prises de sang. Il me dit que si on « *se jette* » d'abord sur les analyses, on oublie totalement de poser des questions sur le mode de vie et on passe à côté d'un certain nombre d'éléments. C'est pour ça qu'il faut le faire en premier.
>
> Discussion informelle avec le Dr. A, septembre 2023.

La première consultation ressemble ainsi beaucoup à un entretien visant à objectiver le mode de vie du ou de la patient·e en ce qui concerne ses pathologies, ses traitements, son observance (c'est-à-dire s'il a l'habitude ou non de prendre ses traitements), son alimentation, ses activités physiques ou son rythme de vie. Il n'y a pas qu'une enquête par le langage, mais aussi une enquête sur les corps des patient·es, à la fois par les résultats des tests, et par une lecture des corps :

> Fin de consultation, le patient part. Le Dr. A se tourne vers moi et me dit : « *Il a toutes les pathologies liées à l'obésité* ». Il ajoute, en parlant du corps du patient : « *C'est très important, le morphotype* », le fait que le patient ait un gros ventre avec des jambes toutes fines, qu'il ait ce qu'on appelle un tablier. « *Il a jamais fait de sport, et ben ça se voit* ». Il me précise qu'une obésité abdominale, c'est-à-dire comme celle du patient, présente des risques plus importants pour la santé.
>
> Observation de consultation médicale, septembre 2023.

Le travail d'enquête consiste, en plus d'un décryptage du mode de vie passé et présent, à analyser les corps des patient·es pour les faire correspondre à une typologie médicale. Après la première consultation, l'enquête se poursuit par une journée en Hôpital De Jour (HDJ) pour « *faire un bilan* ». L'HDJ consiste en une batterie de tests et d'entretiens avec des professionnel·les du service. Les patient·es sont invité·es à faire une prise de sang, une mesure

de la composition corporelle par rayon X (DEXA) et une mesure de la Dépense Énergétique de Repos (DER). Tou·tes les patient·es voient également un médecin (un·e interne ou un·e chef·fe de clinique assistant·e) et une diététicienne. Certain·es peuvent voir une psychologue, et lorsque le médecin responsable du parcours de soin l'estime nécessaire, l'EAPA.

L'HDJ constitue le premier point de vue pluriprofessionnel sur les patient·es : les médecins, diététiciennes, psychologue et enseignant APA débriefent ensemble dans une salle des cas des patient·es et de ce qui semble le plus judicieux de proposer, en lien également avec le compte-rendu de la première consultation. Les infirmières, les aides-soignantes et l'assistante sociale ne font pas partie de cette construction du diagnostic, elles ne sont pas considérées comme légitimes pour émettre un avis médical sur les patient·es, mais peuvent fournir des informations utilisées pour élaborer le diagnostic et les suites thérapeutiques envisagées. Les cas considérés comme « *complexes* » sont abordés en réunion staff hebdomadaire afin de recueillir l'avis de plusieurs professionnel·les.

Pour les professionnel·les, la difficulté réside dans le fait de dépendre du « bon vouloir » des patient·es à délivrer des informations exactes. Certain·es peuvent entraver l'enquête, en ne répondant pas directement à la question posée, en parlant trop, ou trop peu, ou en mentant. Un soupçon plane alors sur les patient·es, toujours suspects de travestir certains éléments de leurs pratiques dans le but d'accéder à des traitements spécifiques ou de faire bonne figure dans l'interaction. Pour pallier la faiblesse supposée des informations délivrées par les patient·es, les professionnel·les procèdent à un va-et-vient entre ce qui est dit, et ce que les examens, perçus comme plus objectifs, peuvent révéler (Rougnant et Duverné 2025). Les chiffres sont censés dire le vrai sur le corps des patient·es, et permettent la mise en doute de leur parole.

> Le dossier étudié est celui d'une patiente de 27 ans, Chloé. Comme la patiente est en prise de poids, le Dr. J se demande : « *Est-ce qu'elle n'a pas de contre-indication parce qu'on n'arrive pas à le détecter, ou parce qu'elle sait parfaitement ce qu'il faut dire ?* »
>
> Le bilan diététique annonce un compte-rendu parfait, la patiente fait tout ce qu'il faut, mais c'est également indiqué que ça ne correspond pas à la prise de poids. Tout le monde semble la soupçonner de dissimuler des troubles du comportement alimentaire et de se cacher derrière une excuse hormonale. Dr. E : « *La phase ascendante* [du poids] *en mode "c'est pas de ma faute", c'est quand même questionnant ! Est-ce qu'on prend un risque à l'opérer ?* ». La chirurgienne B dit qu'opérer en phase ascendante, c'est ne pas avoir de résultats très marqués de la chirurgie. Pour le Dr. C, il faudrait exiger un point stable sur six mois. « *Il y a un loup sous le tapis !* »
>
> La Dr. J voudrait la forcer à parler de troubles du comportement alimentaire. La Dr. E la « recadre » en lui disant que si la patiente n'en parle pas, ce n'est pas à eux d'en parler. Dr. C : « *C'est le profil typique de jeunes femmes qui veulent absolument une chirurgie, mais pas prête à mettre des choses en place.* »
>
> Observation de réunion staff, décembre 2023.

Les patient·es « *peu coopératif·ves* » limitent ainsi le travail d'enquête et empêchent les professionnel·les d'exercer pleinement leur expertise. Les patient·es qui font « *tout pour ne pas donner des informations* » en fournissant un « *discours méga lissé* » sont discrédité·es pour les entraves à l'enquête qu'ils et elles produisent. On entrevoit déjà un effet sur le soin de la catégorisation de ces patient·es comme « peu coopératif·ves » : non seulement les

professionnel·les ont des difficultés pour choisir la « bonne » option thérapeutique, mais ils et elles investissent également moins de ressources à leur égard en les soupçonnant de manquer de bonne volonté. Nous développerons ce point *infra*.

L'enquête est également limitée par le temps que les professionnel·les peuvent et veulent consacrer à la quête d'informations sur les patient·es et au partage avec les autres des données récoltées :

> « *Après bon, bah chacun aussi un peu ses projets, ses trucs, on a pas le temps de se faire... J'aimerais bien qu'on passe nos journées à discuter, mais on n'a pas le temps !* »
>
> Psychologue A.

Soumis·es à des contraintes professionnelles et organisationnelles, les professionnel·les consacrent un temps nécessairement limité dans la réalisation d'une enquête précise sur les patient·es. Le manque de temps a pour effet que les soignant·es appuient rarement leur jugement sur des éléments finement objectivés.

Les patient·es sont donc analysés sous trois angles : biologique/physiologique (d'après les analyses sanguines et les résultats des différents tests), comportemental (d'après le mode de vie) et moral/cognitif/relationnel (d'après la façon dont les patient·es semblent coopérant·es et en mesure de comprendre ce qu'on leur dit). C'est à partir de ces trois dimensions que se font les catégorisations de l'entendement médical, désignées ainsi pour insister, comme le font Bourdieu et de Saint-Martin (1975) au sujet des catégories de l'entendement professoral, sur la dimension *pratique* de ces catégories. Ce n'est pas un simple acte de connaissance, mais bien une opération pratique de distribution inégale de biens de santé justifiée. Contrairement au domaine scolaire, les catégories de l'entendement médical ne servent pas à classer les patient·es, mais à mettre en rapport leurs caractéristiques avec les options thérapeutiques adéquates. En ce sens, et nous le verrons en détail par la suite, les catégorisations sont pleinement médicales en tant que conditions de réalisation des soins. Mais comme il n'y a pas d'outils spécifiques et prédéfinis pour classer les patient·es, les professionnel·les s'en remettent nécessairement à leur propre interprétation, à leur sens pratique[225].

B. Faire de la classe et du genre des données médicales

L'enquête réalisée par les professionnel·les a pour résultat de placer les patient·es dans des catégories, construites dans les formations médicales et dans la pratique quotidienne. Ces catégories sont d'autant plus stables que le raisonnement clinique s'appuie sur des typifications courantes (Grenier 1989). Si nous avons vu que l'enquête regroupe de nombreux éléments

[225] Comme le dit Perrin, il faut abandonner l'idée préconçue que les médecins sont des professionnels de la rationalité, et que ce qu'ils font est en tout temps pesé, réfléchi : « Pour comprendre la *libido dominandi* des médecins, il faut donc leur retirer le statut d'exception sociologique qui leur est souvent indûment conféré : ils sont des êtres humains comme les autres et non des experts rationnels et vertueux. Leurs actions sont mues par un mélange de préoccupation pour l'intérêt des patientes, de croyances et de représentations morales […], de contraintes logistiques et organisationnelles, de préférences concernant leur travail et de prise en considération de leur propre intérêt. Surtout, leurs actions ne sont pas des décisions sans cesse renouvelées et pesées, mais le résultat d'habitudes, de règles héritées […], intériorisées au cours de leur formation. » (Perrin 2025, p. 229).

individuels relatifs aux rapports aux soins et aux modes de vie, elle intègre plus globalement la position sociale, au sens large, des patient·es. L'appréciation des positions de genre et de classe des patient·es permet aux professionnel·les de faire l'économie d'une enquête poussée, en se basant sur une forme de sociologie profane, qui confine parfois à l'essentialisation, entre une position donnée et des pratiques particulières. Les catégorisations *sociales* permettent de placer plus facilement les patient·es dans des catégories *médicales*. En ce sens, les professionnel·les étendent leur mandat médical jusque dans la position sociale des patient·es, qui devient une donnée essentielle à prendre en compte.

Nous nous centrerons sur les professionnel·les dépendant directement du service, en laissant de côté les infirmières et aides-soignantes, non pas parce qu'elles ne catégorisent pas les patient·es, mais parce que les valorisations qu'elles produisent ont déjà été décrites dans la littérature[226], et qu'elles n'ont pas d'impact direct sur le choix des traitements. Nous ciblons ainsi les modes de catégorisation liés à l'allocation de ressources médicales, dont la prise de décision est visible en réunion staff et dans les discussions de couloirs et en salles médicales, mais se fait également de manière plus invisible et individuelle face aux patient·es, au moment de remplir un compte-rendu de consultation ou en dehors d'un temps de travail. Sur ce point, on peut être critique des types de sociologie d'influence pragmatique, qui s'empêchent volontairement de prendre pour objet ce qui n'est pas explicité et qui se fait en silence (Barthe et al. 2013).

Avant de voir les conséquences sur les soins des différences de catégorisations, nous allons nous pencher sur les sociologies profanes utilisées par les soignant·es. Déjà abordées dans des travaux de sociologie d'inspiration pragmatique (Dodier et Camus 1997 ; Sallée 2006), nous souhaitons interroger les logiques de la décision médicale en les situant cette fois par rapport à la façon dont les professionnel·les situent leurs patient·es dans l'espace social, et aux caractéristiques supposément attachées aux positions sociales et jugées pertinentes pour le soin qui sont mobilisées en pratique. Foubert (2020) propose de distinguer ce qui relève de la différenciation selon des critères genrés, sociaux ou de l'individualisation des soins. Nous chercherons ici au contraire à voir comment l'individualisation des soins implique une différenciation selon des critères genrés et sociaux selon deux aspects : explicitement, par une forme de sociologie profane divinatoire de la part des professionnel·les, et implicitement, par les types de patient·es désignés par les catégories médicales.

La classe

Les patient·es sont tout d'abord appréhendés globalement comme appartenant aux positions précaires. Alors même qu'il existe une importante diversité sociale de patient·es, l'ensemble des professionnel·les les décrit comme en très grande majorité issu·es des classes populaires :

[226] Sarzier (2023) montre que les jugements professionnels de ces dernières dépendent de la charge de travail qu'impliquent les patient·es et de la reconnaissance qu'ils et elles peuvent manifester. Les aides-soignantes étudiées par Arborio (2001) font aussi des typologies de patient·es pour anticiper la charge de travail.

« *Après, on a une population qui n'est pas forcément très fortunée et qui, du coup, quand tu leur donnes des adresses de diététiciennes ou nutritionnistes en ville, ils n'ont pas forcément les moyens de le faire. C'est un peu la problématique.* »

Infirmière de coordination.

Contrairement au constat réalisé lors de mon enquête (cf. Chapitre 3), les patient·es du service sont perçu·es comme représentatif·ves de la répartition sociale de l'obésité. Nous avons pourtant vu combien la position sociale pouvait conditionner les consommations médicales, et notamment le recours à des spécialistes. Parmi les personnes obèses, les femmes et les individus les plus diplômés ont davantage tendance à consulter que les autres. Lorsque je questionne les professionnel·les sur les éléments à leur disposition pour aboutir, selon eux, au constat d'une patientèle quasi-exclusivement populaire, ils et elles mentionnent leur expérience quotidienne et leur impression générale, davantage que des données récoltées :

> Lors de la présentation en réunion staff de mon projet de thèse, le chef de service dit qu'il est capable de dire exactement combien de personnes sont diabétiques, mais qu'il est incapable de dire combien de personnes travaillent. Il a l'impression que beaucoup de patients sont sans emploi. La Dr. D ajoute que les patients les plus sévères, avec le plus de complications médicales, sont aussi ceux qu'ils voient le plus, et aussi sans doute ceux qui n'ont pas d'emploi à ce moment-là, donc ça peut donner l'impression qu'ils sont plus nombreux, parce qu'ils leur accordent plus de ressources, de temps, etc.
>
> Présentation de mon projet en réunion staff, avant l'entrée sur le terrain, mai 2023.

L'interprétation fournie par la Dr. D semble pertinente, les soignant·es accordent sans doute beaucoup plus de temps et d'énergie aux patient·es dont l'état de santé est le plus dégradé, ce qui a d'autant plus de chance d'être le cas des classes populaires précaires. Ce qui donne aux professionnel·les l'impression qu'ils sont largement majoritaires dans le service. Mais comment, sans données précises, les professionnel·les estiment-ils la position sociale de leurs patient·es ?

N'ayant pas le temps et les outils sociologiques pour réaliser une enquête précise, les professionnel·les se basent sur des faisceaux d'indices liés au style de vie, à l'*ethos* et à l'*hexis* de leurs patient·es pour leur attribuer une position sociale. Concrètement, ils estiment la distance sociale avec leurs patient·es par l'écart entre ce qui leur parait souhaitable et normal, et ce que font et pensent effectivement les patient·es. Cette distance à ce que les professionnel·les jugent comme un comportement normal n'est pas abordée uniquement de manière descriptive, mais fait bien souvent l'objet d'une condamnation morale. C'est le cas de Nathan, 27 ans, sans activité, jouant aux jeux vidéo dix heures par jour, et catégorisé immédiatement par la Dr. J comme « *addict* » (elle parait choquée, « *déjà, jouer tous les jours, c'est être addict* ») ; ou de Ludovic (âge et profession inconnus), qualifié en réunion staff d' « *un peu spé' quand même* », parce qu' « *il va dans des salons de massage et dépense tout son fric dedans* » ; ou encore de Lilou, sans activité, 22 ans, qui n'a « *pas de contacts sociaux avec qui que ce soit* », parce qu'elle « *joue à des jeux d'ordinateur* », notamment la nuit « *la petite, la seule chose qu'elle fait c'est de jouer à l'ordinateur* ». Derrière les pratiques et le mode de vie, c'est bien la position sociale qui est supposément révélée, en témoigne le cas de Mehdi, 33 ans, vis-à-vis duquel le Dr. A est particulièrement surpris qu'il fasse

« *n'importe quoi* » d'un point de vue alimentaire alors même qu'il est titulaire d'un Master de psychologie.

La délégitimation du style de vie est particulièrement accrue lorsqu'elle concerne des pratiques associées à la santé, comme la consommation de tabac, et d'autant plus affirmée vis-à-vis de patient·es ayant des problèmes de santé importants (« *et elle continue à fumer !* »). Loin d'être neutre, la consommation de tabac est plus répandue parmi les classes populaires, comme un palliatif à des conditions de vie difficiles (Peretti-Watel 2012), tout en étant vue par les professionnel·les de soin comme une pratique autodestructrice, signe d'un manque d'implication dans le soin quand elle se poursuit malgré la prise en charge.

Le cas de Cathy, patiente de 34 ans sans activité professionnelle, est assez caractéristique des pratiques de jugements sociaux opérées par les soignant·es. Hospitalisée pour dénutrition, malgré un IMC synonyme d'obésité, et une forte restriction alimentaire, elle souhaite pourtant continuer à maigrir.

> [Salle médicale entre deux visites en chambre] La Dr. E, regardant le dossier : « *34 ans ?! On dirait qu'elle a 45, même plus* ». La patiente n'a plus de psychiatre, elle l'a « *ghostée* » quand elle lui a dit que ce n'était pas une bonne idée de se marier avec son futur mari. Diététicien B : « *son désir c'est de devenir mannequin* ». La Dr. E réagit immédiatement : « *comment vous faites pour pas rire ?!* ». Le diététicien continue son compte-rendu : elle prend des brûle-graisses, des laxatifs, elle a de la nausée quand elle voit la nourriture. Elle fait de l'hyperphagie la nuit, puis des vomissements involontaires. La Dr. E se demande pourquoi la patiente vient dans le service alors que la Dr. C l'hospitalise pour dénutrition. « *Elle attend que ça de maigrir, alors pourquoi venir à l'hôpital pour une dénutrition ?* ». Elle ajoute : « *elle a une perturbation de l'intéroception, elle n'a pas de sensation somatique, parce que ça fait deux fois qu'elle vient et qu'on lui découvre un truc grave qu'elle sent pas* ».
>
> Nous allons voir la patiente dans sa chambre.
>
> Dr. E : « *Vous savez pourquoi vous êtes là ?* »
> Cathy : « *J'ai perdu beaucoup de poids.* »
> Dr. E : « *Et ça vous inquiète ?* »
> Cathy « *Non.* »
> Dr. E : « *Vous pensez que ça a un effet sur votre santé ?* »
> Cathy : « *Non.* »
> Dr. E : « *Vous vous sentez mieux ou moins bien ?* »
> Cathy : « *Mieux.* »
>
> La Dr. E essaie visiblement de lui faire comprendre qu'elle a besoin d'un suivi psychologique. « *Le fait d'avoir beaucoup maigri, c'est mauvais pour votre santé* », il y a un risque d'infection accru. La patiente : « *Je mange 2-3 cuillères et mon estomac dit stop* ». La médecin essaie de la convaincre qu'elle est dans un moins bon état de santé depuis qu'elle a maigri.
>
> [Le lendemain, les professionnel·les étudient son dossier en réunion staff].
>
> La Dr. C, responsable du projet thérapeutique de la patiente, explique le cas. « *Elle a perdu du poids, elle est ravie, elle est à la limite de l'anorexie-boulimie*[227] ». Dr. E : « *Elle est pas à la limite* [elle est au-delà] *! Son projet c'est "je vais me marier en* [pays] *passer trois mois là-bas", donc l'hospitalisation c'est non. On l'a vu hier, on lui a dit que la perte de poids est délétère, elle l'a entendu, mais pas sûr qu'elle ait compris* ». Dr. K « *Elle yoyotte tout le*

[227] L'anorexie-boulimie désigne ici davantage un comportement alimentaire qu'un type de corps, la patiente étant selon son IMC dans la catégorie d'obésité.

> *temps* ». Dr. E : « *Elle est contente de son poids* ». Dr. C : « *La seule chose dont elle parlait en consultation, c'est son mari et son voyage en* [pays]*, avec un type qui n'était pas celui avec qui elle voulait faire un bébé la dernière fois. Moi, elle m'inquiète vraiment cette jeune femme, son état s'aggrave à chaque consultation, il y a plus aucune décision qui est rationnelle* » […] Dr. E : « *C'est quand même une patiente qui n'a aucune conscience de ces sensations somatiques. Elle a une altération des circuits de l'intéroception, elle arrive* [la fois précédente] *pour une infection gravissime, pénard, avec la clope au bec* ».
>
> Observation de visite en chambre et réunion staff, octobre 2023.

Tout un ensemble de traits discréditent Cathy : l'écart entre son âge perçu et son âge chronologique, ses désirs corporels et symboliques (mincir et devenir mannequin), ses pratiques liées à l'alimentation (prendre des brûle-graisses et des laxatifs), son rapport à la santé (privilégier la minceur à la santé), à la « rationalité », ou aux sensations corporelles. Elle représente un type de patient·e incompris, dont le style de vie et les représentations du monde sont particulièrement éloignés de ce qu'incarnent les soignant·es et de ce qu'est l'idéal vers lequel les patient·es doivent tendre (ce qui suscite rires, incompréhensions, mépris, mais aussi inquiétude). Si l'on reprend la typologie utilisée au chapitre 3, on peut dire que les individus qui cumulent 1) un rapport curatif à la santé (où les consommations médicales sont davantage forcées que choisies) et 2) un mode d'entrée dans le service imposé par d'autres professionnel·les de santé ont toutes les chances d'être discrédités et considérés comme des « cas » difficiles.

Les condamnations morales des pratiques éloignées du style de vie attendu des professionnel·les se cristallisent derrière des qualificatifs chargés de résumer les caractéristiques sociales des patient·es de manière implicite et imbriquée à la charge de travail requise (« *on se coltine des sacrés* », « *des terribles* »), ou explicite comme la figure du « *cassos* ». Ces qualificatifs, bien que présents, sont peu courants. Comme le révèle leur appréciation générale de leur patientèle comme précaire, les professionnel·les catégorisent les patient·es sans avoir nécessairement besoin de les qualifier explicitement pour s'en faire une idée ou pour se faire comprendre entre eux. Les qualificatifs discréditants apparaissent toutefois dans certains cas, lorsqu'une concentration inhabituelle de « *cassos* » apparait :

> En salle médicale, le Dr. N nous dit qu'ils n'ont que des « *patients terribles* » en ce moment, puisque c'est après Noël. « *On récupère tous les cassos ! »*. L'assistante sociale confirme : « *On récupère tous ceux dont les proches veulent se débarrasser, comme en septembre* ».
>
> Observation salle médicale, décembre 2023.

Les qualificatifs comme « *cassos* » décrivent des patient·es à la fois « *peu cortiqué·es* » (nous détaillerons plus loin les usages de cette catégorie médicale), ayant de multiples pathologies et dans un environnement social peu aidant. Ce sont des patient·es face auxquels les professionnel·les sont démuni·es et qui impliquent des efforts particuliers dans l'interaction, à la fois pour se faire comprendre, du fait de la distance sociale, et pour garder la face vis-à-vis du manque de solutions proposées. Les professionnel·les se trouvent en position de devoir régler par des outils médicaux des situations sociales bien plus larges, mais ayant une influence sur le soin.

Plus globalement, le mépris social utilisé sous diverses formes par les soignant·es permet de matérialiser la distance avec les patient·es. À la blouse blanche, au statut et au niveau d'étude s'ajoute une barrière symbolique réaffirmée régulièrement. Le cas des professionnel·les de l'obésité, dominés dans le sous-champ de la médecine, rappelle celui des relogeurs sociaux étudiés par François (2014), qui s'attachent à mettre en avant une distance entre eux et les usagers dont ils ont la charge et auxquels ils risquent autrement d'être assimilés[228]. Ne pouvant modeler directement leur patientèle, comme c'est le cas en médecine libérale (Le Hénaff 2015), les professionnel·les marquent leur statut social par le discrédit des patient·es du bas de l'espace social.

Par rapport à la prise en charge, la distance et le discrédit social qui en découle limitent la coopération et la compréhension mutuelle entre soignant·es et soigné·e, réduisant l'efficacité des soins dispensés. Les professionnel·les se sentent démunis face à des patient·es trop éloigné·es de leurs attentes, et ne savent bien souvent pas comment les aider. Les discréditer leur permet alors en partie de mieux vivre cette situation d'impasse professionnelle, en reportant une partie de l'échec sur le ou la patient·e. Cela revient *in fine* à reporter les difficultés issues des inégalités sociales et de l'organisation du système de santé sur les patient·es qui ne correspondent pas aux solutions disponibles. En somme, discréditer n'est pas un mépris gratuit, mais pleinement une pratique médicale.

Mais ces pratiques de catégorisation n'ont pas que pour fonction d'affirmer une distance sociale et de préserver la valeur professionnelle des soignant·es. Elles permettent aux professionnel·les d'estimer le rapport au corps, à la santé et à la médecine des patient·es, et d'estimer leurs pratiques quotidiennes et futures. Ce sont en ce sens des heuristiques, qui par quelques indices permettent aux professionnel·les de prédire une série de comportements probables chez les patient·es.

> Le dossier étudié en réunion staff concerne Patrice, 47 ans, ancien agent de sécurité en invalidité. Il vit avec sa mère au 2e étage sans ascenseur. À la suite d'une chute, il est resté au sol pendant deux semaines. Au bout de deux semaines, sa mère trouvait qu'il avait des difficultés à s'alimenter, et a donc appelé le 15. La Dr. I, par rapport au fait qu'elle ait appelé pour ce motif : « *Pas parce qu'il est resté au sol ?!* ». Patrice a été hospitalisé, on lui a trouvé de nombreuses pathologies. En ce qui concerne son histoire pondérale, il a été obèse dans l'adolescence, mais pas dans l'enfance. Il pesait 100 kilos à 20 ans, avant de connaitre une « *prise de poids progressive avec mauvaises habitudes alimentaires*. » Il a été suivi dans le service, puis a arrêté. Psychologue B : « *Patient très spécial qui a pas du tout envie de parler à un psy. Il a une relation très bizarre avec sa mère*. » Elle ajoute : « *Trouble de la personnalité, vraiment bizarre. Il est très satisfait de sa vie alors qu'il faisait 240 kilos. Il est isolé, il vit avec sa mère, qui est envahissante.* » En l'occurrence, sa mère ne veut pas qu'il parte en soins de suite et de réadaptation trop loin du domicile. Dr. K : « *Il y a très peu d'informations sur son mode de vie, pourquoi il prend du poids ?* ». La Dr. C répond que pour le patient, le poids n'est pas un problème. Quand on lui propose de la chirurgie, il ne revient pas. « *Lui, c'est le type de*

[228] « Le dénigrement des ménages, comme le fait qu'il soit le plus souvent exprimé ou mis en scène sous forme de blagues ou d'anecdotes au cours d'interactions avec leurs collaborateurs (comme lors des pauses-déjeuner), doit donc également être compris comme une mise à distance symbolique – et violente – par les chargés de relogement d'un environnement de travail dont la fréquentation quotidienne participe directement de leur relégation au sein de l'institution » (François 2014, p. 93).

patient, à partir du moment où il va remarcher, on le reverra plus. » Il n'aurait « *pas d'affect* », et « *vit très bien son hospitalisation* » alors qu'il a trois drains. Il ne se plaint jamais.

Observation de réunion staff, octobre 2023.

Comme d'autres, ce patient est jugé sur son rapport à la médecine (et notamment le délai mis par sa mère et lui pour contacter les urgences), son rapport au corps (les soignant·es contestent la légitimité d'apprécier un poids important et de ne pas se plaindre de traitements lourds), ses relations familiales, avec sa mère notamment, et son *ethos* relationnel (« *vraiment bizarre* », « *ne donne pas beaucoup d'informations* »). Les éléments récoltés pendant l'enquête médicale et mis en commun lors de cette réunion staff constituent autant d'indices moralement teintés qui permettent aux professionnel·les d'estimer le « type de patient » que représente Patrice, par rapport à des croyances profanes ou des cas rencontrés précédemment. Le rapport au corps et à la santé typique des classes populaires que manifeste le patient (Boltanski 1971) est utilisé comme une information pour anticiper son comportement futur. Ainsi, les rapports à la santé et modes d'entrée dans le service que nous avons décrits au chapitre 3 sont non seulement situés socialement (Patrice manifeste en l'occurrence des consommations médicales malgré lui et une entrée forcée dans le service plus fréquente chez les hommes classes populaires) mais également (dé)valorisés par les professionnel·les qui en font un outil d'estimation des pratiques probables des patient·es.

Le capital économique peut également intervenir dans l'appréciation que les soignant·es font des patient·es, notamment lors des décisions de chirurgie en réunion staff. Une patiente de 32 ans, Imane, migrante vivant actuellement dans un hôtel social, voit sa demande de chirurgie refusée du fait que « *la situation sociale contre-indique le projet* » (Dr. A) et que « *les conditions ne sont pas réunies* » (chirurgien A). En quoi le capital économique peut-il devenir une donnée médicale ? L'exemple suivant est particulièrement instructif :

Le dossier suivant concerne une femme de 46 ans, originaire d'Afrique de l'Ouest. Elle a pris du poids depuis son arrivée et est en grande précarité. Elle a une insuffisance rénale dialysée, ce qui nécessiterait une transplantation du rein. Or, il faudrait qu'elle perde sept kilos pour accéder à cette opération. Elle est « *nourrie par la Croix-Rouge* », et il n'y a pas de « *marge de manœuvre* » à ce niveau-là, selon la Dr. L. De leur côté, ni la psychologue ni la diététicienne ne voient de contre-indication à une chirurgie bariatrique. La Dr. L précise que la patiente vit seule dans un hôtel social, sans revenu. Pour la Dr. C, « *la problématique du social, elle est aussi importante pour la greffe* », et ajoute qu'elle avait présenté un dossier similaire le mois dernier, et la chirurgie bariatrique avait été refusée à cause des problèmes financiers. Dr. D : « *Mais là on peut pas décider aujourd'hui, il manque des infos. Sa situation financière, administrative, sa situation familiale*. ». Le Dr. A conclut : « *Il y a plusieurs millions de personnes qui dépendent de l'aide alimentaire, ça peut pas être une contre-indication*. »

Bilan du dossier : rechercher des informations supplémentaires sur la patiente.

Observation de réunion staff, octobre 2023.

Ce type de situation pose des problèmes particuliers aux professionnel·les, du fait d'une double injonction contradictoire à laquelle ils et elles sont confronté·es. Pour des raisons de santé, il leur parait impensable d'opérer un individu qui ne pourra pas ensuite subvenir à ses besoins nutritionnels. Dans le même temps, il leur parait inconcevable, en tant que praticien·nes hospitaliers et agent·es de l'État, de faire du capital économique un critère d'accès à une option

thérapeutique gratuite (car remboursée)[229]. Cette double injonction produit des modes de pensée négociés, peu stabilisés. Selon si l'une ou l'autre logique est mise en avant dans l'interaction, la décision finale peut varier, même si bien souvent, dans les cas similaires à celui cité, les professionnel·les suspendent leur jugement (ce qui revient à ne pas opérer). En l'occurrence, le fait de refuser la chirurgie à un·e patient·e dont on suppose, après un examen rapide[230], qu'il ou elle n'aura pas les moyens économiques de s'offrir les compléments alimentaires indispensables en post-opération, s'oppose à l'impératif de proposer des solutions aux plus précaires et de ne pas les discriminer sur leur capital économique. La logique strictement médicale – proposer des soins dont on est confiant dans le fait qu'ils ne vont pas amener de complication, parce que la personne est en capacité de se procurer ce qu'il faut pour – s'oppose à une logique de service public et d'universalisme médical héritée des hospices (proposer des soins adaptés sans discriminer). Contrairement aux urgences étudiées par Prud'homme (2021), les soignant·es ne font donc pas preuve de « *social blindness* », mais intègrent la question économique au cœur de leurs pratiques de soin.

Ce sont souvent ces deux logiques d'adaptation des soins et d'universalisme médical qui sont en tension, et le recours à l'enquête et aux catégorisations des patient·es permet aux soignant·es de prendre une décision rapide jugée suffisamment justifiée. Classer les patient·es (au double sens de ranger et hiérarchiser) dans une typologie permet aux soignant·es d'anticiper leur devenir probable et leurs pratiques, et donc d'adapter les parcours de soin en conséquence. Dans ce cadre, classer socialement les patient·es relève pleinement d'une pratique médicale.

Le genre des options thérapeutiques

Les patient·es sont également catégorisé·es selon leur genre. Le sexe des individus, comme leur âge, est par exemple renseigné dans chaque dossier médical, ce qui est logique, puisque l'institution médicale s'est construite historiquement sur l'adaptation aux variations de santé naturalisées selon le genre. Faire du genre une catégorie de lecture des patient·es et de leurs troubles est donc particulièrement ancré dans la pratique médicale.

En ce qui nous concerne, la catégorisation des patient·es selon le genre permet aux professionnel·les d'anticiper les solutions thérapeutiques adaptées, en associant ces dernières aux hommes ou aux femmes.

> Fin de la consultation, le patient part. Le Dr. A me dit qu'il est « *prof en lycée technique, qu'il fait du bricolage et qu'il a des activités très manuelles* ». Il serait donc « *centré autour de problématiques viriles* ». Il ajoute qu'il a « *quand même* » initié des choses, notamment le suivi psychologique.
>
> Observation de consultation médicale, Dominique, 55 ans, enseignant en lycée professionnel, septembre 2023.

[229] D'autant plus qu'ils rappellent régulièrement leur distance face aux cliniques privées dans le type de soins proposés.

[230] En l'occurrence, ici, le statut migratoire joue pour les professionnel·les comme un signifiant de la position économique, comme le remarque Koechlin (2022) sous d'autres formes dans le suivi gynécologique.

En opposant les « *pratiques viriles* » et le suivi psychologique, le Dr. A rend explicite le codage des solutions thérapeutiques en masculines ou féminines. À cet égard, le suivi psychologique semble davantage associé au féminin, du fait de l'importance des affects et du langage. Le codage des activités en masculin / féminin est conscientisé par les professionnel·les, qui le justifient par des stratégies différenciées des patient·es hommes et femmes. On peut appréhender ici un mode de genèse de catégorisations genrées : les professionnel·les font de la distinction homme/femme une catégorie de classement pertinente de leurs patient·es, et par l'accumulation d'une expérience professionnelle croisée à des modes de connaissance profanes du monde social, ils et elles construisent une règle associant telle ou telle préférence thérapeutique à chaque genre.

Effectivement, le genre des options thérapeutiques n'apparait pas déconnecté de la réalité des préférences effectives des patient·es pour certaines options thérapeutiques plutôt que d'autres. C'est particulièrement visible en ce qui concerne l'AP, plus souvent mentionnée en consultation par les patients hommes, et la relaxation, méditation, centration sur soi dans l'alimentation, préférées par les femmes. Dans un sens, les présupposés associés à chaque genre de patient·es ne sont pas faux, et recouvrent une certaine réalité sociale. Mais la mise en œuvre de cette catégorisation *a priori* conduit, en relation avec l'impératif d'adaptation à chaque cas, à renforcer des dispositions de genre préexistantes. Supposés préférer les activités physiques, les hommes, qu'ils manifestent ou non cette préférence, se voient ainsi proposer d'orienter leur travail de patient sur cette dimension. Même au sein des différentes AP de la bonne sportivité médicale, les professionnel·les opèrent des distinctions entre ce qu'ils proposent aux femmes et aux hommes. C'est le cas par exemple d'Anton, 52 ans, sans emploi, qui se voit uniquement proposer de se remettre à la musculation, alors même qu'il mentionne à l'EAPA avoir pratiqué de l'aquagym – activité qu'il a, après une réticence initiale, plutôt appréciée. C'est également le cas d'Élodie, pratiquante de CrossFit plusieurs fois par semaine, qui se voit orientée par l'EAPA vers de la Zumba (ce à quoi elle répond : « *Moi, ça reste toujours une contrainte. Si j'avais pas ces problèmes de poids, j'irais pas à la salle*. »). L'EAPA lui cherche en effet une pratique qu'elle puisse apprécier, et suppose donc à partir d'une lecture genrée de la patiente et des pratiques d'AP que la Zumba lui conviendrait sans doute mieux, malgré le scepticisme affiché par celle-ci.

Si je n'ai pas observé ces orientations vers des pratiques conformes au genre de patient en très grand nombre, je n'ai toutefois jamais observé l'inverse. Tout en tenant un discours de neutralité et d'adaptation à chaque cas, les professionnel·les opèrent une lecture genrée de leurs patient·es et des pratiques qu'ils et elles leur font faire, comme on peut le retrouver dans la justice (Serre 2024). Le fait que le service, par le biais de l'enseignant APA, incite femmes et hommes à adopter des pratiques conformes à leur genre – alors même qu'ils et elles évoquent en consultation des pratiques moins chargées symboliquement ou associées au genre opposé – contribue, si ces incitations sont suivies d'effets, à reproduire un ordre des corps genré. Les activités physiques ont en effet des conséquences sur celles et ceux qui les pratiquent, et la distinction genrée qui réserve aux hommes la force et aux femmes la douceur et l'esthétique peut ici participer à accentuer des différences physiques entre hommes et femmes (Court 2010). Même lorsqu'une patiente (Catherine, 62 ans, cadre de santé) dit explicitement qu'elle souhaite

pratiquer une activité certes douce, mais qui puisse la muscler et « *améliorer* [son] *cardio* », l'EAPA lui propose de pratiquer du tai-chi ou du qi-gong, deux activités d'origine chinoise très douces qui ne semblent pas correspondre aux critères énoncés par la patiente. S'appuyer sur les désirs effectifs et surtout supposés des patient·s, à partir de raccourcis pré-sociologiques, revient donc à opérer une forme de socialisation conservatrice qui ne vient pas bousculer l'ordre du genre.

C. Catégories pratiques : agir sur les patient·es

On a déjà pu entrevoir les conséquences sur le soin des catégorisations sociales émises par les professionnel·les. Or, il existe bien d'autres catégorisations qui ont des effets sur l'allocation de telle ou telle ressource de santé, sans qu'elles soient immédiatement liées à la position de genre ou de classe des patient·es. Mais cela ne veut pas dire qu'elles ne sont pas socialement situées, par les types de patient·es qu'elles désignent. Ce sont ces catégorisations médicales que nous allons aborder dans cette section. La justification médicale de ces catégories masque le fait qu'elles constituent des classes de patient·es situées dans l'espace social, et qu'à ce titre, elles les discriminent indirectement. Les catégories *médicales* se superposent aux catégories *sociales*. Je souhaite explorer, à la suite de Foubert (2020), la façon dont les classements professionnels peuvent être aussi des classements sociaux. Je me place ainsi contre une sociologie qui laisse de côté le contexte structurel des rapports sociaux dans lequel s'inscrivent les interactions médicales (Dodier et Camus 1997 ; Peneff 2005).

Nous allons aborder deux pratiques médicales illustrant ce processus : l'anticipation des pratiques futures des patient·es et le placement des patient·es sur un continuum de déviance au modèle. En catégorisant ainsi les patient·es, les professionnel·les tentent d'estimer le travail requis pour les prendre en charge. Comme d'autres professions ayant affaire à des usager·ères ou des client·es, les soignant·es construisent des typologies leur permettant d'anticiper une charge de travail (Mennerick 1974)[231].

<u>La capacité future à répondre aux attentes induites par les traitements</u>

Les professionnel·les cherchent à estimer le devenir anticipé des individus, à savoir ce qu'ils vont *vouloir* faire et ce qu'ils *pourront* faire, de sorte à moduler à la hausse ou à la baisse les exigences (« *c'est pas la peine* », « *ça sert à rien, il le fera pas* »). Cette pratique est partagée dans bon nombre d'institutions, comme à l'école, par exemple. Darmon, en se penchant sur le recrutement des classes préparatoires, montre que les enseignants recherchent dans les dossiers « des signes d'excellence ou de qualités ultérieures » afin de savoir comment va se comporter l'élève au cours de l'année (Darmon 2012, p. 26)[232]. C'est ce qu'on retrouve aussi dans un certain sens dans le cas des relogeurs sociaux étudiés par François (2014) : décrire précisément

[231] « Opération ordinaire de la vie sociale, la catégorisation, qui se traduit par la réduction d'un cas aux caractéristiques de sa catégorie d'assignation, est utile à la réalisation du travail : elle permet aux travailleuses et travailleurs d'anticiper la charge de travail, d'organiser son exécution et, dans certains cas, de moduler leur investissement » (Sarzier 2023, p. 493).

[232] « La recherche de ce type d'indice manifeste donc bien que ce qui est recherché est moins un niveau qu'un potentiel, moins un état qu'une énergie, moins des dispositions déjà présentes que des dispositions à développer ultérieurement d'autres dispositions » (Darmon 2012, p. 28).

les familles relogées leur permet d'estimer leur adéquation probable dans telle fraction du parc locatif plutôt que telle autre (préservant au passage des frontières socio-résidentielles). Dans un autre contexte, les travaux de sociologie de la justice montrent que l'opération pratique de catégorisation des justiciables permet aux magistrat·es et avocat·es de se repérer, mais aussi d'anticiper ce que sont et seront capables de faire et dire les usager·ères, ce qui va se passer dans telles ou telles conditions et ce qu'ils et elles pourront ou non exiger d'eux (Bessière et al. 2018). Quelle que soit l'institution, les professionnel·les qui y travaillent sont des « *street level bureaucrats* » (Lipsky 1980), jouant avec les règles qu'ils et elles doivent appliquer, notamment pour différencier le service rendu selon l'usager·ère et les normes locales. Si on se place au niveau d'une sociologie de l'État, on observe un certain pouvoir des institutions qui, lorsque des ressources sont limitées, *enquêtent* et *prédisent* le devenir des usagers pour trouver la « meilleure » solution (qui, bien souvent, reproduit l'ordre social). Nous souhaitons apporter une pierre à cet édifice en montrant que les pratiques d'enquête, catégorisations et anticipations sont partagées au sein des institutions de l'État et sont constitutives d'une forme particulière de gouvernement des usager·ères.

Certains travaux pointent déjà dans le domaine médical la propension des professionnel·les à estimer le devenir probable des patient·es, soit pour évaluer les conséquences de pratiques actuelles, notamment pour l'ordre social (Serre 1998)[233], soit pour sélectionner les entrant·es dans un dispositif (Schlegel et Schlegel 2025)[234], soit pour adapter les types de soin, comme dans le cas de la récupération post-AVC étudiée par Darmon (2020, 2021). Dans un certain sens, les professionnel·les pratiquent une sociologie dispositionnaliste profane ayant pour objectif de prédire les pratiques futures de leurs patient·es.

On peut ici prendre l'exemple de la chirurgie bariatrique pour comprendre les pratiques médicales d'estimation des capacités futures des patient·es et de leur « motivation ». La chirurgie étant fortement cadrée légalement, elle implique des temps de concertation pluriprofessionnels qui rendent explicites les modes de raisonnement des soignant·es, et permettent d'accéder aux processus de catégorisation et (dé)valorisation des patient·es. Dans les autres parcours de soin, la prise de décision concernant un·e patient·e peut se faire plus discrète et implicite, face au dossier médical, dans la consultation, dans un couloir avec d'autres professionnel·les, voire en dehors des temps de travail. Si j'ai pu en partie capter ces autres moments, la chirurgie a pour avantage l'obligation de mettre en place un dispositif organisationnel d'explicitation des prises de position, des avis, jugements et mécanismes de la prise de décision.

Les bon·nes candidat·es à une chirurgie sont celles et ceux qui ont de « *bonnes connaissances* », qui sont « *motivés* », qui « *comprennent bien* », qui ont « *participé aux réunions* » et « *font de gros efforts* ». Les professionnel·les sont à la recherche de la « *vraie motivation au changement* », révélée par l'encadrement familial, les connaissances diététiques,

[233] Dans son étude, Serre montre que les professionnel·les de la petite enfance estiment à partir du corps de l'enfant les pratiques éducatives parentales pouvant mener dans le futur à des déviances (les « enfants-roi » à qui les parents ne posent aucune limite seraient des délinquants en puissance).
[234] Il existe en diabétologie une sélection des « patients éducables » pour l'accès à des dispositifs d'ETP (Schlegel et Schlegel 2025, p. 97).

les expériences passées de perte de poids, les raisons de faire une chirurgie[235] voire le projet professionnel (révélateur supposé de la capacité à se projeter dans le futur). Les patient·es sont « *prêt·es* » ou « *mûr·es* » quand ils et elles n'attendent pas « *d'effets magiques* ».

> [Contexte : Un service de médecine pédiatrique partenaire utilise le service nutrition pour faire des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) chirurgie de patient·es jeunes adultes qui deviendront ensuite des patient.es du service nutrition. Il y a un enjeu de convaincre les chirurgien·nes et les médecins que la personne présentée est un candidat au moins crédible, pour ne pas faire perdre de temps aux équipes, mais aussi pour montrer qu'en tant que praticien.ne le travail en amont de préparation à la chirurgie a été correctement effectué. L'extrait suivant nous permet ainsi de voir les critères mis en avant pour convaincre qu'une patiente est une bonne candidate pour une chirurgie, notamment par l'évaluation qui est faite pour savoir si elle est capable d'avoir une alimentation « normale » sur un temps long, afin de ne pas reprendre du poids après l'opération.]
>
> La patiente présentée par le service pédiatrique est une femme de 18 ans, Priscilla, qui a un IMC de 57. C'est sa deuxième RCP. La médecin nous dit que la patiente a continué à venir en consultation, qu'elle a « *participé au groupe de façon tout à fait impliquée* » et qu'elle est « *tout impliquée et pertinente* ». Depuis la dernière RCP, elle a pris du poids, mais elle a amélioré sa composition corporelle en faisant de l'activité physique : elle a augmenté sa masse musculaire et diminué sa masse grasse. Sa diététicienne nous dit qu'elle « *a fait de gros efforts, elle a supprimé les grignotages* ». La médecin ajoute qu'« *elle a vu une chirurgienne, ça l'a bien motivée* » et qu'« *elle a prévu une colo cet été sur le thème du sport* ». Sur le plan professionnel, « *elle a un quotidien bien rythmé, elle est en BTS, elle a un bon rythme* ».
>
> Par contre, « *elle a du mal à intégrer le niveau quantitatif de restriction à mettre en place* ». Elle a du mal à réduire les quantités parce qu'elle mange encore « *trop* ». « *Elle est motivée et très entourée par ses parents* ». Insistant sur ce point : « *elle a suivi les groupes* [ateliers de préparation à la chirurgie] », « *c'est une jeune fille très sérieuse* ».
>
> L'avis de la psychologue ajoute que la patiente a « *toutes les infos pour lui permettre de se projeter* ». La médecin complète les informations données plus tôt sur le parcours professionnel de la patiente en indiquant que cette dernière est actuellement en alternance chez [chaine de salons esthétiques] dans un BTS esthétique. Elle insiste sur le fait qu'elle « *a trouvé elle-même son alternance !* ». Elle ajoute : « *elle est très sérieuse, c'est ça qui est étonnant* ». [Je comprends que ce qui est étonnant, c'est que, malgré son sérieux, elle ne parvienne pas à se restreindre sur les quantités ingérées].
>
> La pédiatre conclut la présentation de la patiente : « *Elle a un petit ami, elle est stable avec son petit ami* », c'est une patiente « *bien dans ses baskets* ».
>
> Avis final de la RCP : accord pour chirurgie.
>
> Observation de RCP chirurgie, novembre 2023.

Cet extrait est particulièrement utile pour comprendre la nature des critères d'évaluation des patient·es, utilisés ici dans le cadre d'une chirurgie, et dépassant le domaine strictement médical. L'équipe médicale juge ainsi la capacité à être un bon candidat à l'aune d'une sorte de disposition à l'effort qui se manifesterait dans de nombreux domaines de la vie de la patiente. Sont ainsi pris en compte le fait d'assister aux réunions d'information, de manifester un volontarisme dans la prise en charge, mais aussi d'avoir un emploi ou d'être en formation, d'avoir un entourage encourageant et un conjoint (ici dans une relation hétérosexuelle standard)

[235] Il y a une logique d'âge qui fait qu'on soupçonne les patient·es jeunes de se faire opérer pour les mauvaises raisons, notamment le regard des autres. Sur ce point, voir le travail de Gridaine (2022).

ou encore d'avoir un rythme de vie « conforme » et des loisirs légitimes[236]. Le jugement médical se construit sur l'estimation de la capacité des patient·es à faire des efforts sur le long terme pour adapter leur mode de vie aux exigences d'une chirurgie réussie (d'où l'analyse de sa motivation, de son auto-discipline). Ce n'est pas tant l'effort passé qui est valorisé comme marque d'un mérite, mais plutôt l'effort actuel comme marque d'une disposition durable à faire des efforts. Comme l'observe Leszczak (2025) dans la prise en charge de l'obésité infantile, les difficultés sociales sont alors cadrées comme des épreuves qui, si elles sont surmontées, signaleraient l'existence d'une disposition à l'effort chez l'individu. À l'inverse, les patient·es qui ont « *du mal à se projeter* » ou pour qui « *le projet n'est pas muri* » sont exclu·es de la chirurgie. D'une certaine manière, les professionnel·les évaluent la réserve de « socialisabilité » ou d'éducabilité des patient·es.

Objet du jugement professionnel, mais aussi objet d'un travail, les dispositions temporelles sont particulièrement scrutées. Le type de rapport au temps et aux rythmes de vie, de loisirs, de relations avec le personnel médical, mais aussi de situation par rapport à l'emploi et de situation conjugale qui sont valorisées comme étant les conditions optimales pour recevoir une chirurgie représentent également le style de vie des classes moyennes et supérieures. Utilisant leur propre style de vie comme étalon pour juger des « bon·nes » et des « mauvais·es » candidat·es à certains types de traitement, le personnel médical contribue ainsi à exclure, au moins partiellement, certaines fractions des classes populaires trop éloignées de ces critères.

Les professionnel·les ne sont pas insensibles aux efforts passés des patient·es, et peuvent être tentés de récompenser ceux et celles qui ont « *bien cheminé·es* » en leur octroyant le droit d'accès à tel ou tel traitement. Contrairement aux modes d'évaluation des individus qui se font à l'entrée dans une institution sous la forme d'un tri au départ, comme en classes préparatoires (Darmon 2012), l'évaluation des patient·es n'est pas figée, et peut évoluer tout au long du parcours de soin. La focalisation sur la chirurgie ne doit pas masquer le fait que tous les parcours de soin impliquent une estimation de la capacité future des patient·es à réaliser les activités requises par la prise en charge. Comment les professionnel·les s'y prennent-ils pour réaliser cette projection dans le futur des patient·es ?

Déjà, c'est par le mode d'entrée du patient dans son parcours de soin que les professionnel·les peuvent estimer non seulement son rapport à la santé, mais aussi son rapport au temps. Les individus venant d'eux-mêmes dans le service, dans une logique préventive, à savoir plus souvent les classes moyennes et supérieures (chapitre 3), sont plus facilement vus comme capables de produire des efforts sur leur santé en vue de potentiels bénéfices futurs. Inversement, ceux et celles qui sont en quelque sorte contraint·es de venir dans le service seront soupçonné·es de manquer de dispositions ascétiques nécessaires pour opérer une réforme de leur mode de vie.

[236] On peut citer le cas d'une autre patiente (71 ans), pour lequel une médecin tente en réunion staff de convaincre ses collègues qu'elle est une bonne candidate pour la chirurgie, du fait qu'elle est « *bien dans sa vie* » avec un nouveau compagnon et qu'elle est très investie dans des associations en tant que bénévole. Les âges chronologique, corporel (« *elle fait pas son âge* ») et statutaire (Rennes 2019b) sont distingués, pris en compte et mis en balance par rapport à la mobilité, aux pathologies ou aux douleurs de la patiente, dans une estimation globale des bénéfices d'une opération pour la qualité de vie.

Mais une autre caractéristique des patient·es utilisée pour estimer leur aptitude future à faire ce qu'on leur dit est leur capacité de compréhension générale. Dans la représentation des soignant·es, un patient qui « *comprend bien* » est un patient qui a toutes les chances de « *bien appliquer* » les préconisations en autonomie. Pour désigner les patient·es selon leur degré de compréhension estimée, les professionnel·les utilisent le qualificatif de « *cortiqué* », comme le remarque Foubert (2020). Dérivé du cortex cérébral, ce terme aux accents biologisants qualifie les patient·es vu·es comme « intelligent·es ». Dans le cas du service étudié, les patient·es « *cortiqué·es* » sont aussi des patient·es valorisé·es, perçu·es comme impliqué·es dans le soin et comprenant les enjeux de leur propre prise en charge, contrairement aux « patient·es MGEN » étudié·es par Derbez (2021) dans le cas d'essais cliniques, discrédité·es car manifestant une remise en cause du savoir médical. L'usage de la catégorie « cortiqué » est commun aux différent·es professionnel·les, sans pour autant qu'il ait nécessairement les mêmes implications[237]. Dans tous les cas, ce sont des patient·es que l'on complimente, qui « *comprennent bien* », qui « *remplissent bien les dossiers* », qui « *expliquent bien* » leur situation, qui sont vu·es comme des « *patients faciles* », avec qui « *on peut bien parler* ».

> Je suis dans le bureau médical avec l'assistante sociale, l'EAPA, le Dr. N et l'interne B. L'assistante fait le debrief au Dr. N de sa visite de Claude, 40 ans, informaticien. Elle le qualifie de « *très autonome* ». L'interne B ajoute qui dit qu'il est « *super* ». Le patient reçoit beaucoup de compliments, c'est visiblement un très bon patient.
>
> Observation de salle médicale, janvier 2024.

Globalement, tou·tes les patient·es sont évalué·es sur leurs aptitudes intellectuelles (« *elle a un certain retard intellectuel.* », « *il est un peu limité* »), à partir de leurs capacités langagières, de leur compréhension estimée, mais aussi de leur profession (« *il est très cortiqué, il est ancien ingénieur chez* [aéronautique] »)[238], ou de leurs capacités d'organisation. C'est le cas de Patrick, 66 ans, vu en consultation médicale, qui possède un classeur plastifié dans lequel sont rangées des prises de sang classées par ordre chronologique. Ce type de patient tranche avec ceux et celles qui n'ont pas leur analyse, ne les ont pas faites, ou sont particulièrement inorganisés.

> Le patient a de multiples papiers d'analyse et d'examens dans une pochette, qui ne paraissent pas organisés. Il passe beaucoup de temps à les chercher. Il finit par trouver une radio du genou qu'il montre au Dr. A. Le patient n'a pas le compte rendu de cette radio. Il montre au médecin un CD dans une pochette. Le docteur A lui dit qu'il n'a pas le temps de regarder un disque.
>
> Observation de consultation médicale, Fabrice, 47 ans, informaticien, octobre 2023.

Fabrice représente un exemple type de patient·e peu organisé·e, ce qui n'a pas qu'un impact relationnel, puisqu'il est catégorisé comme « *bordélique* », et dévalorisé, parce que son inorganisation dans ses comptes rendus de consultation retarde le rendez-vous actuel, et implique un travail supplémentaire de la part du praticien. Comme le temps est perçu comme

[237] Pour les médecins, être « *cortiqué* » renvoie à comprendre le contenu d'une consultation, tandis que pour l'assistante sociale, c'est remplir en autonomie les dossiers administratifs.

[238] Dans un raisonnement circulaire, la profession ou le niveau d'étude sont censés renseigner le niveau d'intelligence et l'expliquer. Cette manière de concevoir l'intelligence révèle une certaine vision du monde partagée par les soignant·es, méritocratique et naturalisante, où la position sociale récompenserait le niveau d'intelligence.

compté par le Dr. A, pour éviter de se mettre trop en retard et de faire patienter outre mesure les autres patient·es, il n'effectuera pas ce travail supplémentaire censé pallier les défauts d'organisation du patient. Ce dernier recevra une consultation de moins bonne qualité, tout simplement parce qu'il ne peut pas fournir le même type d'information que d'autres patient·es qui possèdent leurs analyses et examens dans des fichiers papier bien organisés. Le praticien se sert également de cette inorganisation perçue du patient *dans la consultation* pour estimer le degré d'organisation de celui-ci *dans la vie en général* :

> Fin de la consultation, le patient est sorti. Le Dr. A me fait une réflexion sur son inorganisation et me la décrit comme un « *handicap* ». « *S'il est pas capable de gérer ça, on se dit qu'il doit pas gérer grand-chose* ».
>
> Observation de consultation médicale, Fabrice, 47 ans, informaticien, octobre 2023.

Pour les patient·es vus comme désorganisé·es, les soignant·es revoient à la baisse leur exigence en anticipant une faible capacité à mettre en place leurs préconisations. À l'inverse, pour les patient·es « *cortiqué·es* », les soignant·es ne se posent pas la question de savoir si « *ça vaut le coup* » de les voir et de leur expliquer telle ou telle option thérapeutique, puisqu'ils et elles en déduisent que les patient·es comprendront, donc seront en mesure d'appliquer les consignes. Adapter les explications selon le niveau d'intelligence estimé du ou de la patient·e a pour effet que le plus précis va aux plus « *cortiqué·es* ». Dans ses travaux, Fainzang montre en effet que les médecins détaillent davantage à celles et ceux qui sont vu·es comme capables de comprendre et qui posent le plus de questions (2006, p. 51), à savoir les membres des classes supérieures, perçus comme ayant un haut niveau de capital culturel. À l'inverse, les patient·es peu cortiqué·es sont celles et ceux dont l'équipe doute de la capacité à comprendre, se demandant si « *ça vaut le coup* » d'insister :

> La patiente suivante est une femme de 55 ans, Nadine, patiente de la Dr. C. « *Madame* [nom]*, qui est ma plaie depuis des années* ». Elle ajoute : « *La situation sociale est quand même bof. Je suis sa fille, elle est pas maline-maline mais c'est quand même mieux que sa mère* ». Il y a une blague de la Dr. E issue d'un quiproquo sur le fait que la Dr. C ait dit « *je suis sa fille* », sur la confusion entre le verbe être et le verbe suivre à la première personne du singulier. Ce que à quoi la Dr. C rétorque « *je respecte ma mère quand même* ».
>
> Selon la médecin, « *quand* [la patiente] *rentre dans le box, ça sent la clope pendant toute l'après-midi* ». Au sujet de la patiente et sa fille : « *elles ont pas beaucoup de sous, c'est difficile de savoir ce qu'elles mangent* ». La Dr. C remarque à ce moment sur le dossier « *elle a 55 ans ?? Elle en fait 70 !!* ». Plusieurs remarques suivront : « *la mère, elle est pire que la fille* », « *après ça empêche pas qu'on la prenne en charge correctement* », « *par ailleurs elle est très sympathique, cette dame* ».
>
> La Dr. C note également que la patiente ne s'est pas présentée à une consultation avec la diététicienne pour un diagnostic de troubles du comportement alimentaire. La diététicienne A demande si ça vaut le coup de revoir la patiente. Réponse de la médecin : « *Elle, plus tu la vois, plus tu lui expliques, plus t'as de chance que ça rentre* », avant d'ajouter « *c'est un peu du sauvetage qu'on a fait avec cette dame* ».
>
> La Dr. C insiste sur le fait que c'est impossible de faire arrêter le tabac à la patiente, qu'elle voit énormément d'addictologues et de pneumologues et « *a des patchs* [de nicotine] *sur tout le corps* ».
>
> Observation de réunion staff, septembre 2023.

Les patient·es qui vont être considéré·es comme « *peu cortiqué·es* » se trouvent en réalité être celles et ceux qui sont les plus éloigné·es du langage employé par les médecins, ces derniers mobilisant un registre médical technique et un niveau de langage soutenu (la Dr. C évoque par exemple en réunion de préparation à la chirurgie avec des patient·es des « *mécanismes physiologiques qui vont s'antagoniser* » pendant la perte de poids). Ce sont également celles et ceux qui sont les plus éloigné·es des normes sanitaires qui sont véhiculées : le mode de vie de la patiente présentée plus haut, qui n'arrive pas à arrêter de fumer malgré « *les patchs sur tout le corps* », ainsi que sa situation sociale « *qui est quand même bof* », jouent sans aucun doute sur le fait qu'elle soit jugée comme pas « *maline-maline* ».

Le jugement par les professionnel·les du service sur le fait d'être cortiqué ou non est en réalité un rapport de classe qui n'est pas considéré comme tel, masqué par cette catégorie renvoyant quasi-explicitement à l'intelligence, bien que la catégorie « cortiqué » ne soit pas complètement alignée avec la position de classe (en témoigne l'exemple de Fabrice cité plus haut). Or, ce discrédit des médecins vers certain·es patient·es produit des effets très concrets sur la prise en charge. Les patient·es vu·es comme « *pas cortiqué·es* » reçoivent moins d'explications et sont moins pris en rendez-vous, comme on peut le voir dans l'exemple mobilisé ci-dessus, où la diététicienne A se questionne sur la pertinence de revoir la patiente pour l'aider à traiter ses troubles du comportement alimentaire. Si, dans ce cas, elle est incitée à revoir la patiente par la Dr. C, son interrogation montre que ce n'est pas une évidence, et que ce n'est donc pas systématique pour ce type de patient·e. Comme la prise en charge de l'obésité consiste en grande partie à modifier le comportement des patient·es par des conseils et des explications en consultation, le fait de diminuer la fréquence et la quantité de ces interactions réduit nécessairement la prise en charge d'une partie des patient·es issue des classes populaires. Ces patient·es se voient offrir des « soins minimaux de routine » (Glaser et Strauss 1964) : ils et elles ne sont pas exclu·es du parcours du soin, mais n'accèdent pas à la totalité des ressources dont d'autres peuvent bénéficier.

Derrière les rapports à la santé et à la médecine des personnes obèses approchés au chapitre 3, on remarque que tout ne se joue pas uniquement en amont de la prise en charge sur le fait de consommer ou non des soins (avec ou sans pathologie), ou d'entrer dans le service nutrition de soi-même ou non. La stratification sociale possède une influence jusque dans le grain le plus fin de l'interaction de soin, des rapports des patient·es à l'institution, aux professionnel·les et à leur parcours de soin ; rapports que les soignant·es perçoivent et hiérarchisent, pénalisant les moins « adapté·es » aux exigences de l'institution. Ce ne sont pas que les rapports à la santé et à l'institution des patient·es qui sont évalués, mais aussi leurs goûts, leurs pratiques passées et actuelles et leur capacité à faire des efforts pour fonder des typologies d'usagers. Mais suffit-il de présenter le bon rapport à la santé et le bon style de vie pour bénéficier des ressources médicales que peuvent allouer les professionnel·les ?

Le continuum de la déviance : à la recherche du déviant idéal

Nous allons maintenant nous pencher sur une forme de catégorisation des patient·es selon la façon dont ils et elles dévient par rapport au modèle de style de vie visé. À partir de l'estimation

du futur probable, les patient·es sont classé·es (au sens de rangé·es et valorisé·es) dans différentes cases, impliquant des soins différenciés : trop déviants (rassemblant les patient·es non-cortiqué·es et ceux qui manquent d'autocontrôle), juste déviants (mettant en valeur l'expertise des soignant·es), conformes (mettant en défaut les professionnel·les) ou trop conformes (poussant les soignant·es à mettre une distance par rapport aux normes sanitaires). Classer les patient·es ainsi revient pour les soignant·es à leur donner une « valeur mobilisatrice » (Dodier et Camus 1997) très différente liée à la spécificité de la médecine de l'obésité, centrée sur les modes de vie, avec un idéal à atteindre explicite. Or, cette valeur mobilisatrice est socialement située dans la mesure où les catégories employées désignent des types de patient·es socialement situés.

Les patient·es face auxquels les professionnel·les exercent des « soins minimaux de routine » (Glaser et Strauss 1964) sont à la fois celles et ceux dont on suppose un manque d'autocontrôle ou de capacités intellectuelles et qui ne seront donc pas en mesure de modifier leurs habitudes de vie (trop déviant·es), mais aussi les patient·es dont les pratiques correspondent en tout point au modèle attendu (parfaitement conformes). Pour illustrer la façon dont un patient peut être catégorisé comme manquant de dispositions à l'autocontrôle, nous prendrons le cas de Fanny, 37 ans, informaticienne actuellement en emploi. Je la rencontre alors que je suis les activités de l'EAPA, qui visite les patient·es hospitalisé·es pour un bilan lorsque le médecin responsable estime qu'il y a un besoin relatif à l'AP.

> Nous sommes dans la salle médicale. L'interne B renseigne l'EAPA sur Fanny : « *Mme* [X] *tu la feras pas bouger. On lui trouve le jour de sa sortie un rendez-vous gynéco, elle y va pas parce qu'elle veut pas attendre 3h, alors que ça fait deux ans qu'elle a pas vu de gynéco et que* [le Dr. N] *s'est démené pour lui trouver un rendez-vous* ».
>
> Observation de salle médicale, décembre 2023.

La patiente est catégorisée comme très peu volontaire par l'interne, qui transmet cet étiquetage à l'EAPA, en se justifiant par un exemple de déviance commise par la patiente (ne pas honorer un rendez-vous gynécologique malgré le fait que le Dr. N se soit « *démené* » pour lui en trouver). L'absence d'implication de la patiente est analysée par l'interne comme une forme de disposition durable à la paresse, qui s'activera en contexte d'AP (« *tu la feras pas bouger !* »). D'emblée, l'interne signifie à l'EAPA qu'il ne pourra pas, à cause de la patiente, exercer son rôle professionnel. Comme le mentionne Roth (1972), les catégorisations morales initiales ont une importance fondamentale, et guident les interprétations des acteurs de santé suivants, qui ne vont que rarement opposer une lecture différente.

Dans la consultation avec l'EAPA, la patiente évoque des douleurs au dos, une grande fatigue et des difficultés à se déplacer. Devant anticiper l'adaptation de chaque lieu du fait de sa corpulence importante (taille des pièces, du mobilier), elle restreint au maximum ses sorties.

> L'EAPA s'adresse à Fanny : « *La personne qui va mettre en place les choses, c'est vous* ». Elle répond : « *J'ai cherché plein de groupes de gros autour de chez moi* » mais ne trouve rien, à part des associations dans la ville voisine, trop loin pour elle. L'EAPA : « *Si je trouve un truc adapté, est-ce que vous iriez dans un monde idéal ?* ». Elle répond que si c'est pour des handicaps divers, ça n'ira pas, puisque, ce qu'il lui faudrait, c'est quelque chose d'adapté pour son poids. « *Je me suis bien dit je vais créer une asso. Ils sont pas là les gros ou quoi ? Mais ils sont comme moi, ils restent chez eux* ».

EAPA : « *Comment trouver des choses qui aient du sens pour vous sans contrainte, pour déjà sortir de chez vous ?* ». Elle répond que ce qu'elle préfèrerait, c'est faire de l'aquagym ou de la natation. Elle en a fait beaucoup quand elle était adolescente, et elle avait repris avant les confinements, « *alors que je faisais 130 kilos, je prenais sur moi* ». Elle a arrêté à cause de tendinites, des confinements et d'un déménagement. Elle a pris 30 kilos et le regard des gens l'empêche de pratiquer.

L'EAPA lui demande combien de temps il lui faut pour rejoindre la métropole. Elle évoque le fait que c'est impossible pour elle d'aller jusqu'à la gare de chez elle à pied, et que son véhicule n'est plus autorisé à rouler. Elle ne voit plus de kiné non plus, puisqu'elle n'a plus confiance. « *Si je devais me charger de tous mes problèmes, je passerais ma semaine chez des professionnels. Faudrait être au chômage ! Il y a trop de trucs à faire, trop de trucs, trop de charge mentale* ».

L'EAPA cherche à la convaincre qu'il y a des activités qui pourraient lui faire plaisir, et des moments où la douleur et la fatigue se réduisent et lui permettraient de pratiquer. Il ajoute que dans le service, ils peuvent donner des pistes, mais qu'au quotidien, ça ne peut être qu'à elle de mettre en place des AP.

Fin de la consultation, l'EAPA fait le bilan à la patiente : « *On a pas identifié d'objectif mais j'espère que cette discussion pourra cheminer* ». Elle lui répond que s'il y a des associations autour de chez elle, elle est preneuse. Il lui répond qu'il n'est même pas sûr que ce soit le « *bon moment* », puisqu'il n'est pas sûr qu'elle soit « *disponible pour y aller* ».

Alors même que la patiente se déclare demandeuse d'une offre d'APA, plus particulièrement d'aquagym, l'EAPA ne lui propose aucun dispositif précis, arguant que ce n'est pas le « *bon moment* ». Contrairement à la quasi-totalité des patient·es qu'il voit, l'EAPA n'a pas vérifié si elle avait un compte-pas, et n'a donc pas fixé avec elle d'objectifs de pas à atteindre.

Nous retournons dans la salle médicale. L'EAPA me dit en aparté : « *les stratégies pour rien faire, c'est fou ça* », il le répétera plusieurs fois, en disant à chaque fois : « *c'est fou, c'est fou, c'est fou* ». Il me dit qu'au départ la patiente était « *coopérante* », mais qu'à la fin de la consultation « *on a vu son mécanisme, toutes ses stratégies qu'elle met en place* ». Selon lui, elle a un mal-être et des difficultés qui créent un cercle vicieux, et s'en sert pour éviter de faire des efforts. Il n'est pas sûr qu'une pratique en groupe soit une bonne idée pour elle, et qu'il vaudrait mieux qu'elle prenne soin d'elle, pour être plus épanouie. « *C'est fou, c'est dingue, elle fait rien du tout. Comment c'est possible ? Même si je lui trouve un truc, il y aura toujours le transport, la voiture, le machin… je sais pas. Faut-il donner une solution à tout le monde ? Ça c'est une bonne question, y a pas un philosophe dans le service ?* ». Il me dit qu'il voulait faire court comme entretien, mais que ça a duré beaucoup trop longtemps. Il regarde, selon moi, très rapidement s'il y a des associations proches de là où habite la patiente. Il n'en trouve pas, donc considère qu'il n'y a rien à lui proposer.

Observation de salle médicale, décembre 2023.

Fanny ne se voit proposer aucun dispositif concret d'APA, ni d'objectif de nombre de pas quotidien à effectuer. La catégorisation initiale de la patiente comme manquant de bonne volonté a toutes les chances se perpétuer, dans la mesure où le service ne lui offre pas l'occasion d'augmenter sa pratique d'AP et de paraitre impliquée dans son parcours de soin.

Plus tard dans la journée, nous retournons avec l'EAPA dans la salle médicale. Il y a le Dr. N ainsi que la Dr. J. L'EAPA leur dit à propos de Fanny : « *On ne peut rien lui proposer, puisqu'elle a la flemme* ». Dr. N : « *Tu vois, il y a toujours un truc pour pas faire* ». L'EAPA : « *Pour moi, il y a une demande, une association de gros pour reprendre ses mots, mais c'est pas sûr que ça aille et que ça corresponde* ». S'ensuit une discussion assez péjorative sur

> l'incapacité de la patiente à faire ce que les soignant·es attendent. Le Dr. N raconte qu'il a réussi à lui trouver un rendez-vous gynécologique à la date où elle sortait de l'hôpital, mais qu'elle ne veut pas y aller parce qu'elle a des courses de Noël à faire.
>
> Observation de salle médicale, décembre 2023.

Comme on le voit dans cette scène, la catégorisation dont fait l'objet la patiente se renforce dans l'interaction entre soignant·es, qui la valident mutuellement comme une bonne description de ce qu'elle est actuellement, et de ce qu'elle sera en mesure en faire. L'écart est flagrant avec le patient suivant, Nathan, 27 ans, sans emploi.

> Dans la salle médicale en fin de journée, une fois que tous les professionnel·les ont rencontré Nathan. L'EAPA compare son cas à Fanny : « *Lui il a des objectifs* ». La Dr. J abonde : « *Il est venu de lui-même ça change tout* ». Le Dr. N : « *Il a fait le cheminement mental*. *Il est pas con, il a arrêté en terminale parce qu'il était déprimé, mais il est pas con* ».

Alors même que, lors du rendez-vous avec l'EAPA, Nathan se déclare « *en manque de motivation* », « *déprimé* », et ayant besoin d'un cadre, il est perçu par les soignant·es comme un « *bon patient* », investi dans son parcours de soin, notamment parce qu'il vient de lui-même dans le service, qu'il est vu comme cortiqué (« *il est pas con* »)[239], et qu'il n'a pas entravé le travail des professionnel·les, contrairement à Fanny. On voit bien, encore une fois, en quoi les modes d'entrée dans le service décrits au chapitre 3 – par ailleurs socialement situés – peuvent conditionner la suite de la prise en charge, en étant plus ou moins valorisés par les soignant·es. Dans la mesure où Nathan est vu comme pleinement coopératif, avec le bon *ethos* de patient, l'EAPA estime qu'il sera en mesure de réaliser les AP qu'il pourrait lui proposer. À l'inverse de Fanny, l'EAPA va rechercher les maisons sport-santé autour du domicile de Nathan, et les appeler pour obtenir des informations sur leur offre et pouvoir les lui proposer.

Plus largement, les patient·es pour qui « *ça ne vaut pas le coup* » d'investir des ressources dans leurs parcours de soin sont soit les patient·es vu·es comme pas assez cortiqué·es, soit les patient·es dont on suppose un trop grand manque d'autocontrôle. Dans les deux cas, ce sont plus souvent, mais pas systématiquement, des patient·es issu·es des classes populaires. Le niveau « d'intelligence » est bien souvent estimé à partir du niveau d'étude et de la profession ; et l'autocontrôle est révélé par des pratiques en trop fort décalage avec le modèle de comportement visé en médecine de l'obésité, socialement situé (cf. Chapitre 2)[240]. Anticipant un échec probable de la prise en charge, les professionnel·les rejettent la cause sur les patient·es et se désengagent en partie, préférant allouer des ressources à d'autres, pour qui la prise en charge aura supposément toutes les chances d'être efficace.

Mais il existe une autre catégorie de patient·es, elle aussi socialement située, envers qui les soignant·es ne proposent que peu de solutions, conseils, dispositifs ou traitements. Ces patient·es mettent en difficulté les professionnel·les dans la mesure où ils appliquent dès le début de leur parcours de soin les pratiques correspondant aux habitudes de vie visées. C'est le

[239] On peut faire l'hypothèse que le patient est vu comme cortiqué parce qu'il est venu de lui-même, comme les patient·es de classes supérieures qui viennent dans le service par réputation et dans une approche préventive, sur un mode d'entrée valorisé et cohérent avec la vision de la santé et de la médecine des professionnel·les (cf. Chapitre 3).

[240] On verra au chapitre suivant les conséquences socialisatrices et sanitaires de l'éloignement que manifestent les classes populaires à l'égard du modèle de bonne sportivité médicale.

cas par exemple de Josiane, 74 ans, enseignante de français à la retraite, vue en consultation avec la diététicienne C pendant une hospitalisation de bilan pour sa première visite dans le service. Josiane présente une alimentation qui correspond à ce qui est attendu par le service[241] (« *remarquez, c'est déjà ce que je fais* », répond-elle à la suite des conseils de la diététicienne), mais elle prend un psychotrope qui favorise la prise de poids, pour une dépression et des insomnies. Lors de la consultation, elle répète à plusieurs reprises qu'elle attend du service « *un antidote* » qui puisse contrer l'effet de ce psychotrope. La seule solution que lui propose la diététicienne consiste à retourner voir son psychiatre pour éventuellement changer la molécule qu'elle prend, et en trouver une autre qui ne lui fasse pas prendre autant de poids. En sortant, la diététicienne me dit que c'est le type de patiente qui « *attend un effet magique* », pour laquelle ils n'ont pas de réponse. Pour éviter d'être démuni·es, et pour préserver la valeur de leur compétence professionnelle, les soignant·es préfèrent dire que ce sont les patient·es qui ont des attentes magiques, plutôt que de présenter le service comme incapable de répondre à leurs attentes médicales.

Ce type de patient est assez rare dans le service – puisque les professionnel·les trouvent en général des modifications de l'alimentation ou de l'AP, même minimes, à proposer – mais appartient systématiquement au pôle cultivé des classes moyennes et supérieures. C'est dans cette fraction de l'espace social que l'on retrouve le plus d'individus dont les pratiques d'alimentation et d'AP correspondent aux recommandations de santé publique (Longchamp 2009 ; Régnier et Masullo 2009 ; Régnier 2025). Venir dans le service de manière préventive n'est donc pas synonyme d'être un patient idéal aux yeux des professionnel·les, dans la mesure où cela peut être couplé à des pratiques corporelles totalement ajustées au modèle normatif visé, et donc mener à une inefficacité de la prise en charge.

Contrairement à d'autres secteurs médicaux, ce ne sont pas les personnes qui respectent le plus les normes d'un style de vie conforme à ce qu'attendent les médecins qui sont les « bon·nes patient·es », puisqu'il n'y a pas grand-chose à faire dans leur cas. Mais ce ne sont pas non plus les personnes qui en sont trop éloignées : le travail à faire serait trop compliqué pour les faire changer. Il faut ainsi, en tant que patient·e, présenter une déviance aux normes minimale (une *juste déviance*) pour qu'une prise en charge optimale soit mise en place. En effet, les patient·es qui sont vu·es comme légèrement déviant·es sont valorisé·es en ce qu'ils et elles permettent aux professionnel·les de confirmer à la fois le modèle explicatif de l'obésité employé (où la prise de poids survient quand les apports excèdent les dépenses), mais aussi la pertinence des normes d'alimentation et d'activité physique présentées (le régime alimentaire méditerranéen et l'activité physique régulière sont censés permettre de stabiliser, voire de perdre du poids). Ces patient·es représentent une occasion pour les professionnel·les d'exercer et de confirmer leur expertise, là où les patient·es qui appliquent déjà les normes mises en avant la contestent malgré eux et elles, incarnant les limites de la prise en charge comportementale de l'obésité.

Un cas particulier de patientes, quasi exclusivement des femmes, permet aux professionnel·les d'exercer leur expertise d'une manière particulière : ce sont les « *cocottes-minute* ». Les

[241] Régime de type méditerranéen, repas structurés et variés, arrêt de la prise alimentaire avec le rassasiement, pas de quantités « excessives », pas « d'alimentation émotionnelle » ou de « compulsion ».

patientes « cocottes-minute » sont catégorisées ainsi par les soignant·es parce qu'elles s'appliqueraient un contrôle trop prononcé sur l'alimentation et/ou l'AP. Ce type de patiente, pas si rare, s'oppose à une idée reçue sur les personnes obèses, associées au manque de contrôle et de dispositions ascétiques. Face à elles, les soignant·es redoutent la « *restriction cognitive* », une forme de contrôle trop important du mode de vie pour éviter les excès, qui risquerait de provoquer un « *craquage* ». Telles des cocottes-minute, ces patientes se mettraient « *trop de pression* » et risqueraient d'imploser. L'objectif des soignant·es est donc, pour elles, de contrer les effets d'une disposition à l'autocontrôle vue comme trop prononcée, en opérant une forme de contre-socialisation face aux socialisations familiales, scolaires et sportives construites en amont et en dehors de la prise en charge. Comme dans le cas de l'anorexie étudiée par Darmon, l'auto-discipline corporelle excessive se voit pathologisée (Darmon 2008a). Élodie représente un cas typique de « cocotte-minute », dont l'autocontrôle important est considéré comme déviant de la part des soignant·es :

> [Consultation avec la diététicienne C]. La patiente voudrait perdre les 20 kilos qu'elle a pris et qu'elle n'arrive pas à perdre, malgré des efforts importants. Elle a des attentes très fortes vis-à-vis du service : « *les médecins, les professeurs, les moyens que vous avez*. » La patiente dit qu'elle a déjà vu une diététicienne et qu'elle a testé beaucoup de choses pour perdre du poids. Elle n'a pas vu sa diététicienne depuis six mois, puisque cette dernière lui a dit qu'elle n'avait plus rien à lui apprendre. Mais la patiente lui envoie quand même le contenu de ses repas assez régulièrement pour avoir des avis.
>
> La diététicienne C lui demande si, au niveau alimentaire, elle maintient un certain contrôle. La patiente confirme. Si elle ne le fait pas, elle va « *tout reprendre* ». Elle ajoute : « *Si on trouve rien, j'arrête de me rendre malade, j'arrête les consultations pour rien.* » Elle précise qu'elle a vu par exemple trois endocrinologues avant de venir ici.
>
> Bilan de la diététicienne : « *Je vais pas vous dire de plus faire attention mais lâcher du contrôle sans lever le poids du contrôle*. » Silence. « *Je sais pas si j'arriverais, ça fait deux ans que je suis conditionnée. Je suis tout dans le contrôle* ». La diététicienne insiste sur le fait de « *lâcher prise* ». La patiente dit qu'elle comprend, mais ne sait pas si elle pourrait y arriver.
>
> Nous sortons de la chambre de la patiente. En aparté, la diététicienne me dit : « *On sent qu'elle est bloquée, pas prête à lâcher du lest* ».
>
> Nous allons dans la salle médicale et regardons les résultats de la DEXA de la patiente. Elle a 48% de matière grasse, et une dépense énergétique de repos théorique à 1500 Kcal. La diététicienne en conclut qu'elle doit manger à peu près ce qu'elle annonce comme quantité. Il n'y a donc pas de marge de manœuvre au niveau diététique. Selon elle, c'est sur le lâcher-prise qu'il faut agir. Il faut qu'elle « *s'allège là-dessus* ».
>
> Consultation diététique, patiente Élodie, 36 ans, comptable, novembre 2023.

Élodie manifeste assez explicitement dans le rendez-vous son respect strict des normes diététiques, au point de préparer tous ses repas en amont et de les consigner, tout en ayant des attentes importantes (perdre 20 kilos). Pour la diététicienne, la catégorisation de la patiente comme en hyper-contrôle se construit au cours de l'interaction, mais sans être complètement figée. En effet, elle attend d'avoir le résultat de la dépense énergétique de repos pour être certaine que la patiente dit la vérité et mange effectivement peu, sans perdre de poids. Comme souvent, les chiffres issus des outils techniques utilisés sont supposés renseigner davantage sur la « vérité » du comportement que les récits produits par les patient·es. Élodie doit ensuite rencontrer l'EAPA. *A priori* sceptique à la lecture du dossier médical quant à sa capacité à

pouvoir lui prodiguer des conseils, puisqu'elle pratique du CrossFit plusieurs fois par semaine, ce n'est que par la rencontre avec la patiente que l'EAPA lui appliquera la catégorie de déviante par excès de contrôle.

> L'EAPA questionne Élodie sur son emploi du temps et ses pratiques d'AP. « *À 18h, je file au CrossFit.* » Elle préfère ne pas repasser chez elle au risque de se démotiver. « *Je me laisse un jour de repos par semaine.* ». L'EAPA s'interroge : « *Comment vous le vivez ?* » Elle explique que le rythme était difficile au début. « *Aujourd'hui je dirais pas que je prends du plaisir, mais j'y vais pas à reculons* ». Elle fait du CrossFit depuis deux ans, mais il y a eu une pause de quatre mois, l'activité la « *saoulait* » et elle ne voyait pas de « *résultat* ».
>
> Après la consultation, j'accompagne l'EAPA dans la salle médicale. Il y a également la diététicienne C, qui a vu la patiente ce matin, la Dr. L et le Dr. N. L'EAPA leur dit qu'il trouve étonnant que la patiente soit rentrée dans une activité comme le CrossFit, puisqu'elle n'y éprouve pas forcément de plaisir. Son objectif est de remplacer le CrossFit par d'autres activités. Il trouve que, pour elle, l'important c'est de rajouter du plaisir. La diététicienne C lui dit que, même au plan alimentaire, c'est « *une super bonne élève* », dans un sens péjoratif, puisqu'elle n'y prend pas de plaisir. « *Sur le plan diététique, ce qu'il faut, c'est s'éloigner de la diététique*. »
>
> Dr. L : « *On propose quoi ?* »
>
> L'EAPA : « *Elle va déjà au-delà des recommandations* ». L'objectif est plutôt de lâcher-prise.

Finalement, tou·tes les professionnel·les qui ont rencontré Élodie ce jour-ci sont d'accord : il faut l'amener à lâcher prise, tant sur les plans diététique que sportif, pour éviter qu'elle ne « craque ». La catégorie de « cocotte-minute » désigne ici exclusivement des femmes de classes moyennes, supérieures, ou en ascension, sans pour autant que les soignant·es n'en aient conscience. Ce type de catégorisation des femmes qui suivent de manière trop prononcée les normes sanitaires, et en sont discréditées, se retrouve dans le cas des soins dans la petite enfance. Des femmes de classes moyennes ou en ascension peuvent manifester une forme d'hypercorrection par rapport aux normes (Gojard 1999), et se retrouver en décalage par rapport à ce qu'attendent les professionnel·les, à la crèche par exemple (Gojard 2010). Ces femmes décrivent en outre leur application des normes via un vocabulaire emprunté au champ scolaire, en termes d'erreurs et de corrections. Les catégories de l'entendement médical rejouent ainsi les catégories classiques de l'entendement professoral au sujet des élèves « trop scolaires » ou « trop bonne élève », comme Élodie, qualifiant essentiellement des filles issues des classes moyennes (Bourdieu et de Saint Martin 1975 ; Darmon 2012), à qui on reproche l'excès de conformisme scolaire (Baudelot et Establet 1992 ; Blanchard, Orange, et Pierrel 2017). La « bonne volonté », culturelle ou sanitaire, typique des positions intermédiaires, est repérée par les enseignant·es et les soignant·es, qui y voient un investissement portant les marques négatives du labeur, et fonctionne comme le signe d'une limite atteinte. Les élèves et les patientes catégorisées de cette manière courent le risque d'arriver au bout de leurs efforts, et donc d'échouer à plus ou moins long terme. L'institution médicale opère alors un travail socialisateur assez original visant à contrer des dispositions à l'autocontrôle jugées trop fortes. Cette mise à distance de l'ascétisme « trop » prononcé conduit aussi en partie à délégitimer des modes d'usage du corps associés aux classes moyennes, comme nous le verrons au chapitre suivant.

La catégorie de « cocotte-minute » ne sert pas qu'à qualifier, dans l'instant, certaines patientes, mais fonctionne également comme un stigmate de type « tare de caractère », au sens de Goffman (1975). Les patientes qui, par le passé, ont été qualifiées dans le suivi de « cocottes-minute » sont vues comme de potentielles récidivistes, même quand elles cessent de s'appliquer un contrôle jugé trop important. La sur-restriction passée est un spectre qui plane sur elles, un mode de fonctionnement psychologique qui serait toujours présent à l'état potentiel et qu'il ne faudrait pas réactiver.

Sur quels éléments les soignant·es se basent-ils et elles pour décider d'appliquer la catégorie de « cocotte-minute » ? Les soignant·es tentent de repérer des comportements qui s'apparentent à des régimes restrictifs, des règles « *trop strictes* » que s'appliqueraient des patientes, ou encore des « *stratégies compensatoires* », dans les cas où les patientes opèrent des calculs entre leurs apports et leurs dépenses. Les attentes élevées (« *je pourrais faire mieux* ») sont également des indices repérés par les professionnel·les, qui tentent d'amener les patientes à revoir à la baisse leurs exigences. Au sujet des « *stratégies compensatoires* » discréditées, on peut noter que les professionnel·les s'alarment lorsque les patientes mesurent et comptent leurs entrées alimentaires, alors même qu'ils et elles cherchent à créer des dispositions comptables et quantificatrices dans le domaine de l'AP (via les compte-pas notamment). Pour reprendre une formule consacrée, les soignant·es chérissent les causes dont ils et elles déplorent les effets. C'est assez visible dans le travail de l'EAPA qui, face aux patientes « cocottes-minute », ne souhaite pas renforcer une disposition à l'autocontrôle, tout en étant en pratique contraint par les outils à sa disposition pour faire pratiquer des AP au quotidien : monitorer l'activité de marche et l'augmenter, inscrire les patient·es dans des dispositifs de pratique régulière, etc. Cette difficulté professionnelle est confirmée par les diététiciennes, qui me disent à plusieurs reprises que, face aux patientes « *dans l'hyper-contrôle* », il y a toujours le risque que les conseils dispensés viennent s'ajouter au contrôle déjà présent. Les soignant·es cherchent alors à réduire la pression chez ces patientes :

> En consultation avec France, 75 ans, ancienne médecin, le Dr. A pose son diagnostic : il faut une régularité dans l'alimentation. Son poids n'est pas une « *énorme catastrophe* », mais il est important de ne pas en reprendre. « *Ce que vous appelez bêtise, moi j'appelle pas ça bêtise : vous êtes dans une attitude de toujours vouloir faire attention, de restriction cognitive, et c'est toxique parce qu'on n'y arrive pas* ». Il insiste : « *l'excès de contrôle tue le contrôle, il faut que vous vous fassiez plus plaisir. Il n'y a aucun aliment interdit, on peut manger tout ce qu'on veut. Il faut désamorcer le contrôle* ». Il présente à la patiente la métaphore de la cocotte-minute, qui emmagasine de la pression et, à un moment donné, explose.
>
> La patiente sort. Le Dr. A se tourne vers moi et me dit que c'est très compliqué les patients qui font de la « *restriction cognitive* ». « *Elle est intelligente en plus, ça rajoute une couche* ».
>
> Observation de consultation médicale, France, 75 ans, médecin retraitée, septembre 2023.

Si les soignant·es n'ont pas conscience de décerner le label de « cocotte-minute » aux femmes de classes moyennes et supérieures, ils l'associent malgré tout à une forme d'intelligence qui aggraverait cette déviance. Or, loin de désigner objectivement une capacité à comprendre, la qualification d'intelligence au sujet d'un patient relève peut-être surtout d'une familiarité de classe (voire, ici, de profession).

Du point de vue du genre, les hommes sont, dans le service, bien souvent incités à être « *un peu plus organisés* », et leur alimentation est discréditée puisqu'elle manquerait de régularité et de rigueur. À l'inverse, ce n'est qu'aux femmes, et en particulier aux femmes de classes moyennes et supérieures, que les professionnel·les enjoignent à « *lâcher prise* » et « *lâcher du contrôle* ». Si la littérature en médecine de l'obésité repère déjà cette catégorisation de deux types de patient·es par les professionnel·les, accusés « d'excès d'hédonisme » ou « d'excès de contrôle » (Gridaine 2022), la dimension genrée de ces figures typiques n'a pas été explorée. Pourtant, il semble bien que la première de ces étiquettes soit plus souvent attribuée aux hommes qu'aux femmes, et que la seconde soit quasi exclusivement donnée aux femmes. Il est assez délicat de déterminer si ce sont les patients et patientes qui présentent des pratiques différentes en arrivant dans le service, ou si les professionnel·les se basent sur le genre des patient·es pour supposer *a priori* des façons distinctes de gérer l'alimentation. Les deux processus s'enchevêtrent sans doute, dans la mesure où les femmes, en particulier de classes moyennes et supérieures, sont bien plus que les hommes incitées à surveiller constamment ce qu'elles mangent (Régnier 2017), à porter une plus grande attention à leur corps (Vandebroeck 2016) et à suivre avec rigueur les normes diététiques (Carof 2017) ; là où les hommes sont moins poussés à atteindre un idéal de minceur qui requerrait un contrôle strict du travail alimentaire, par ailleurs plus souvent dévolu aux mères et conjointes. Les soignant·es, confronté·es régulièrement à cette différence genrée, catégoriseraient alors les patients et patientes sur cette base. Les professionnel·les du service prennent donc comme référence des différences genrées effectives entre patient·es pour construire deux catégories genrées, qui ne sont pas pensées comme telles[242], l'homme qui « fait n'importe quoi » et la femme trop « bonne élève ».

*
* *

Comment comprendre la présence de distinctions de classe et de genre dans une institution publique comme l'hôpital ? Le travail des professionnel·les du soin peut se décomposer en deux morales, créant une tension en pratique (Prud'homme 2016). La première est une morale hospitalière, héritée des hospices, d'accueil de chaque individu à égalité, quelle que soit son appartenance de genre, d'âge, de classe[243]. La seconde est une morale clinique d'individualisation des soins, qui impose l'adaptation à chaque cas pour proposer le meilleur traitement[244]. Les deux morales produisent une double injonction contradictoire particulièrement vive en médecine de l'obésité, mais résolue en pratique par une médicalisation poussée du style de vie des patient·es. Les caractéristiques des patient·es que les professionnel·les ne sont pas censé·es prendre en compte, comme leur genre ou leur position de classe, sont intégrées dans la définition de ce qui relève du médical. En effet, ces

[242] Les professionnel·les me disent que ces deux types de patient·es existent, mais sans jamais me dire que c'est une distinction genrée. Pourtant, dans les faits, les conseils donnés diffèrent selon le genre du ou de la patient·e.
[243] C'est ce que mentionne notamment le serment d'Hippocrate : « je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. » (texte revu en 2012 par le Conseil national de l'ordre des médecins).
[244] L'exigence de personnalisation des soins traverse l'ensemble de l'espace médical, comme en témoignent les travaux sur les traitements des cancers (Amsellem et Bataille 2018).

caractéristiques donnent des informations (supposément) robustes sur les pratiques actuelles et futures des patient·es, intégrées à la pratique médicale parce que la prise en charge concerne des modes de vie socialement situés. Ce que font les professionnel·les de l'obésité ne s'oppose pas aux deux morales médicales, mais les intègre pleinement, en respectant le principe d'adaptation clinique à chaque cas.

C'est par la médicalisation des styles de vie que l'on peut comprendre, du point de vue des professionnel·les, l'existence des pratiques de catégorisations sociales jamais explicitées comme telles. Ce sont moins des jugements sociaux « gratuits » que des heuristiques permettant aux professionnel·les d'appréhender de manière simple la réalité sociale sans avoir à prendre le temps d'une enquête très détaillée. Les soignant·es glissent alors rapidement dans des stéréotypes de genre et de classe dans la mesure où, pour connaitre le style de vie du patient, ils et elles se basent sur une forme de sociologie profane mêlant leur expérience de patient·es antérieur·es vu·es comme similaires et certaines représentations de sens commun intériorisées dans ou en dehors de leur pratique professionnelle. Poser la question des modes de jugements médicaux en termes de catégorisations pragmatiques permet de détacher le regard d'une dichotomie fréquemment utilisée, entre ce qui relèverait du médical et du non médical, pour se pencher sur les rapports de pouvoir structurant la vie sociale en lien avec les conditions spécifiques de l'institution médicale, partiellement autonome (Carde 2021).

Les jugements médicaux sont particulièrement complexes, et doivent être replacés dans les conditions de travail dégradées de l'hôpital public, « incitant les soignants à adopter des heuristiques rapides » (Labainville 2025, p. 28). L'absence de ressources est par ailleurs naturalisée par les soignant·es, qui y voient un fait immuable et inévitable justifiant les pratiques de tri (Izambert 2016). Les modes de catégorisations des patient·es sont des jugements pragmatiques permettant l'efficacité du travail dans un contexte de pression organisationnelle. Pour autant, le discrédit concernant certain·es patient·es, qui mettent en défaut les professionnel·les, n'est jamais total. Souvent qualifié·es de « *touchant·es* » ou « *attachant·es* », ces patient·es font l'objet d'un investissement collectif (en réunion staff notamment) et émotionnel important, ce qui n'empêche pas une limitation des ressources médicales qui leur sont accordées du fait d'une estimation de leur compliance (peu) probable.

Resituer les catégories de l'entendement médical et les discriminations qui en découlent dans les conditions matérielles de l'exercice du soin permet de décentrer le regard des individus vers les institutions et les choix politiques qui leur donnent telle ou telle forme. Cela revient-il pour autant à dire qu'il suffit d'augmenter les moyens de l'hôpital public pour faire disparaitre les pratiques de tri et de sélection des biens de santé à allouer ? Si l'augmentation des ressources disponibles parait être une condition nécessaire, elle n'est pas suffisante. Nous avons tenté de montrer ici que les modes de catégorisations des patient·es se fondent de manière plus ou moins explicite sur des rapports sociaux qui préexistent à l'espace médical et le traversent. La lutte pour l'égalité face à la santé passe alors tout autant par une remise en cause des rapports de pouvoir structurant l'ensemble de l'espace social, dans lesquels les soignant·es sont pris·es. Si le domaine médical possède une relative autonomie, les mécanismes de catégorisation des usagers sont imprégnés par des rapports de classe, de genre ou d'âge.

Conclusion du chapitre 4 : les limites de l'universalisme médical

En partant du constat élaboré au chapitre 3 que la patientèle du service nutrition est socialement variée, et que cette variation n'est pas sans effet sur les rapports à la santé et à l'institution médicale des patient·es, nous avons cherché à explorer les conséquences dans les parcours de soin de cette variation sociale. Ce chapitre visait à se placer au niveau de l'interaction de soin, pour rentrer dans la logique des professionnel·les et de leurs prises de décision relatives à l'organisation et à la répartition des ressources médicales. Nous avons cherché à restituer et situer socialement les conditions dans lesquelles prend place la socialisation des patient·es, les méthodes employées pour transmettre l'adoption de modes de vie « sains », ainsi que les différenciations opérées par les professionnel·les selon la façon dont ils et elles catégorisent leurs patient·es. Comment la prise en charge se passe-t-elle et à qui profite-t-elle ?

Afin de décrire la socialisation secondaire menée auprès de patient·es qui ne viennent pas dans le service de manière fréquente, nous avons employé la métaphore physique de la focalisation. Tous les dispositifs et professionnel·les, du service et en dehors, sont sélectionnés par le service pour converger dans une même direction, à rebours des expériences ordinaires des individus, relativement hétérogènes. Tourner le regard vers les multiples dispositifs de soin permet de resituer la place du service – qui n'est pas le seul interlocuteur médical – dans le vécu des patient·es, et de le replacer dans un écosystème médical plus large. À cet élargissement de perspective s'ajoute un déplacement nécessaire par rapport à la conception de l'éducation thérapeutique généralement admise dans le champ médical. Loin d'être restreinte aux seuls temps verticaux de transmission explicite de connaissances sur leur maladie, l'éducation – au sens large – des patient·es s'effectue potentiellement à chaque temps d'interaction médicale. Il est alors possible de décrire les deux principaux facteurs qui permettent de créer une socialisation focalisée. Le premier est relatif à la culture commune qui imprègne les pratiques des différents professionnel·les : centrée sur les MTMV, non culpabilisante et arrimée à des modes d'explication de l'obésité psychologisants. Le second porte sur la cohérence des dispositifs médicaux créée par les professionnel·les, qui orientent volontairement les patient·es dans des espaces sélectionnés pour leur affinité avec les méthodes du service. Loin d'être uniquement patient·es du service, les individus ciblés par la prise en charge de l'obésité sont avant tout des usagers de multiples dispositifs pensés selon leur ajustement mutuel. La recherche de cohérence et les caractéristiques des parcours de soin ont pour effet de placer le service dans une position d'avant-garde dans le sous-champ de l'obésité.

Descendre jusque dans les pratiques concrètes et moyens déployés par les professionnel·les pour socialiser les patient·es aux modes de vie sains promus en médecine de l'obésité révèle que, loin d'être neutres, ces pratiques sont socialement situées en haut de l'espace social. Situer la forme des socialisations qui se produisent dans le service permet petit à petit d'appréhender les inégalités sociales de santé qu'elles induisent. Les professionnel·les opèrent un travail qu'on peut distinguer en trois ensembles. Le premier vise l'acquisition d'une vision de la santé centrée sur le long terme et détachée du poids, par une baisse de la valeur accordée à la balance et une valorisation parallèle d'autres paramètres de santé, comme l'autonomie et la mobilité. Ce premier ensemble de socialisation constitue une déconstruction des promesses sociales et

politiques relatives à la perte de poids nécessaire et réalisable, que les patient·es ont bien souvent intégrées. La seconde partie du travail des professionnel·les vise à faire pratiquer les activités physiques de la « bonne sportivité médicale », définies par leurs intérêts sanitaires, tout en apprenant aux patient·es à réguler leurs pratiques selon leurs sensations de fatigue et de douleur. Enfin, le dernier pan consiste à faire adopter un mode de régulation de l'alimentation centré sur les sensations somatiques de faim, rassasiement et satiété. Situer ces trois objectifs de la socialisation médicale montre que les types et modalités de pratiques valorisés empruntent aux registres des classes cultivées, moyennes et supérieures, centrées sur la réflexivité, la centration sur soi et ses sensations, au détriment de règles explicites ou d'un sens pratique incorporé.

Toutefois, il serait faux de voir dans les pratiques médicales des ensembles homogènes : tou·tes les patient·es ne reçoivent pas les mêmes types de soin. Dans un contexte de raréfaction des moyens alloués à l'hôpital public, les soignant·es naturalisent l'impératif de contrainte économique et se sentent obligé·es de faire des choix. Pour décider à qui seront allouées les ressources disponibles, ils et elles s'appuient sur un principe essentiel en médecine : l'individualisation des soins. Mais l'individualisation a un coût pour les professionnel·les, celui de l'enquête sur le patient, nécessaire à la clarification de son mode de vie. Pour pallier cette difficulté, et bien que les professionnel·les réalisent effectivement une enquête à plusieurs sur les patient·es, ils et elles mobilisent des heuristiques routinisées permettant de placer chaque patient·e dans une catégorie préétablie. Il n'y a alors que peu de sens à séparer analytiquement les registres médicaux et non médicaux lorsqu'on enquête sur la prise de décision en médecine. La médicalisation du style de vie, particulièrement saillante en médecine de l'obésité, amène à faire rentrer dans la juridiction médicale des pratiques et représentations des patient·es socialement situées. L'irruption du social dans la prise en charge est toujours justifiée par les professionnel·les par des préoccupations médicales. Les catégorisations médicales qui se basent sur la position sociale (au sens large) des patient·es fonctionnent alors comme des outils cognitifs aidant la prise de décision, qui s'appuient sur une forme de sociologie profane mêlant expérience de patient·es antérieur·es et préconceptions relatives aux différents groupes sociaux définis.

Si les personnes obèses sont inégales dans leurs consommations de soin et leurs rapports à la prévention de pathologies, amenant ou pas à venir de soi-même dans le service (cf. Chapitre 3), on remarque que l'inégalité des prises en charge se joue aussi une fois les parcours de soin initiés. Déjà, parce que manifester un rapport préventif à la santé est valorisé par les soignant·es et, qu'à l'inverse, venir « trop tard », ne pas faire les analyses, manquer des rendez-vous est particulièrement discrédité. Ce qui n'est pas sans conséquence sur les soins, dans la mesure où les ressources, limitées, ont davantage tendance à aller vers les patient·es les plus valorisé·es, à savoir plutôt les individus du haut de l'espace social. Ensuite, parce que d'autres dimensions sont l'objet de (dé)valorisation par les soignant·es. Les capitaux économiques et culturels (notamment « l'intelligence »), jouent sur les biens de santé que l'on peut espérer obtenir en tant que patient·e. Enfin, parce qu'il ne suffit pas de manifester un rapport à la santé préventif, consommer des soins et adopter les « bonnes pratiques », puisqu'il faut également le faire dans des proportions qui laissent aux soignant·es une certaine latitude pour exercer leur expertise,

sous peine finalement de ne se voir rien proposer. Paradoxalement, une adéquation trop forte aux normes et au style de vie valorisé en médecine de l'obésité ne permet pas d'accéder aux ressources médicales que peut dispenser le service.

Il convient maintenant de se pencher sur la façon dont les patient·es reçoivent l'action différenciée du service. Si le pouvoir médical, fondé sur l'expertise et le « monopôle de l'accès aux biens de santé » (Perrin 2025, p. 9), produit une remise de soi forte des patient·es, tou·tes ne réagissent pas de la même manière à ce qu'on leur propose. Certain·es en sont tout à fait satisfait·es et parfaitement ajusté·es aux attentes à leurs égards ; d'autres résistent, plus ou moins explicitement.

Chapitre 5. S'adapter ou résister. Conditions sociales de félicité du travail socialisateur

Ce chapitre prolonge les analyses effectuées au chapitre 4, en se penchant cette fois-ci du côté des patient·es. S'ils et elles ne sont pas catégorisé·es de la même manière, et donc ne reçoivent pas les mêmes biens de santé selon l'appréciation des professionnel·les, ils et elles ne sont pas non plus égaux face à ce qui peut leur être proposé. Nous cherchons ici à étudier les inégalités sociales de santé dans une approche relationnelle, qui intègre à la fois le jugement médical et les prises de décision professionnelles, mais aussi les dispositions (de classe, de genre) des patient·es. D'une certaine manière, les patient·es contribuent à l'existence d'un ordre médical dont ils et elles peuvent bénéficier, ou qui peut les desservir. Nous prenons une distance avec les travaux qui se focalisent sur le tri opéré en santé et les modes de catégorisation médicaux pour voir comment le passé incorporé des patient·es peut influencer les soins reçus, au sein même de la prise en charge, et pas seulement sur ses conditions d'accès (cf. Chapitre 3). Les patient·es disposent de ressources, dispositions, conditions de vie plus ou moins favorables à la socialisation qui s'opère dans le service. Nous nous plaçons ici dans la lignée de travaux qui interrogent la façon dont les prises en charge sont « plus ou moins assimilées, permises ou favorisées » par ce qu'y importent les patient·es (Darmon 2021, p. 205). Il convient alors de balayer l'ensemble de l'espace social pour comprendre de manière relationnelle comment se positionnent les un·es et les autres par rapport à la prise en charge (Loretti 2021).

Les différentes façons de réagir au travail socialisateur sont directement liées aux dispositions préalables, qui engagent des rapports au corps, au temps, à la santé, à l'institution médicale et des représentations du monde socialement variées et situées. Selon le rapport à la contrainte et le type de normes suivies que présentent les patient·es, la socialisation qui se produit peut prendre des formes multiples : facile ou douloureuse (à leurs yeux), rapide ou lente (aux yeux des soignant·es), de grande ampleur ou non. Qui a plus ou moins de chances d'acquérir une disposition durable à des modes de vie sains ? Quels types de dispositions, socialement situées, peuvent faciliter, ou entraver, la socialisation médicale ? D'un point de vue théorique, ce chapitre interroge les conditions, relatives aux dispositions des individus, qui permettent ou non une socialisation secondaire effective. Si la tendance générale des dispositions sociales est à la stabilité et reproduction, selon quelles configurations un changement peut-il s'opérer ? De façon décalée, et plus ancrée sur les enjeux politiques liés au terrain, ce chapitre se penche sur les groupes sociaux qui bénéficient le plus d'une prise en charge de l'obésité. À qui, socialement parlant, la prise en charge de l'obésité convient-elle ? Suffit-il de présenter un rapport à la santé préventif pour être en phase avec les attendus et les méthodes des professionnel·les ?

En termes de méthodes, nous mobiliserons les cas variés de patient·es suivi·es dans le service, actuellement ou par le passé, à différentes étapes de la prise en charge[245]. Comparer des

[245] Comme mentionné en introduction, nous avons fait le choix d'éviter les suivis longitudinaux pour des raisons essentiellement pratiques. On le verra, les socialisations (lorsqu'elles ont lieu) se font sur des périodes relativement longues. Suivre en direct ce processus aurait nécessité une récolte de données peu envisageable dans

individus situés dans des étapes différentes du suivi permet d'estimer tant des dispositions préalables plus ou moins adaptées aux exigences de la socialisation médicale, que des issues et des effets variés à moyen et long terme[246]. Le matériau a ainsi été classé selon les types de rapports au travail hospitalier manifestés par les individus, avant de replacer les cas dans l'espace social au sens large (classe et genre). À partir des pratiques et représentations du corps, de la santé, de la médecine et des normes en général des patient·es, il est possible d'estimer leur distance par rapport aux exigences du suivi hospitalier[247]. Les patient·es, en fonction de leurs rapports à la santé, au corps, aux normes, sont plus ou moins ajusté·es au service, disposé·es à effectuer facilement le travail de patient requis, et donc à se transformer dans le sens attendu (cf. Encadré n°1). Situer les dispositions facilitant ou entravant la socialisation permet ensuite de comprendre leur genèse et leur inégale répartition dans l'espace social. Les catégorisations produites grâce aux données quantitatives et exposées au chapitre 3 nous serviront de base. En effet, les individus manifestent par leurs consommations de soin des attitudes préventives ou curatives face à la santé, qui se peuvent se retrouver jusque dans la façon dont ils abordent la prise en charge et se transforment par elle. Mais cette partition des individus en deux ensembles ne permet pas tout à fait de rendre compte des inégalités face à une même prise en charge, et nous serons amenés à la faire évoluer grâce aux matériaux qualitatifs.

Encadré n°1 : Éviter un rapport normatif dans les entretiens.

Ce chapitre mobilise principalement les entretiens réalisés avec 23 patient·es du service, recruté·es selon un principe de variété des positions sociales, avec en complément des observations de consultations[a]. Les entretiens ayant été réalisés dans la chambre des patient·es (hospitalisé·es à la journée ou sur quelques jours pour des bilans), et l'enquêteur portant une blouse blanche (pour diverses raisons détaillées dans l'introduction de cette thèse), quelques précautions étaient nécessaires pour éviter, autant que faire se peut, de reproduire une situation médicale verticale. Dans les faits, la situation d'entretien ressemble beaucoup à une consultation médicale comme les patient·es peuvent en vivre tout au long de leur parcours de soin : un personnel assimilé à l'hôpital (par la blouse blanche) pose des questions qui, bien que décalées par rapport aux soignant·es, touchent à la santé, au corps et aux modes de vie. Je me suis ainsi assuré, avant chaque entretien, que les enquêté·es comprennent que 1) je ne fais pas partie de l'équipe médicale et ne pourrai répondre à quasiment aucune question sur leur prise en charge[b], 2) je mène une recherche de sociologie respectant l'anonymat des participant·es et 3) je ne divulguerai donc pas le contenu de leur discours aux soignant·es. Si je ne peux être

le cadre temporel d'une thèse, sauf à envisager pour l'enquêteur un surtravail et/ou une précarité professionnelle sur de longues années après la fin du contrat doctoral.

[246] Nous nous inspirons ici des préconisations méthodologiques que Darmon tire de son travail sur les classes préparatoires : « c'est plus précisément la combinaison de trois techniques qui permet d'approcher les intériorisations en pratique : la comparaison d'un même enquêté à des moments différents, la comparaison entre les cours et leurs effets éventuels sur les élèves, la comparaison des effets d'un même processus de socialisation sur différents élèves » (Darmon 2019, p. 120-121).

[247] Nous suivons ici un type d'approche utilisé en sociologie de l'éducation (pour un exemple récent, voir Forestier 2025).

totalement certain de la compréhension « véritable » de chaque personne, je suppose que ces précautions ont permis aux enquêté·es de me situer un peu plus précisément, au moins comme un non-soignant. Ce qui n'a pas empêché certain·es enquêté·es de me demander conseil, davantage sur le mode de l'avis extérieur profane que de l'avis médical (du type « *vous feriez quoi à ma place ?* »).

Mais le rapport normatif dans l'entretien peut se jouer également dans le contenu de ce que les enquêté·es peuvent bien vouloir produire en réponse aux questions. Si je ne fais pas partie de l'équipe médicale, je ne suis pas non plus perçu comme une machine neutre enregistreuse de discours, mais comme un interactant vis-à-vis duquel il incombe de faire « bonne figure ». Comment éviter que les patient·es ne produisent un discours de façade qui omet certaines déviances à l'égard des pratiques qu'ils et elles jugent saines ? Premièrement, on peut dire que ce type de discours qui présente les « bonnes pratiques » davantage que les « écarts » permet d'objectiver le contenu de ce qui, pour chaque individu, est sain ou non. On accède ainsi aux règles ou normes auxquelles les patient·es pensent devoir se conformer. Ensuite, le dispositif médical tend à neutraliser les omissions volontaires de déviance, dans la mesure où le cadre de l'interaction médicale fait lever un certain nombre de tabous (une interaction médicale se caractérise par le fait qu'un grand nombre de sujets personnels, voire intimes, puisse être plus facilement abordé). Enfin, les questionnements répétés sur les détails des pratiques possèdent la double fonction de repérer les contextes précis dans lesquels les individus agissent et manifestent ou non des dispositions (Darmon 2019), et d'amener l'enquêté·e à caractériser davantage ce qui est « réellement » fait.

[a] Il faut y ajouter également cinq entretiens avec des patientes ou anciennes patientes rencontrées dans l'association APA.

[b.] Hormis quelques questions purement organisationnelles.

On le verra, ce chapitre fait intervenir la façon dont les sensations sont l'objet d'un travail hospitalier. Dans la continuité de travaux anciens (Becker 2020) ou récents (Schotté 2012, 2016), nous nous pencherons sur les conditions dans lesquelles des individus acquièrent par la pratique de nouvelles grilles de perception, en nous focalisant particulièrement sur leur plus ou moins grande facilité à parvenir aux objectifs fixés par l'institution. Les travaux fondateurs de Boltanski (1971) ont permis d'approcher la façon différenciée qu'ont les individus de ressentir des *stimuli* corporels et de leur attribuer une importance, forgeant le concept de « culture somatique »[248]. Nous souhaitons ici croiser une approche en termes de processus avec une approche liée à la socialisation pour se demander *comment*, de manière différenciée, les individus peuvent ou non s'approprier de nouvelles catégories de perception, et *comment* ils réagissent face à une tentative institutionnelle d'action sur leur corps.

Plus largement, cette section interroge les inégalités sociales de santé qui prennent forme dans l'interaction de soin. Se focaliser sur le temps de l'interaction médicale permet à la fois de

[248] « Une sorte de *code des bonnes manières* d'être avec son corps, profondément intériorisé et commun à tous les membres d'un groupe social déterminé. » (Boltanski 1971, p. 217, souligné par l'auteur).

comprendre ce qui s'y joue sur le moment, mais aussi ce qui s'est construit en amont, dans les dispositions des individus. Les inégalités ont un substrat qui renvoie au passé des individus et des institutions, mais s'opérationnalise dans l'interaction de soin.

Parce que les individus ont déjà un corps, des manières incorporées de l'utiliser (en mangeant, en le mettant en action), de se préoccuper de leur santé et de l'avenir, la socialisation produite dans le service constitue moins un ajout ou un apprentissage[249], qu'une transformation de l'existant, plus ou moins ambitieuse (parce que les produits visés sont plus ou moins éloignés de ce que fait et pense l'individu), plus ou moins rapide, et même plus ou moins possible.

I. L'osmose dispositionnelle

Nous allons premièrement aborder les cas d'individus qui présentent les caractéristiques (dans leurs dispositions, dans leurs conditions de vie) permettant d'être réceptifs face au travail de socialisation produit dans le service. Après analyse des matériaux, il apparait que ces patient·es, qui sont dans une situation d'osmose avec ce que propose le service, se recrutent majoritairement au sein des classes supérieures, ou des classes moyennes à capital culturel important. Ils et elles appartiennent également à la catégorie d'individu décrit au chapitre 3 comme ayant un rapport préventif aux consommations médicales, et viennent souvent de leur propre initiative dans le service. Nous allons tenter de décrire les différents traits pertinents caractérisant ces individus par rapport à la prise en charge, en les replaçant dans l'espace social. Ce qui est décrit ici relève d'une tendance plus que d'une règle absolue : parmi les patient·es ajusté·es au travail médical, on retrouve principalement des individus du haut de l'espace social, mais pas uniquement. De la même manière, on retrouve des membres des classes supérieures parmi les patient·es peu ajustés décrits plus loin. Il s'agira de comprendre aussi ces cas qui échappent à la règle générale.

Selon quels critères peut-on considérer qu'un·e patient·e est ajusté·e au travail médical ? En adoptant un point de vue légitimiste qui prend pour référence les objectifs de la médecine de l'obésité, un individu est ajusté s'il présente des dispositions, objectifs, attentes, modes de vie en accord avec ce que recherche le service. Ce sont les patient·es qui combinent un certain nombre de traits qui les rendent très réceptifs à ce qu'on leur propose qui sont considéré·es comme ajusté·es.

A. Le rapport de long terme à la santé

Le premier aspect sur lequel les patient·es peuvent se trouver en accord avec le travail des professionnel·les concerne leur rapport à la santé, couplé à un rapport au temps autorisant une projection dans l'avenir. Le fait de considérer la santé de manière préventive, où les pratiques actuelles peuvent diminuer les risques futurs, constitue la manière légitime d'appréhender le

[249] Comme le serait l'apprentissage d'un nouveau métier peu pratiqué jusqu'alors, relativement autonome de la pratique ordinaire (voir par exemple les travaux sur l'apprentissage du métier de médecin, Becker et al. 1961 ; Merton 1957).

parcours de soin en médecine de l'obésité. On l'a déjà vu, les professionnel·les valorisent les individus qui viennent d'eux-mêmes dans le service, de manière à prévoir et prévenir d'éventuelles pathologies associées à l'obésité, sans y être contraints par d'autres professionnel·les de santé. Certain·es patient·es se trouvent particulièrement ajusté·es à ce que propose le service en ayant dès leur arrivée des objectifs de long terme associés à la modification de leurs habitudes de vie, et recouvrant des paramètres de santé détachés du poids. Déjà repéré au chapitre 3 et dans la littérature, ce type de rapport à la santé se retrouve au sein du haut des classes moyennes et des classes supérieures, qui adoptent des pratiques de santé préventives (Longchamp 2009), valorisées dans les programmes d'éducation à la santé (Schlegel 2022) :

> « *Et là, est-ce qu'ici, vous vous attendiez à un régime précis ?*
>
> *Non. Non, parce que je savais que... Dans un cadre hospitalier, voilà, c'est forcément une médecine sérieuse, raisonnable, avec des objectifs de santé. Et, ouais, atteignable, palier par palier. Donc, je savais que ça n'allait pas être un truc, le dernier régime à la mode.* »
>
> Gaëlle, 42 ans, cadre formatrice, Master, 1ère fois dans le service.

La « *médecine sérieuse* » et les « *objectifs de santé* » s'opposeraient pour Gaëlle aux régimes « *drastiques et débiles* », comme elle le dit dans la suite de l'entretien, efficaces pour un temps mais pas à long terme. C'est là une spécificité de ce groupe de patient·es en osmose avec le service. Si la pratique du régime est commune, seuls les individus qui la désignent comme une erreur à ne pas commettre se retrouvent en phase avec l'approche du service, centrée sur l'absence de restriction calorique. Coder les régimes comme des options « *débiles* » serait une condition à l'acceptation de ce que proposent les professionnel·les : une option thérapeutique jugée plus cohérente, car plus douce et orientée vers la santé à long terme. Les régimes commerciaux, formules toutes prêtes et solutions miracles sont alors l'occasion d'une prise de distance explicite vis-à-vis de ces méthodes de perte de poids, mais aussi de ceux et celles qui les consomment (les « *naïfs* » ou les « *idiots* », comme le dit Gilles, 64 ans, universitaire, doctorat HDR, 1ère fois dans le service). En replaçant les individus qui s'opposent aux régimes dans l'espace social, à savoir au sein des classes supérieures ou du haut des classes moyennes, on comprend peut-être mieux ces prises de position, qui se trouvent être moins des opinions neutres que des jugements de classe. Sont alors dénigrés les individus qui cèdent aux promesses commerciales de l'amincissement rapide, perçues comme peu « *naturelles* ».

Les objectifs des patient·es ajusté·es au service sont au contraire détachés de la perte de poids rapide, mettant à distance des objectifs chiffrés en kilos au profit d'une prévention des risques cardio-vasculaires ou d'une meilleure mobilité au quotidien.

> « *Parce qu'à ce moment-là, j'aimerais bien ne pas avoir souffrir atrocement des genoux, du dos, parce que je pèse trop lourd. C'est à peu près, c'est à peu près ça mon objectif. Le reste, je m'en fous.* »
>
> Gilles, 64 ans, universitaire, doctorat HDR, 1ère fois dans le service.

« *Moi, ce que j'attends, c'est de retrouver la mobilité de mon corps. Voilà. Et puis, de travailler sur l'essoufflement.* »

Gaëlle, 42 ans, cadre formatrice, Master, 1ère fois dans le service.

Les objectifs affichés par Gilles et Gaëlle sont typiques des patient·es en osmose avec ce que propose le service : la diminution des douleurs et la mobilité davantage que la perte de poids ; la santé à long terme plus que la santé à court terme ; la santé invisible (douleur, fonction cardio-respiratoire) plus que la santé visible (la corpulence). Les patient·es ajusté·es au travail médical réalisé dans le service mobilisent en entretien des attentes fortes autour des Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV), en les opposant notamment à la chirurgie bariatrique :

« *La chirurgie bariatrique, si c'est bien, on perd du poids sur le moment. Mais quand on enlève... Par exemple, pour l'anneau, si on l'enlève, est-ce qu'on reprend du poids par la suite ? Parce qu'en fait, ça change pas les habitudes alimentaires au final. Et du coup, si c'est maigrir grâce à l'anneau et reprendre du poids par la suite, c'est mitigé pour moi. Je sais pas. Et ça, j'y ai pensé aussi. Et c'est pour ça que là, je préfère... J'aime bien l'approche de l'hôpital parce que c'est plus sur les habitudes de vie, les modes de vie, etc. C'est plus sur les habitudes et les modes de vie que sur vraiment faire un régime, et après, on te laisse faire ta vie. Et puis là, il y a vraiment un suivi. Et je le sens, parce qu'on me l'a redit encore et encore que j'étais bien suivie. Et du coup, je pense que c'est peut-être une solution plus viable sur le long terme que la chirurgie.* »

Melissa, 29 ans, employée de commerce, Master, suivie depuis six mois.

Comme pour le cas du régime, la chirurgie est un moyen de prendre position dans l'espace des solutions thérapeutiques. Dans le cas de Melissa, sa prise de position en faveur des MTMV, sans toutefois évacuer complètement l'option chirurgicale, correspond assez directement avec celle d'avant-garde du service nutrition. Ne pas vouloir de chirurgie parce que ce serait un peu « *facile* » ou « *à la mode* » (Christopher, 39 ans, cadre de santé, Maitrise, 1ère fois dans le service) exprime bien cette distance de classe, distance avec ceux et celles qui n'ont pas de « mérite » ou seraient « soumis » à leur nature en cédant à la chirurgie (Gridaine 2022, p. 371).

Le dernier indice qui nous permet d'estimer le rapport à la santé préventif des patient·es les plus disposé·es à effectuer le travail requis par la prise en charge concerne l'usage de certaines mesures de leur corps, dans une optique de prévention et de connaissance de soi (Régnier et al. 2020). Un rapport à la santé préventif, qui se centre sur la santé invisible, de long terme et détachée du poids, se couple aisément avec un usage de mesures de soi variées, comme la glycémie, la saturation en oxygène, ou le taux de masse musculaire.

« *Alors, je vois très bien, par exemple, maintenant, pour revenir sur l'espèce de partenariat que j'essaie d'avoir avec mon corps, par exemple, depuis que j'ai cet espèce de capteur de taux de sucre, là. C'est intéressant, parce que je vois la courbe et je vois exactement ce qui se passe. Donc, quand mon père m'engueule, ça monte comme ça. C'est vraiment extrêmement clair et net quand, émotionnellement, il se passe un truc pénible, voilà.* »

Geneviève, 56 ans, directrice de maison d'édition, Master, suivie depuis trois ans.

Le rapport aux mesures de soi que présente Geneviève se situe à la fois dans le contrôle de variables ayant un impact sur sa santé, mais aussi dans la réflexivité et la compréhension de phénomènes biologiques que les mesures révèlent. L'usage d'auto-mesures liées à la santé est déjà socialement situé (Régnier 2018), mais l'est d'autant plus lorsqu'on regarde le type de mesures utilisées et les usages qui les sous-tendent. L'usage des mesures que font les patient·es les plus ajustés au travail médical relève d'une forme intellectualisée de connaissance de soi, associée à des savoirs médicaux précis acquis au contact des professionnel·les du soin. C'est le cas par exemple de Philippe (61 ans, ingénieur, Master, suivi depuis dix ans), qui regarde tous les jours sa fréquence cardiaque et sa saturation en O2 sur son téléphone (à partir de sa montre connectée), qui fait automatiquement des tableaux de données, alors qu'il n'a aucune pathologie cardiaque déclarée.

> « *Et je reviens sur les données de santé que vous récoltez sur vous-même. C'est depuis quand que vous faites ça ?*
>
> *Depuis quelques années, au fur et à mesure que les dispositifs s'améliorent et se sophistiquent. Je considère que c'est intéressant d'avoir des mesures pour être alerté, d'avoir des signaux d'alerte s'il y a des choses qui se dégradent, pour pouvoir parler avec un professionnel de santé. Donc ça fait partie de l'aspect prévention que j'évoquais tout à l'heure.*
>
> *Ça a toujours été plus ou moins une préoccupation de votre part ?*
>
> *Non c'est pas toujours, puisque je m'en suis plutôt préoccupé quand je commençais à avancer dans l'âge. C'était pas une obsession quand j'avais 30 ans. Enfin, au fur et à mesure. Au fur et à mesure que vous allez dans l'âge, vous avez la probabilité d'apparition de maladies liées à un certain nombre de facteurs qui remontent. C'est la politique de risque calculé.* »
>
> Philippe, 61 ans, ingénieur, Master, suivi depuis dix ans.

Cet extrait montre bien le lien pour Philippe entre se mesurer et avoir un rapport préventif à la santé. Ses pratiques s'opposent à un usage qui consisterait plus directement à respecter une norme ou faire preuve de bonne volonté à l'égard des professionnel·les, dans la mesure où il a initié les mesures de soi avant d'être suivi en nutrition. Ses mesures du corps dépassent même les attentes des professionnel·les, puisqu'il mesure de nombreux paramètres que ces dernier·ères n'exigent pas, même par suggestion (comme la saturation sanguine en dioxygène) ; tout en exploitant une logique bien présente, à savoir se mesurer pour se situer, se motiver, ou avoir des données chiffrées à communiquer en consultation. Cette tendance à devancer les attentes des professionnel·les pour pratiquer des auto-mesures dans une optique de connaissance de soi se retrouve de manière exacerbée chez des patients comme Philippe, à savoir des hommes entre 50 et 70 ans, aux professions liées à l'ingénierie. Il m'est arrivé, par exemple, de voir un patient en consultation (Bruno, 53 ans) insister pour obtenir des capteurs de glycémie, sans avoir de pathologie qui permettrait d'en avoir sur ordonnance, afin de tracer des courbes de glycémie sanguine et de comprendre l'impact de tel aliment ou telle pratique

d'Activité Physique (AP) en temps réel[250]. Pour ces patient·es, la socialisation à l'auto-mesure que vise à produire le service, via le compte-pas notamment, est en quelque sorte anticipée.

La littérature montre que le rapport au temps spécifique nécessaire pour manifester un rapport préventif à la santé s'acquiert dans des conditions matérielles d'existence qui permettent la mise à distance de la nécessité immédiate, et autorisent la projection d'un avenir anticipé comme stable (Bourdieu 1980). Les pratiques d'auto-mesure sont ici révélatrices de ce rapport au temps particulier où les actions présentes sont pensées en relation à un futur anticipé plus ou moins lointain (Régnier 2025). Les enquêté·es que nous avons présenté dans cette section sont tou·tes issu·es de milieux (largement) éloignés de la précarité, et où la projection dans le futur est y valorisé, notamment en lien avec l'importance accordée au système scolaire qui fonctionne sur ce modèle (Vincent, Lahire, et Thin 1994).

B. L'écoute de soi

Outre un rapport préventif à la santé, les patient·es les plus proches des attentes du service manifestent un intérêt marqué à l'écoute de soi et des sensations, dessinant un rapport au corps tourné vers l'intériorité. Cela se manifeste tout d'abord par le fait de se représenter, ou d'être amené à se représenter, le poids et l'alimentation comme des « problèmes » d'ordre avant tout psychologique et liés aux émotions.

> « *Elle* [la diététicienne] *a creusé finalement plus le côté psychologique. Il était un peu déroutant d'ailleurs l'entretien parce que quand je suis sorti, je me suis dit, mais… OK, ça m'a fait du bien de lui parler, mais comment ça va se mettre en place ? Comment je vais pouvoir perdre du poids finalement ? Parce que là, je ne suis pas sorti du rendez-vous avec des trucs bien spécifiques, quoi. C'était "bon, on ne va pas parler de carottes et de pâtes". Enfin, c'était une approche étonnante, quoi. Je pensais pas que ça allait se passer comme ça, mais ça m'a quand même fait du bien, je pense. Et avant de la voir, effectivement, j'avais quand même en tête que c'est psychologique, peut-être que l'alimentation compense quelque chose. Enfin, voilà. J'ai pas mis encore bien le doigt dessus, mais voilà. Elle l'a clairement verbalisé et elle m'a envoyé voir un psychologue, quoi.* »
>
> Christopher, 39 ans, cadre de santé, Maitrise, 1ère fois dans le service.

Les patient·es ayant déjà une forme de familiarité avec les modes d'explication psychologique de l'obésité se trouvent en position d'accepter beaucoup plus facilement l'approche « *étonnante* » du service, comme le dit Christophe, à savoir une approche qui se décentre de règles diététiques strictes. C'est ce que dit également Hélène :

> « *Moi, ce qu'il faut, c'est qu'on décortique le pourquoi du comment en liaison avec l'abandon. C'est le fait d'avoir besoin de remplir quoi. C'est ça qu'il faut que je démêle et que j'arrive pas à démêler toute seule. Donc, c'est plutôt un psy, je pense, dont j'ai besoin, qu'une diététicienne.* »
>
> Hélène, 50 ans, commerciale, Master, 1ère fois dans le service.

[250] Après négociation, il parviendra à obtenir du médecin un stock de capteurs périmés.

Or, l'affinité à un discours psychologique valorisant l'équilibre intérieur et le bien-être ne se distribue pas au hasard dans l'espace social, mais trouve ses conditions de félicité au sein des fractions culturelles des classes moyennes et des classes supérieures, qui intègrent ces dimensions à la définition pratique de la santé qu'elles mettent en œuvre (Longchamp 2009). Le rapport au corps centré sur les émotions facilite ensuite le travail sur les sensations mené dans le service, une fois la prise en charge initiée :

> « *Qu'est-ce qui a été le plus facile à mettre en application ?*
>
> *Je sais pas si c'est vraiment le plus facile, mais moi, j'ai eu le plus de facilité avec reconnaitre quand est-ce qu'on a vraiment faim et quand est-ce que c'est autre chose qui est en jeu, l'ennui, la fatigue, la tristesse ou quoi que ce soit. C'est la partie à laquelle j'ai réussi à faire le plus attention et à vraiment me rendre compte. Aujourd'hui encore, j'ai des moments où je me dis que j'ai faim, je prends juste deux secondes et, dans ma tête, je me dis que je n'ai pas faim, c'est juste que ça va pas. C'est un exercice que je fais constamment et inconsciemment. Ça me frappe comme un éclair de me dire que ce n'est pas que tu as faim, c'est que c'est autre chose. C'est ce que j'ai le plus facilement réussi à changer dans ma façon de manger.* »
>
> Audrey, 30 ans, professeure des écoles, Master, suivie depuis deux ans.

Décrivant sa familiarisation avec les techniques de contrôle de l'alimentation par les sensations utilisées dans le service, Audrey explicite la socialisation qui s'opère, que l'on peut qualifier de rapide[251]. L'harmonie des représentations psychologisantes de l'alimentation et du poids entre patient·es et professionnel·les permet un apprentissage efficace des techniques de contrôle des apports par l'introspection et l'explicitation des émotions vécues.

Mais il ne suffit pas d'être en affinité avec les modes d'explication psychologisant de l'obésité partagés dans le service pour coller aux exigences liées aux méthodes employées. Le travail de modification de ses habitudes de vie implique aussi la croyance dans la possibilité d'écouter et modifier ses sensations corporelles.

> « *Et la perspective de travailler sur les sensations, c'est quelque chose qui vous parle ou pas du tout ?*
>
> *En fait, je sais pas quel est... Enfin, concrètement, en quoi consiste le travail. Donc, du coup, je ne peux pas dire oui, non. Dans le sens où... Peut-être aussi que mon approche, mes sensations sont fausses. Parce que peut-être que notre corps, nos sensations nous font défaut. Je sais pas. Peut-être que moi, je crois connaitre les signes où mon corps me dit c'est bon, t'as plus faim. Peut-être que c'est pas le bon, j'en sais rien. Mais je vais pas dire que je sais tout. Donc, pourquoi pas voir ces aspects-là, oui. »*
>
> Gaëlle, 42 ans, cadre formatrice, Master, 1ère fois dans le service
>
> *« Et là, actuellement, est-ce que vous contrôlez votre alimentation ?*
>
> *Pas suffisamment* [rires]. *Il faudrait que je la contrôle davantage. Non, pas suffisamment. C'est pour ça que je suis là, d'ailleurs, je pense. Pas suffisamment. Et il faut que j'arrive à écouter plus les sensations du corps, mettre en place les choses. Et*

[251] Elle précise dans la suite de l'entretien qu'elle a mis environ deux mois à s'approprier un nouveau mode de gestion de l'alimentation par les sensations corporelles.

c'est vrai que cette journée, aujourd'hui, est importante. Parce que je pense qu'elle va... me donner des éléments. Là, tout à l'heure, quand je vais voir le médecin, il va me montrer des choses qui, certainement, vont me faire avoir un déclic. »

Christopher, 39 ans, cadre de santé, Maitrise, 1ère fois dans le service.

Les cas de Gaëlle et Christophe sont particulièrement intéressants dans la mesure où il et elle sont nouveau·elle dans le service. À ce titre, ils permettent d'estimer non pas l'effet socialisateur de ce dernier, mais les caractéristiques que possèdent certain·es patient·es à l'entrée, et qui peuvent faciliter ou non leur prise en charge. En l'occurrence, ces deux extraits révèlent à la fois leur méconnaissance relative de ce en quoi consiste la prise en charge, mais surtout leur croyance ancrée dans leurs capacités à pouvoir agir sur leurs sensations corporelles, pour les affiner, les préciser ou les réorienter. L'écoute du corps est, pour ces patient·es, un enjeu majeur, perceptible en entretien par l'intérêt suscité par les questions qui s'y rapportent. D'une certaine manière, ils découvrent une méthode qu'ils ne connaissaient pas, tout en ayant au préalable des attentes à ce sujet : la méthode centrée sur l'écoute des sensations semble faite pour ces patient·es. Des travaux récents ont déjà pu montrer que « la croyance dans la possibilité d'exercer une action sur le destin corporel » (Schlegel 2022, p. 390) est une condition à la réussite de programmes médicaux éducatifs ou rééducatifs (Darmon 2021), et un type de rapport au corps particulièrement présent au sein des classes moyennes et supérieures (Darmon 2008a).

Plus spécifique à notre terrain, les patient·es les plus réceptif·ves au travail sur les sensations partagent avec le service une même représentation de leurs sensations de faim et de rassasiement supposément perturbées, et qu'il faudrait retrouver.

« *Et je sais que dans le service, ils aiment bien parler, les diététiciennes, de sensations alimentaires, sensations de faim, etc. Ça, vous en avez parlé ce matin ?*

Oui, on en a parlé. J'en ai parlé aussi avec la dièt' qui me suit, des sensations alimentaires. Et c'est vrai que je trouve que c'est quelque chose d'hyper important, finalement. Je me rends compte que la plupart du temps, quand je mange des choses, je mange pas par faim, je le mange pour combler quelque chose ou par gourmandise. Alors que finalement, normalement, on devrait manger quand on a faim, quoi. Quand on ressent la sensation de faim. Donc, je trouve que c'est quelque chose de pertinent. Enfin, je pense que c'est quelque chose de pertinent, ça.

Oui, oui. Ça vous parle, cette approche-là ?

Oui, oui. Je trouve que le corps, quand on a envie d'aller faire pipi, on a la vessie pleine, on sent qu'on a la vessie pleine, on va aux toilettes. Quand on mange, normalement, ça devrait être pareil. On devrait manger quand on a faim. Peut-être que la société où on est, la société occidentale, où tout est à profusion et on a la nourriture à portée de main… et que, du coup, peut-être qu'on a pris des mauvaises habitudes. Et parfois, on mange sans avoir faim, finalement. Je sais pas, on va prendre un petit déjeuner, on arrive dans un service et il y a un collègue qui a ramené des croissants parce que c'est son anniversaire. Vous allez manger un croissant. "Mais si, mange un croissant !". On va pas avoir tendance à dire "j'ai pas faim, j'ai déjeuné". On va prendre un croissant et on va le manger. Donc finalement, cette sensation de faim, elle est moins écoutée, je pense, que si on était dans un rationnement de la nourriture.

Vous avez l'impression du coup de pas forcément assez écouter vos sensations ou ne pas les ressentir ?

Oui, c'est sûr. Oui, c'est sûr. Donc ça, c'est quelque chose qu'il faut que je travaille. »

Christopher, 39 ans, cadre de santé, Maitrise, 1ère fois dans le service.

Non seulement les sensations corporelles sont vues comme pouvant faire l'objet d'un travail, mais la direction de ce travail est commune avec la vision qu'en ont les professionnel·les : la « société » aurait perverti des sensations « naturelles » à retrouver. C'est ce qu'évoque également Sandra (51 ans, inspectrice des impôts, master, 1ère fois dans le service) : « *On est forcément tous dotés d'un espèce de détecteur quand on a faim, quoi, et quand on a plus faim. Sauf que, le mien, je l'écoute pas, ou je l'ai déréglé. Enfin... Je l'écoute pas, sans doute. C'est sûr, d'ailleurs.* ». Cette vision particulière d'un « retour à la nature » désirable semble ancrée au sein des classes supérieures contemporaines, comme le montrent des études portant sur les individus fortement diplômés qui stoppent la consommation de gluten (Wolff 2019) ou pratiquent du yoga (Garcia et al. 2023). Apprendre à connaitre et écouter son corps serait une « nouvelle exigence préalable au salut social » venant des fractions culturelles du haut de l'espace social (Wolff 2019, p. 746).

À la représentation des sensations corporelles comme pouvant et devant changer s'ajoute un accord sur les méthodes employées, valorisant le langage, la description, la réflexivité et l'introspection.

« *Les exercices pour ressentir le rassasiement, la satiété, ça, vous les avez faits chez vous ensuite, seule ?*

Manger en pleine conscience, ça, j'ai essayé de le faire. Mais c'est pas facile à mettre en place non plus. Parce que c'est plus sur les saveurs, sur ce que j'aime, ce que j'aime pas. Mettre des mots sur ce que je mange, sur les textures. Ça, je l'ai plus fait chez moi. Mais c'est vrai que la sensation de satiété, on en a parlé brièvement durant les ateliers.

Et ça, manger en pleine conscience, ça vous parle comme méthode ?

Ça va. Ce qui est bien, c'est qu'ils nous donnent des adjectifs, pour mettre des mots dessus. Donc, il y a plus [+] *de descriptions. Et c'est un gros travail d'observation sur soi-même.* »

Melissa, 29 ans, employée de commerce, Master, suivie depuis six mois.

On voit ici toute l'importance du rapport au langage que permet un certain niveau de capital culturel. Bien que mesuré, l'enthousiasme de Melissa pour la méthode employée est lié au « *gros travail d'observation sur soi-même* » qu'elle offre, impliquant une description des sensations vécues. Fille de commerçants, et elle-même employée de commerce, Melissa trouve pourtant dans la méthode une affinité avec son capital culturel (objectivé ici par son niveau de diplôme), associé à une valorisation de l'écoute de soi. On retrouve cette valorisation de l'écoute de soi associée aux descriptions langagières et un symbolisme fort dans les pratiques d'AP, notamment les pratiques orientales proposées dans le service (yoga, qi-gong, tai-chi) :

« *Et donc j'ai fait beaucoup de sport, à ce moment-là, j'ai vraiment découvert, enfin j'ai creusé un peu plus tous les arts martiaux que j'avais fait un peu n'importe comment,*

comme ça. Enfin ça m'avait intéressé poétiquement, mais là, j'ai fait plus sérieusement, notamment le qi-gong médical, etc. Et puis je suis revenue trois mois après et elle m'a dit : "mais en fait c'est bon, en fait, votre hémoglobine glyquée est vraiment bien descendue, donc vous pouvez rester sur des médicaments, sans la pompe." »

Geneviève, 56 ans, directrice de maison d'édition, suivie depuis trois ans.

Chez Geneviève, l'importance accordée à la vision poétique portée par ces activités spécifiques s'ajoute à la conscience de soi et de son corps qu'elles sont supposées induire. La littérature s'est déjà penchée sur les liens existant entre acquisition de perceptions nouvelles et les expressions symboliques qui les accompagnent, *via* le langage notamment. C'est le cas de Becker, dans son étude pionnière sur les fumeurs de marijuana, qui développent une « perception des effets », puis un « goût pour les effets » non pas uniquement par le simple fait de fumer, mais peut-être davantage par les cadrages fournis par les pairs, qui orientent le regard vers les « bonnes » sensations, mises en mot (Becker 2020). Ce type de résultat est repris en sociologie du sport (Schotté 2012, 2016) pour montrer dans quelle mesure les pairs et entraineurs aident les pratiquants, en l'occurrence de course à pied, à discriminer des sensations, accepter, voire valoriser des signes de douleur. Par de nouvelles descriptions et valorisations, les novices portent leur attention sur de nouvelles sensations, en distinguant notamment différents types de fatigue. En somme, les sensations ne pré-existent pas au langage, mais c'est « l'encodage symbolique [qui] détermine la sensation et les possibles corporels » (Schotté 2016, p. 211)[252]. On le comprend alors, les capacités langagières sont déterminantes dans les socialisations somatiques, et méritent d'être davantage interrogées, non seulement comme des médiations dans l'interaction, mais aussi comme des savoir-faire directement liés au capital culturel et donc inégalement distribués[253]. Le fait que le service vise à faire incorporer une classification et une description des sensations, pour les faire exister[254], nous permet alors de comprendre la plus ou moins grande affinité des patient·es avec ce type de socialisation, qui fait directement intervenir un rapport au langage abstrait et réflexif situé en haut de l'espace social.

C. Le relâchement contrôlé

Enfin, le dernier aspect sur lequel les patient·es peuvent être particulièrement en accord avec ce que propose le service concerne le rapport aux normes et à la contrainte. Plus les patient·es acceptent de réduire les contraintes qu'ils s'appliquent sous forme de règles (aliments interdits,

[252] « Le fait que l'ensemble des athlètes usent du même vocabulaire pour désigner leurs sensations ne doit pas conduire à inverser la perspective : ce qu'ils apprennent au contact de la communauté athlétique, ce n'est pas à mettre des mots sur des sensations qui préexisteraient et qui attendraient en somme d'être reconnues et désignées. À l'inverse, c'est le partage et les usages des mêmes notions qui les amènent à décrypter leur ressenti et à dissocier de la même façon les différents registres de fatigue auxquels les conduisent les différents types d'effort. Pour être perçue, la sensation doit faire l'objet d'une attention préalable. Et pour être "retenue" comme pertinente, elle doit être associée à un terme qui permet sa désignation et sa transformation en catégorie de perception durable. » (Schotté 2016, pp. 210-211).

[253] Sur la genèse des inégalités langagières, voir Lahire (2019), en particulier les chapitres 6 et 7 de la partie III.

[254] On peut suivre ici Lignier (2023a) lorsqu'il remet en question la partition entre ce qui serait matériel (ou corporel) et symbolique dans les phénomènes d'incorporation, pour dire que les patient·es analysé·es dans cette partie incorporent des symboles tout autant que des pratiques.

temps et types de pratique d'AP), plus les méthodes utilisées dans le service ont de chances de fonctionner. Pour suivre le travail requis, les individus doivent abandonner des normes de contenus de pratiques alimentaires et d'AP au profit d'une norme relative à la régulation de ces pratiques[255]. On peut alors s'opposer à la vision prônée par les professionnel·les du service, notamment les diététiciennes, promptes à décrire l'alimentation en pleine conscience comme un relâchement des normes qui pèsent sur les individus. En réalité, les patient·es sont incité·es à substituer une norme de régulation du comportement par les sensations à un ensemble de normes relatives au contenu de ce qui est mangé et pratiqué. C'est ce que remarquent Bard (2019) dans sa thèse consacrée aux diététiciennes exerçant en libéral, ou Schlegel (2024) dans le traitement du diabète : une norme et des déviances associées en remplacent d'autres.

Les patient·es critiques des méthodes diététiques très strictes semblent alors particulièrement enthousiasmé·es par l'approche menée dans le service :

> « *Avant cette première consultation, vous, vos attentes, c'était un peu d'avoir des choses précises à faire, un programme ou… ?*
>
> *Ben, oui et non parce qu'en fait, finalement, un programme, là, j'arrive pas à le mettre en œuvre, quoi. Et c'est peut-être ce cadre que j'avais dans le… dans l'application Weight Watcher, c'était trop pour moi. Enfin, à un moment donné, il y a du contrôle partout, il y a du contrôle au travail, il y a du contrôle dans tous les sens. Et est-ce qu'encore en arrivant, j'avais envie de contrôler ce que je mange avec un truc… Ben non, je ne pense pas ! Donc, du coup, finalement, moi, ça m'arrangeait de sortir de là-dedans sans avoir un programme bien spécifique, mais avoir en tête que, voilà, il faut écouter son corps, des conseils plus… comment dire, qui vont plus s'ancrer, finalement, chez quelqu'un, plutôt que d'avoir un plan alimentaire qu'on va respecter. Et voilà, je trouve que cette approche-là, elle est plus intéressante.* »
>
> Christopher, 39 ans, cadre de santé, Maitrise, 1ère fois dans le service.

Derrière les discours des patient·es et professionnel·les, il faut bien mesurer à quel point les méthodes de régulation de l'alimentation et de l'AP par les sensations impliquent une forme de contrôle de soi et de respect de certaines règles. Il faut ainsi s'exercer le plus possible à manger en pleine conscience, remplir des tableaux permettant d'objectiver les sensations de faim, de rassissement, le vécu émotionnel, etc.

> « *Par contre, manger en pleine conscience, ça, oui, ça me parle plus quand même. Manger en pleine conscience, ça me parle plus. D'ailleurs, ce midi, j'ai mangé en pleine conscience.*
>
> *C'est vrai que vous avez essayé ?*
>
> *Et j'ai eu conscience que ce n'était vraiment pas bon* [rires].
>
> *C'est le risque.*
>
> *Mais ça, à l'hôpital, on connait. On s'en doutait.* »
>
> Christopher, 39 ans, cadre de santé, Maitrise, 1ère fois dans le service.

[255] Si les résultats présentés ici valent tant pour l'AP que pour l'alimentation, nous choisissons de nous centrer sur l'alimentation en ce qu'elle fait l'objet d'une méthode explicite et systématisée de relâchement des contraintes.

Les patient·es comme Christopher, qui rejettent ce qu'ils appellent les « *contrôles* », notamment au sujet de l'alimentation, sont paradoxalement les plus prompts à respecter les règles concernant l'alimentation qui, d'une certaine manière, peuvent être conçues comme des nouvelles formes de contrôle. C'est le cas également de Sandra :

> « *Et justement, est-ce que la diététicienne vous a donné des pistes, des astuces ou ce genre de choses ?*
>
> *Oui j'ai déjà essayé de me documenter et tout ça, donc, je n'avais jamais pensé, il y en a une notamment, je trouve qu'elle est pas mal, c'est l'idée de se dire, bon, là je veux goûter, je prépare ma quantité qui a priori va me convenir, je les coupe en tout petits morceaux, et puis je les mange tout doucement chacun et je note à chaque bouchée la satisfaction que j'en retire. Et voilà, et voir à un moment donné où est-ce que je m'arrête et est-ce que j'ai mangé toute la quantité que j'avais prévue dès le départ ? Ou est-ce qu'au final ma satisfaction s'est arrêtée à un moment donné, et du coup, je vais manger moins que ce que j'avais initialement pensé ?*
>
> *OK, ça vous parle ?*
>
> *Oui ça me parle, je me dis que… parce qu'en fait le premier gâteau, je pense que je l'apprécie, mais les autres, je pense que c'est plus par… par un réflexe, mais je… pas sûr que les autres gâteaux… je pense que j'en tire pas forcément autant de plaisir que pour le premier. Donc, est-ce que j'ai besoin de manger un paquet de gâteaux ? Je pense pas non. Et du coup, ce genre d'astuces qui peuvent peut-être me dire, en fait, deux gâteaux, ça va suffire pour me contenter.* »
>
> Sandra, 51 ans, inspectrice des impôts, Master, 1ère fois dans le service.

Le contrôle que doivent exercer les patient·es sur leurs façons de réguler leur alimentation et leur AP rentre plus généralement dans une exigence d'autonomie, déjà repérée dans les modes de traitement du diabète (Schlegel 2020). On est en ce sens assez proche d'un mode d'exercice du pouvoir médical peu autoritaire mais efficace, qui se base surtout sur le fait d'inciter les individus à vouloir se gouverner eux-mêmes au quotidien par des « techniques de soi » (Foucault 2001, pp. 1602-1632). En plus d'une gestion autonome de leurs comportements par les sensations corporelles, les patient·es les plus adapté·es au service sont ceux et celles qui, de leur propre initiative, cherchent des dispositifs de soins annexes pouvant compléter le travail mis en place :

> « *Par rapport à l'activité physique, on vous a orienté vers...* [l'association APA] *?*
>
> *Non,* [l'association APA] *je suis tombée dessus complètement par hasard, avant même la prise en charge en fait de... à l'hôpital parce que justement j'avais cherché des activités aquatiques, j'avais cherché de l'aquagym en fait spécifiquement. J'ai tapé genre aquagym club, personnes obèses ou quelque chose comme ça, et j'étais tombée sur* [l'association APA]*, je leur avais envoyé un mail parce qu'ils avaient... forcément c'était plus le début de l'année, donc du coup tout leur groupe était plein, et ils m'avaient dit si on a de la place en janvier, on vous recontacte et... Et j'ai appris que le club était en lien avec* [le service] *pendant mon hospitalisation en février de l'année dernière. Mais j'étais tombée sur eux complètement par hasard, par mes propres recherches.* »
>
> Audrey, 30 ans, professeure des écoles, Master, suivie depuis deux ans.

Avant même son entrée dans le service, Audrey devance les attentes des soignant·es en termes de bonne sportivité, puisqu'elle tombe « *par hasard* » sur l'association APA fondée par d'anciens patient·es et vers laquelle les professionnel·les orientent une partie des actuel·les patient·es. Sociologiquement, il n'y a pas vraiment de hasard dans la mesure où les individus issus des classes moyennes et supérieures connaissent bien l'institution médicale (Shim 2010) et sont prompts à prendre les devants pour accélérer leur prise en charge, comme l'observe Loretti dans le cas du cancer (Loretti 2021).

Nous allons développer le cas d'Audrey, puisqu'il est particulièrement révélateur des logiques qui amènent certain·es patient·es, essentiellement situé·es en haut de l'espace social, à se transformer rapidement dans la direction attendue par les professionnel·les du service. L'effet de la socialisation est démultiplié pour les individus comme Audrey, pro-actifs dans la recherche de relais de l'action de l'hôpital, qui sont dès le début de la prise en charge confrontés à des discours et des incitations cohérents :

> *« Est-ce qu'on vous a donné des conseils par rapport à l'activité physique ici dans le service ?*
>
> *Euh... Oui, mais du coup, étant donné que j'étais déjà engagée dans des parcours d'activités physiques, ça a été... enfin... balayé très rapidement quand je leur ai dit que je faisais déjà du sport avec* [l'association APA]*, plus avec le* [club « standard »] *que j'allais commencer, j'avais commencé la gym mais pas encore la boxe à ce moment-là. Et donc, du coup ils ont vu que j'avais déjà un suivi à l'extérieur de l'hôpital à ce moment-là, donc ça a été discuté juste quelques minutes, sinon c'était un peu redondant, c'était déjà des choses que j'avais vu.* »
>
> Audrey, 30 ans, professeure des écoles, Master, suivie depuis deux ans.

Ce n'est pas uniquement du point de vue de l'AP qu'Audrey satisfait aux exigences de la prise en charge, mais aussi sur le plan de la régulation de son alimentation, comme elle peut l'exprimer en entretien :

> « *C'est... Ouais, je dirais que j'ai mis peut-être un mois et demi, deux mois. En fait, l'avantage, ça a été que ça a coïncidé avec des ateliers auxquels j'ai participé* [dans le service]*, qui sont normalement des ateliers de préparation à la chirurgie bariatrique. Il y en avait sept avec une psychologue et deux avec une diététicienne. Et ça, couplé au début d'une thérapie, aussi avec une psy recommandée par l'hôpital, ça a permis de me reconnecter vraiment à cette partie-là, d'apprendre à mieux écouter mon corps, d'être mieux consciente des signaux de faim, de satiété, de rassasiement, etc. Donc, c'est le combo de tout ça en même temps, m'a permis de ne pas non plus... Enfin, je dirais qu'en un mois et demi, deux mois, j'étais bien rodée.* […] *Il y a beaucoup de travail sur les émotions. Apprendre à les reconnaitre, comment, du coup, dépasser le "ça ne va pas, donc du coup, je vais manger pour combler mes émotions". Et du coup, trouver des alternatives pour pouvoir gérer cette partie-là. Donc, c'était ce genre d'exercice là qu'on a fait.*
>
> *Et qu'est-ce que vous en avez retiré de ces ateliers ?*
>
> *Beaucoup de bien. Vraiment, en plus, couplé avec le travail que je faisais avec ma psy, ça a été vraiment extrêmement positif. J'ai vraiment l'impression d'en avoir tiré le maximum de ce que je pouvais. Ça m'a permis de ralentir ma façon de manger, de*

déculpabiliser aussi sur certains aliments. Aujourd'hui, un an après, je sens vraiment que je suis beaucoup plus à l'aise avec ma relation avec la nourriture. Je dirais pas que mes troubles de comportement alimentaire sont complètement partis [rires]. *Mais je me sens beaucoup plus sereine. Beaucoup moins angoissée par rapport à ça. Moins coupable, c'est surtout ça.* […]

Et là, qui a changé du coup, ou qui est en train de changer ?

C'est pas encore parfait, mais c'est beaucoup mieux. Et je suis plus en phase avec moi-même, mes émotions, mes sentiments et ces ressentis-là. Donc, j'ai plus [absence] *cette même culpabilité. Je suis capable de reconnaitre... C'était un point aussi, est-ce que j'ai vraiment faim ? Ou est-ce que je m'ennuie ? Ou est-ce que ça va pas ? Ou est-ce que c'est une envie ? Et aujourd'hui, je suis beaucoup plus à l'écoute de ça. Et vraiment capable de me dire, non, là j'ai pas faim, c'est juste que je suis triste. Et du coup, de chercher une alternative.* »

Audrey, 30 ans, professeure des écoles, Master, suivie depuis deux ans.

Le fait qu'Audrey soit particulièrement réceptive du travail de gestion de l'alimentation par les sensations et l'écoute des émotions n'est pas étranger au fait que cette approche soit commune entre le service et la « *psy recommandée par l'hôpital* ». Pour elle, le travail sur les sensations est un outil crédible et intéressant d'optimisation de soi, qui est loin d'être naturel et solitaire, mais porté par des dispositifs de soin coordonnés. La fin de l'extrait est éclairante sur le changement qui s'opère en elle, et donc la socialisation somatique qui se produit, rendue possible parce qu'elle est disposée à croire dans l'efficacité de la méthode[256], qu'elle dispose du bagage culturel autorisant la description fine de ses sensations et émotions, et qu'elle rejette l'idée d'un contrôle fait de règles diététiques portant sur le contenu de l'assiette. Malgré la socialisation peu intense induite directement par le service, Audrey fait régulièrement les exercices en autonomie, ce qui représente une condition favorable au travail médical (ré)éducatif (Darmon 2021). Elle utilise toutes les techniques pour manger lentement, formes de méditation dans le fait de goûter, sans distraction, les aliments (« *puisque, de toute façon, ce que je me souviens, c'était des papiers qu'on m'avait donnés, le sentiment de satiété apparait au bout de quelques bouchées* »). Par la pratique répétée, la socialisation à de nouveaux modes de régulation de l'alimentation ne peut être que plus rapide. La dimension genrée de cette efficacité n'est pas à négliger, dans la mesure où « l'écoute des sensations » se base sur une valorisation de l'intériorité et de l'expression des émotions, et une docilité face aux institutions, auxquelles les femmes sont depuis l'enfance particulièrement incitées[257].

Chez cette patiente, l'adoption d'une nouvelle manière de gérer son alimentation peut se décrire comme une incorporation, non seulement rapide (de l'ordre de quelques mois) mais aussi particulièrement ancrée :

[256] Dans le cas d'Audrey, non seulement elle croit en l'efficacité de la méthode, mais elle fait de la prise en charge une opportunité pour mieux se connaitre, dans un « retournement de l'épreuve » repéré en sociologie du handicap (Ville, Fillion, et Ravaud 2020a), et ici socialement situé.
[257] Pour une synthèse, voir Bereni et al. (2020), notamment le chapitre 2.

> « *Aujourd'hui encore, j'ai des moments où je me dis que j'ai faim, je prends juste deux secondes et dans ma tête, je me dis que je n'ai pas faim, c'est juste que ça va pas. C'est un exercice que je fais constamment et inconsciemment.* »
>
> Audrey, 30 ans, professeure des écoles, Master, suivie depuis deux ans.

Le nouveau mode de gestion de l'alimentation par les sensations est devenu une pratique automatique, quasi-inconsciente et répétée. D'un point de vue méthodologique, le fait qu'elle ait connu ce changement de manière rapide, dans l'utilisation de techniques pour ressentir la faim et la qualifier, lui permet d'en avoir conscience et de le décrire en entretien, contrairement aux formes d'incorporation plus fréquentes du social, sur un temps long et peu perceptibles par l'individu (Lignier 2023a)[258].

Au final, c'est un certain type de rapport réflexif à la pratique qui est recherché, une réflexivité moins sur les pratiques elles-mêmes que sur ce qu'elles induisent corporellement. Pour que cette réflexivité soit effective, il faut alors que les patient·es redéfinissent leur alimentation et leurs pratiques corporelles non plus comme des habitudes associées au sens pratique mais comme des activités conscientes.

> [Fin de la consultation] Diét. A : « *Moi de mon côté, tout va bien. Par rapport aux grignotages* [évoqués par le patient]*, il faut que ce soit conscient et pas habituel* ». Didier lui répond que l'éducation thérapeutique a vraiment été efficace pour lui permettre de mettre en application les conseils. Il ajoute : « *C'est un combat de tous les jours* ». La diététicienne confirme que c'est beaucoup plus facile d'avoir une alimentation automatique, habituelle.
>
> Nous sortons. La diététicienne me dit que c'est le type de patient qui « *reste fragile* », mais qui « *analyse bien* ».
>
> Observation de visite en chambre, Didier, 57 ans, suivi depuis plus d'un an dans le service, haut des classes moyennes / classes supérieures[259], décembre 2023.

Cet extrait est révélateur de l'enjeu de classe qui se cache derrière l'importance accordée aux sensations comme mode de régulation des conduites. Le patient est en bonne voie selon la diététicienne parce qu'il « *analyse bien* », c'est-à-dire qu'il reconsidère son alimentation non plus comme une habitude mais comme une activité à faire en conscience. Par l'accompagnement de la prise en charge et des dispositions de classe favorables, les patient·es observé·es accèdent à une « pratique de la sensibilité » (Lignier 2023b). Dans son travail sur le rire et le sourire à la crèche, Lignier montre bien que ressentir et exprimer des émotions ou un vécu affectif peut être conçu comme une pratique, au sens où l'entend Bourdieu, à savoir une action *implicitement* réfléchie, orientée, consciente (par opposition au calcul rationnel d'un côté et au réflexe[260] de l'autre). Or, cette pratique de la sensibilité, comme c'est le cas dans certaines conditions pour le rire et le sourire, génère de la valeur, parce qu'elle est codée positivement par les professionnel·les de santé. La valorisation symbolique de cette pratique

[258] On peut ajouter qu'elle le décrit d'autant plus facilement qu'elle a les capacités langagières pour le faire.
[259] Ses manières d'agir et d'interagir avec la diététicienne dans la consultation m'incitent à le placer ainsi dans l'espace social.
[260] Même s'il faudrait réfléchir aux différents types de réflexes, plus ou moins complexes, et pas seulement le réflexe myotatique comme le « mouvement de la jambe qui se lève lorsqu'on nous frappe avec un marteau sur le genou » que décrit Lignier (2023b, p. 192).

de la sensibilité a pour conséquence, chez certain·es patient·es situés en haut de l'espace social, de permettre le développement d'un sens pratique réflexif incorporé[261].

On peut faire l'hypothèse qu'au-delà d'une affinité objective entre la méthode proposée et les dispositions réflexives et langagières des patient·es issu·es des classes supérieures, ces individus sont particulièrement séduits par l'individualisation que suppose la règle d'écoute du corps. D'une certaine manière, il suffirait de suivre sa propre règle, celle que le corps impose, et non pas une règle générique. Les membres des classes supérieures, qui justifient volontiers leur position par un discours de mérite individuel, seraient plus prompts à se penser comme autonomes plutôt que comme agis de l'extérieur par une norme impersonnelle.

D. Résistances dominantes au travail médical

Il convient de se pencher maintenant sur les cas de patient·es qui présentent *a priori* les dispositions idéales pour une socialisation efficace dans le service mais qui, dans les faits, résistent, au moins sur certains points. C'est le cas par exemple de Clément (40 ans, artiste comédien, Master, suivi depuis un an), pour qui la résistance à la socialisation au contrôle de l'alimentation par les sensations prend une dimension genrée.

> « *Et on est censé parler de la satiété et de comment on arrive à sa faim et tout ça. Bon, c'est pas encore ça. C'est un peu expérimental. C'est gentil, mais ça va pas changer grand-chose pour moi.* […] *j'ai appelé* [Dr. O] *pour lui dire que je trouvais ça gentil, mais pas encore tout à fait au point. Pas pratique, quoi. Tu sors de là avec aucun outil. Il y a quand même un truc qu'on a fait, qui est l'expérience de la chips, où tu laisses une chips fondre sur ta langue. Et tu te dis* [ton ironique] *"mmh, ha ouais, là, je sens bien le sel", parce que quand tu la manges comme ça, tu te rends pas compte. Alors bon, là, il faut vraiment être à un degré de ne pas s'en rendre compte. Avec des chips en plus, c'est littéralement le truc que tout le monde a envie de taper le paquet, quoi ! Donc bon, c'était pas… ça m'a fait marrer, plus qu'autre chose.*
>
> *Ouais, ça, ces exercices sur la satiété, la sensation de faim et tout ça, ça vous parle pas du tout ?*
>
> *Et pourtant, j'y allais pour ça, parce que justement, je trouve que mon problème actuellement, c'est de savoir, un peu comme un enfant qui a toujours raison ou plutôt un bébé, exactement quand j'ai faim, la vraie bonne faim. Et, quand je suis à satiété, de faire, "c'est bon, c'est assez là". Ça, je trouve que je maitrise plus trop.* […] *Donc, c'est plus moi avec mes propres trucs qui ont été utiles. Après, je l'ai trouvée* [la Dr. O] *très gentille, très douce… et dans la lune !* »
>
> Clément, 40 ans, artiste comédien, Master, suivi depuis un an.

S'il conçoit ses sensations comme visiblement modifiables, en réalisant par ailleurs chez lui des exercices pour manger moins vite et ressentir la faim, il exerce une forme de mépris vis-à-vis d'autres individus qui seraient incapables de « *se rendre compte* » du goût des aliments et

[261] Sur la distinction souvent opérée entre sens pratique et réflexivité, Lahire suggère que « l'habitude peut être une habitude de pensée théorique, une habitude de réflexivité, de planification, de conceptualisation, etc., et n'est absolument pas réductible aux comportements pré-réflexifs » (Lahire 2011, p. 129).

de leurs propriétés rassasiantes. La dénégation de la méthode employée par le service et de la médecin qui la lui a présentée se fait par un champ lexical quasi explicitement lié au féminin (« *gentille* », « *douce* »), qui n'est pas étranger au fait que la régulation de l'alimentation par les sensations implique un ensemble de dispositions que l'on retrouve beaucoup plus fréquemment dans les socialisations féminines et perçues comme telles (écoute de soi et verbalisation de ses émotions [Diter 2015]). L'ordre du genre détermine la valeur accordée à différents domaines, visible chez Clément dans la façon dont il juge l'écoute des émotions et le mode d'administration des conseils prodigués par la Dr. O. Les travaux récents en sociologie du corps insistent sur la faible hétérogénéité de pratiques et de représentations genrées au sein des classes supérieures[262]. Or, il ne faut pas oublier pour autant que l'ordre du genre structure de bas en haut les relations entre les individus, leurs pratiques et prises de position. Dans le cas de Clément, un fort capital culturel (dont témoigne une scolarité dans une grande école et au conservatoire) n'empêche pas la dénégation de la valeur d'activités codées comme féminines, et peut-être davantage du mode de transmission utilisé. La représentation d'une santé de long terme et la volonté de modifier en profondeur des habitudes de vie n'empêchent pas certain·es patient·es comme Clément de s'opposer à une méthode dévalorisée sur le plan du genre[263]. Cet exemple révèle la dimension genrée de la socialisation qui s'opère dans le service, non seulement orientée vers le haut de l'espace social, mais aussi vers le féminin.

Une autre forme de résistance peut advenir chez des individus, plutôt des femmes, qui ont toutes les dispositions requises pour mener à bien le travail de patient, ce qui les amène à sortir de la prise en charge. Cette sortie représente moins une forme d'*exit* conscient et politisé, que la conséquence d'une atteinte des objectifs définis par la médecine de l'obésité :

> « *Et après j'ai eu un rendez-vous, trois semaines ou un mois après, je sais plus, et moi je suis tombé sur* [Dr. A] *directement, mais bon, ça c'est la loi de la loterie, qui m'a reçu, qui regarde mon dossier, je lui ai dit "j'ai des problèmes, je connais tout par cœur, je peux faire, mais ça marche pas !". Il me dit oui vous êtes en bonne santé, je lui dis "oui plutôt". Il me dit : "bah continuez à bouger !". J'y suis retourné une fois et j'ai arrêté* [rires]*, parce que ça, je le connais. Donc, ce que je pense qu'était intéressant, c'est d'avoir un bilan général, ça confirme que tout va bien. Après, ils ont pas de solution miracle. Je pense qu'ils ont des solutions pour les gens qui veulent se faire opérer, un anneau ou un bout de l'estomac en moins, mais sinon, voilà, l'apport nutritionnel, les machins, les trucs, si ça marchait chez moi, je le saurais déjà.*
>
> Martine, 63 ans, professeure des écoles retraitée (rencontrée dans l'association APA).

Le cas de Martine peut en apparence relever des « *perdus de vue* » que mentionnent régulièrement les professionnel·les. Pourtant, contrairement à ce que recouvre la catégorie, elle

[262] "*In fact, as one rises in the social hierarchy and agents increasingly have access to other sources of social status, the strict divisions between the sexes tend to loosen. Not only do women increasingly adopt roles and develop interests (in politics, culture, etc.) that among dominated groups are most often reserved for men, but men from the middle and dominant classes also increasingly display a concern with the body's form and appearance – in matters of diet, clothing and cosmetics, for instance – which their working-class counterparts tend to perceive as overly "effeminate" and often delegate wholly or partly to the women of their class.*" (Vandebroeck 2016, p. 30).

[263] Dans le cas de Clément, il recherche davantage une autorité, qu'on peut dire masculine (« *quelqu'un qui te prend en main et qui te dit "ça suffit"* »), du fait d'une expérience antérieure de régime très cadré perçue comme une réussite.

n'est pas sortie du suivi contre leur avis, mais parce qu'ils et elles estiment ne rien pouvoir lui apporter. Martine fait partie de ces patientes tellement ajustées au dispositif que ce dernier devient inutile en termes de socialisation : tout ce que le service peut amener comme transformation est déjà effectué. Cette sortie « par le haut » du dispositif de soin s'observe tout particulièrement chez des femmes relativement âgées, obèses depuis plusieurs décennies, ayant connu des épisodes de prise en charge médicale précédents et accumulé un capital diététique important[264]. C'est le cas de Martine, qui a déjà fait un séjour en clinique sur l'obésité, ou Monique (78 ans, enseignante et artiste), rencontrée elle aussi dans l'association APA : « *Et* [Dr. A] *m'a dit, c'était un rendez-vous d'une heure et demie, je crois, on a discuté pendant 1h30, il m'a dit : "mais écoutez, vous savez tout, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise de plus ?"* ». L'histoire pondérale se conjugue avec un capital culturel important et des précédents de suivis médicaux au sujet de l'obésité, pour faire de ces femmes des expertes des modes de vie « sains », à qui le service ne peut rien apporter.

De la critique légitime

Même les patient·es tout à fait ajusté·es aux modes de socialisation requis peuvent mobiliser des répertoires critiques par rapport à l'univers médical, au sujet notamment des normes qu'il véhicule. Or, les critiques émises par ce type de patient·e relèvent davantage du discours que des actes et peuvent, paradoxalement, être alignées avec certains discours des professionnel·les du service. D'un point de vue théorique, nous cherchons ici à prendre au sérieux les capacités critiques des individus envers les faits sociaux auxquels ils sont confrontés (Boltanski 2009 ; Boltanski et Thévenot 2008), tout en les replaçant dans les conditions sociales qui rendent possibles l'énonciation et la félicité de la critique. En l'occurrence, les discours critiques analysés ici ne sont pas abstraits ou purement théoriques, mais adressés dans un contexte particulier à des agent·es d'une institution médicale. Plutôt que de se demander quel répertoire discursif est mobilisé (*cité*) et quelle évolution des institutions produit la critique (*épreuve*), nous cherchons à comprendre qui porte une critique et ce que les formes de la critique révèlent des propriétés sociales de celui qui l'énonce. Quels répertoires discursifs mobilisent les patient·es selon leur position sociale ? À quel degré les critiques, selon leurs formes et contenus, sont-elles recevables par le corps médical ?

L'espace médical étudié est particulier, en ce qu'il donne une importance forte à la remise en cause des normes et contraintes, notamment diététiques et d'AP. Dans ce cadre, les critiques émises par les patient·es au sujet des injonctions normatives associées à l'obésité sont non seulement tolérées, mais surtout reproduites en partie par les professionnel·les. Patient·es et soignant·es se retrouvent sur la même longueur d'onde critique. Même dans les cas où la critique porte sur des points auxquels tiennent les professionnel·les, celle-ci peut être reçue et audible du moment qu'elle n'entraine pas de résistance *en acte* à la socialisation. Ce point peut être illustré par le cas de Gilles :

[264] On peut, à ce titre, parler d'un capital culturel de santé (Shim 2010) ajusté à la médecine de l'obésité relativement important.

« *C'est vrai que l'activité physique, depuis que je suis à la retraite, j'en ai encore moins qu'avant. Il faut dire que je déteste ça, tout simplement ! L'activité physique me provoque un ennui mais abyssal et métaphysique. C'est-à-dire que, dès que je fais un truc qui ressemble de près ou de loin à de l'activité physique, je me dis "mais pourquoi je fais ça ? Qu'est-ce que je m'emmerde avec cette… ?" Je ne sais pas. Pour moi, c'est du temps perdu. Alors que je pourrais soit dormir, soit bouquiner, soit regarder un film qui me plait, ou travailler. C'est vraiment... Pour moi, c'est le summum de l'ennui. Il n'y a rien qui me fait plus chier que de m'agiter ! Pas tellement parce que ça me fatigue. C'est pas ça. C'est juste que ça m'ennuie. Mais alors profondément.* […]

Et ça, quelle que soit l'activité physique ?

Quelle que soit l'activité physique. Ça m'exaspère. Non, mais j'en fais, pourtant. J'en fais parce qu'il faut en faire. Je fais du vélo d'appartement quand il fait moche. Je fais du vélo pas d'appartement quand il fait beau. Je vais à la piscine, de temps en temps. Quand il fait beau. Quand il fait moche, je vais pas. Mais sinon... Et puis, j'ai fait dix ans de karaté quand j'étais jeune. »

Gilles, 64 ans, universitaire, doctorat HDR, 1ère fois dans le service.

Alors même qu'il est critique d'une approche qui verrait dans les AP des loisirs intrinsèquement plaisants, Gilles pratique malgré tout, et respecte d'une certaine manière la bonne sportivité médicale (il pratique du vélo d'intérieur trois à quatre fois par semaine, parce qu'il « *pense que c'est nécessaire* »). Les dispositions scolaires et sanitaires de respect des normes se conjuguent à des ressources critiques lui permettant de mettre à distance, en parole plus qu'en acte, les injonctions normatives. Ses connaissances en sciences sociales lui permettent notamment de formuler des critiques légitimes dans ces espaces, sans pour autant que le registre discursif n'amène de remise en cause pratique du pouvoir médical, comme on peut le voir quand il évoque en entretien les campagnes anti-tabac, alors même qu'il a arrêté de fumer :

« *Je pense que tous les discours anti-tabagiques sont des discours d'espèces d'abrutis qui n'ont jamais compris ce que c'était que l'addiction. Tous les professeurs Machin et professeurs Bidule sont des gros cons ! Ils comprennent pas ce que c'est que des addictions. Ils savent pas ce que c'est qu'une addiction. Et ils parlent de la drogue, ils parlent de ceci, de ça. Mais ils savent pas ce que c'est ! Ils savent pas ce que c'est que d'être fumeur. Ils savent pas ce que c'est que d'être défoncé. Et alors, tous les discours moralisateurs, ça cache simplement une envie de faire du mal aux gens. Et de contrôler leur existence. Je pense vraiment que c'est un côté... Le discours moralisateur sur la drogue, la clope, le machin, je pense que c'est un discours totalement... c'est un discours de contrôle, de prise de contrôle du corps. Oui, oui, des individus.*

Et les discours moralisateurs sur la nourriture ?

Pareil. Pareil. Mais moi, ici, je suis... on me tient pas le discours moralisateur. Je pense que c'est pas pareil. Moi le toubib qui m'explique que la cigarette, ça peut faire ci, ça peut faire ça, c'est pas un discours moralisateur, voilà, il explique les choses. Les gens qui disent, ah, c'est un danger public, blablabla. Ces gens-là, pour moi, c'est des criminels ! C'est des criminels dans l'esprit, en tout cas. C'est des gens qui veulent contrôler les corps et les pratiques et les vies des gens autour d'eux. J'appelle ça...

Enfin, c'est pas moi qui appelle ça, c'est Michel Foucault, qui appelle ça du bio-pouvoir.

Et là, ici, à l'hôpital, vous n'avez pas l'impression que c'est une entreprise de gouvernement des corps ?

Bien sûr que si. Mais globalement, l'hôpital, c'est une entreprise de procédure sur les corps. On applique des procédures sur les corps. Mais c'est pour soigner. C'est la différence. Tandis que les discours sur l'alcool, etc., c'est pas pour soigner. C'est pour purifier la société, voilà ! […] *Enfin, je tiens à un discours très... C'est rien d'original. C'est extrêmement simple, ce que je dis. Mais...*

Tout le monde ne tient pas ce discours-là.

Non, mais je ne discute pas du tout de l'importance de la médecine et quoi que ce soit. Je ne discute pas du tout. Quand mon médecin me dit de faire ceci, j'ai plutôt tendance à le faire [rires]. *Oui, oui. Voilà. Il y a de grandes chances que je le fasse. Mais en même temps, les discours moralisateurs m'insupportent. Ils m'insupportent parce que je sais ce qu'il y a derrière. Il y a du christianisme, il y a du judaïsme. Il y a de l'islamisme, enfin, tout ce que vous voulez. C'est toujours l'idée du bon Dieu qui distribue les bons et les mauvais points. Ça, ça m'insupporte !* »

Gilles, 64 ans, universitaire, doctorat HDR, 1ère fois dans le service.

On voit ici un mécanisme qui autorise Gilles à s'opposer explicitement à des types de discours commun en médecine, qui se fondent sur une forme de moralisation des comportements des individus : il possède l'assurance d'être légitime dans sa critique, parce que le discours critique mobilisé est effectivement légitime dans d'autres espaces, notamment universitaires. Si les membres des classes supérieures à fort capital culturel ne sont pas les seuls à mobiliser des discours de contestation du monde médical ou du service nutrition, la critique prend dans leur cas une forme d'affirmation d'une autonomie de pensée savante. Le cas de Gilles est très éclairant, puisqu'il mêle les profits d'une posture critique savante aux bénéfices dans la prise en charge d'une application pratique des conseils délivrés par les professionnel·les.

Dans certains cas, la critique mobilisée par les patient·es très ajusté·es peut prendre des formes d'opposition frontale aux soignant·es. Ces cas concernent des patient·es appartenant aux classes supérieures, qui tentent de renverser la hiérarchie médicale pour *exiger* des médecins une solution à leurs problèmes. Les deux extraits d'observation de consultation qui suivent sont représentatifs de ces formes de résistances des classes supérieures au travail médical :

Dr. A : « *Vous venez me voir pour un analogue du GLP-1 ? Je suis un prescripteur du GLP-1 pour vous ?* ». La patiente : « *Si vous êtes d'accord ! Je veux pas faire n'importe quoi.* » S'ensuit un débat entre eux sur les médicaments à prendre, leurs intérêts et surtout leurs risques. Dr. A dit à la patiente qu'il a l'impression d'être instrumentalisé.

Elle semble très déçue par la décision du médecin de refuser de lui prescrire ce qu'elle souhaiterait, elle regarde vers le bas et elle triture son collier, elle bégaie. Dr. A : « *Je réponds pas à vos demandes, mais je suis médecin salarié, je fais ce que je veux* ». Elle tente de négocier : « *C'est la NASH*[265] *qui me fait peur* ». Le médecin répète ce qu'il a déjà dit, se justifie et prend le temps d'expliquer son positionnement. Elle est visiblement déçue. Dr. A : « *je vous parle comme ça car vous avez fait de la médecine pendant 50 ans* ». Elle insiste. Le ton monte

[265] *Non-alcoholic steatohepatitis*, lésion du foie souvent associée à l'obésité.

du côté du médecin : « *si vous perdez dix kilos et que vous vous cassez des vertèbres, qu'est-ce qu'on aura gagné ?!* ».

Observation de consultation médicale, France, 75 ans, ancienne médecin, 1ère fois dans le service, septembre 2023.

[Après que la patiente a répondu aux questions du Dr. B] « *Vous avez un gros trouble du comportement alimentaire* ». La médecin lui propose un médicament en phase de test qui agit sur le circuit de la dopamine.

- « *Mais c'est pas un coupe-faim ?* »
- « *Non, rien à voir.* »
- « *Quels sont les effets secondaires ?* »
- « *Quasiment rien, vous allez être entre guillemets contrôlée pendant deux mois avec des visites régulières.* »

La patiente refuse, elle veut absolument le médicament (pas le placebo), pour perdre du poids. Elle ajoute par ailleurs qu'elle ne croit pas à l'effet placebo.

Dr. B : « *Ouais, mais y a pas de solution miracle !! Vous racontez très très bien vos troubles du comportement alimentaire* ».

Carole : « *Ce que je veux, c'est un système coupe-faim sans hypnose, sans molécule machin qui agit sur le cerveau.* »

Dr. B : « *La réponse c'est : y en a pas ! L'autre traitement, c'est Saxenda, c'est des injections tous les jours, pas remboursé, à 300€ par mois. Ça agit sur la prise alimentaire. Mais vous allez pas perdre 20 kilos en deux mois, Madame !* ».

La patiente insiste et dit vouloir un coupe-faim.

Dr. B : « *Mais ça n'existe pas, tous les médicaments coupe-faim sont retirés du marché !!* »

Carole : « *Moi, honnêtement, je veux pas servir de cobaye, je veux pas d'un truc qui agisse sur le cerveau.* »

Dr. B : « *Mais c'est paradoxal parce que les coupe-faims, ça agit sur le cerveau* » et ça a de graves effets. La médecin insiste : « *Il n'y a pas de solution pour perdre rapidement 20 kilos* ». La patiente dit alors qu'elle veut une chirurgie.

« *Vous, de ce que vous me racontez, la chirurgie n'est pas indiquée* ». La patiente dit que l'argent ne rentre pas en ligne de compte, elle ne veut pas de médicaments ni de « *piquouze pendant 3 ans* », notamment parce qu'elle va aller au [pays d'Afrique centrale], où son mari est diplomate, et qu'elle ne pourra pas conserver les piqûres.

La médecin lui explique que la chirurgie ne peut pas se faire avant d'avoir réglé les troubles du comportement alimentaire. La patiente insiste. Dr. B : « *Ça prendra six mois de prise en charge clinique de traitement de vos troubles du comportement alimentaire avant la chirurgie* ». Elle ajoute que, si demain elle va dans une clinique privée, et qu'on lui promet une opération le lendemain, ce serait un danger pour elle. La patiente parait dépitée. Le Dr. B lui explique le fonctionnement du parcours en chirurgie, et insiste : « *C'est six mois de suivi* ». La patiente tente de provoquer la médecin au sujet de la chirurgie sur un ton assez agressif : « *La logique, c'est faire maigrir les gens avant de les opérer ?!* ».

Finalement, la médecin lui propose un rendez-vous en hôpital de jour avec un bilan complet, que la patiente accepte.

Consultation du Dr. B, Carole, 56 ans, classes supérieures, première fois dans le service, octobre 2023.

Dans le premier cas, la résistance s'appuie sur l'appartenance passée de la patiente au corps médical ; dans le second, par l'assurance que possède la patiente qu'il existe une solution pour lui faire perdre du poids, du moment qu'elle est capable de l'acheter. Dans les deux cas, c'est une tentative de la part des patientes de reproduire au sein du « colloque singulier » une situation de domination qu'elles peuvent connaitre ailleurs, dans d'autres espaces, c'est-à-dire une situation dans laquelle elles seraient capables de commander et d'exiger qu'on accède à leur demande. Dans son travail sur la rééducation post-AVC, Darmon identifie une condition de réussite de la rééducation dans les classes moyennes et supérieures relative au « sentiment d'assurance à l'égard de l'institution hospitalière » et « une conscience de leur "bon droit" » (Darmon 2021, p. 257). Or, dans le cas qui nous intéresse ici, les formes les plus exacerbées de ce sentiment d'assurance constituent plutôt un facteur de résistance, en ce que le « bon droit » que les patientes estiment avoir dépasse largement ce que peuvent accorder les professionnel·les. Le cas d'individus dominants qui tentent de soumettre une institution à leurs souhaits rappelle davantage les cas de parents d'enfants diagnostiqués à Haut Potentiel Intellectuel (HPI) étudiés par Lignier (2012), qui usent des tests d'intelligence et des professionnel·les qui les font passer pour tenter d'infléchir les formes prises par l'institution scolaire (qu'on pense souvent à tort comme homogène et non négociable), dans des stratégies de reproduction intergénérationnelle. L'opposition franche de certain·es patient·es du haut de l'espace social à l'institution médicale a également pu être relevée, notamment dans le travail de Longchamp (2009), où les parents appartenant aux classes supérieures peuvent manifester des « stratégies de confrontation » vis-à-vis de l'infirmière scolaire, discréditée comme un « pédiatre du pauvre ».

Bien que limitées, nos données sur les rares cas d'opposition frontale aux professionnel·les suggèrent que ce sont davantage les femmes du haut de l'espace social qui en sont à l'origine. Nous faisons l'hypothèse que, dans le domaine de la santé, et qui plus est lorsque l'alimentation est impliquée, ces dernières se sentent en maitrise et en terrain connu (Cousteaux 2011; Gridaine 2022), au contraire des hommes de cette fraction de l'espace social qui seraient plus dociles dans l'interaction parce que moins à l'aise sur ces questions.

Par ailleurs, le passage dans le service n'est pas sans effet sur ces femmes qui remettent en question la domination médicale. Le cas de Geneviève (56 ans, directrice de maison d'édition, suivie depuis plusieurs années) est éloquent sur la capacité des professionnel·les à pouvoir rendre dociles certaines patientes. Si au début de son suivi, elle tente d'imposer son rythme de vie en s'opposant aux recommandations des soignant·es[266], elle devient, après amélioration de son état de santé, beaucoup plus à l'écoute des conseils délivrés, notamment au sujet des AP.

> « *Donc, en tout cas, moi, je le sens que je suis devenue beaucoup plus disciplinée, et c'est un côté hyper pénible. Parce que c'est à chaque fois, beaucoup d'organisations, etc., de venir ici, tous les ans, et en même temps, il y a un côté, je me dis, si ça se trouve, ça peut éviter des catastrophes. Parce que du coup, là, maintenant, comme je suis suivie régulièrement, et bien, peut-être que ça peut éviter qu'il y ait une situation qui déborde complètement. Et comme pour l'instant, moi, en tout cas, personnellement, je sens que*

[266] Cf. Chapitre 3.

ça va de mieux en mieux, je suis quand même moins pénible qu'il y a un an ou deux ans. Donc, je me dis que ça va quand même dans un meilleur sens. »

Geneviève, 56 ans, Master, directrice de maison d'édition, suivie depuis trois ans.

Geneviève explicite bien le travail socialisateur qui s'est opéré en elle (être « *devenue beaucoup plus disciplinée* »), et malgré elle, en ce qu'elle le voit comme quelque chose de « *pénible* », mais positif pour sa santé. Quand elles restent dans le service et poursuivent leur suivi, les patientes qui résistent aux soignant·es par domination peuvent se transformer si elles perçoivent un intérêt à cela, notamment sanitaire. L'évolution de l'état de santé, la trajectoire de maladie (Strauss 1992), a son importance, dans la mesure où il peut être codé positivement et attribué à l'action des professionnel·les.

*
* *

Au-delà d'un rapport préventif à la santé déjà approché par l'enquête statistique exploitée au chapitre 3, les membres des classes supérieures et du haut des classes moyennes peuvent manifester un ajustement très prononcé aux exigences du parcours de soin. Ce que l'enquête de terrain permet de révéler, c'est qu'une grande partie des patient·es situés en haut de l'espace social manifestent trois ensembles de dispositions qui leur permettent d'être socialisé·es de manière efficace aux modes de vie sains prônés dans le service enquêté. Le premier ensemble représente un rapport à la santé orienté vers le long terme et détaché de la corpulence[267]. En accordant davantage de valeur à la santé préventive, donc invisible, par rapport au seul poids, ces patient·es parviennent à se projeter dans des pratiques qui n'ont pas pour objectif la perte de poids rapide mais l'amélioration ou le maintien de paramètres de santé, comme la mobilité ou la fonction cardio-respiratoire. Le second ensemble de dispositions permettant une socialisation efficace en tant que patient·es en médecine de l'obésité relève d'un rapport au corps tourné vers l'écoute des sensations et l'intériorité. En ayant les ressources langagières et somatiques autorisant l'exploration et la verbalisation de sensations, les patient·es ayant ce type de rapport au corps se trouvent en situation idéale pour s'approprier les moyens de régulation de l'alimentation et de l'AP utilisés dans le service, centrés sur une norme d'écoute du corps plus que sur des règles impersonnelles à appliquer. Enfin, le dernier ensemble de dispositions nécessaires pour une socialisation efficace concerne un rapport aux normes centré sur un relâchement des règles et des contraintes. Être un·e patient·e ajusté·e au parcours de soin en médecine de l'obésité revient moins à manifester un autocontrôle très fort en termes diététiques et d'AP que d'être capable au contraire de relâcher les contraintes liées au contenu de ce qu'il faut faire, au profit d'une nouvelle norme transversale de régulation des comportements par les sensations.

Ce qui ne veut pas dire que la machine soit parfaitement huilée, sans accroc. Déjà, tous les membres des classes supérieures ne possèdent pas mécaniquement les dispositions idéales. Ensuite, les posséder ne suffit pas, puisqu'elles doivent être couplées à une forme de docilité et de remise de soi aux professionnel·les, c'est-à-dire d'une préservation du pouvoir médical

[267] Nous discuterons à la fin de ce chapitre le fait qu'un « rapport à » (la santé, au corps…) soit constitué d'un ensemble particulier de dispositions.

(Perrin 2025). Or, des contestations peuvent apparaitre, chez des individus qui se sentent, par une position de classe et/ou de genre spécifique, autorisés à contester la pertinence de ce que leur proposent les professionnel·les.

Comme le mentionnent d'autres travaux, portant par exemple sur les normes de santé dans la petite enfance (Gojard 2010), il existe un alignement entre ce que sont ou font les membres des classes supérieures et ce que les institutions sanitaires promeuvent et exigent de leurs usager·ères. Nous souhaitons approfondir la discussion d'un point de vue théorique au sujet des dispositions possédées par ces individus et celles travaillées par l'institution. La socialisation ne semble efficace que si les produits qu'elle vise à créer sont d'une certaine manière déjà là chez les patient·es. Parce qu'elle cherche à produire des dispositions situées implicitement chez les fractions diplômées de l'espace social, la socialisation qui s'opère dans le service favorise les individus du haut des classes moyennes et des classes supérieures qui les possèdent déjà. Ces patient·es manifestent en outre des pratiques d'emblée proches du modèle de comportement visé. C'est là un des paradoxes apparents de la prise en charge de l'obésité : les patient·es les plus disposé·es à se transformer au contact du service sont aussi les plus proches du modèle de comportement attendu. En d'autres termes, ceux qui ont le moins besoin d'une prise en charge sont ceux qui en bénéficient le plus.

Mais peut-on réellement dire que ces patient·es très ajusté·es *acquièrent* quelque chose avec la prise en charge ? Est-ce que ces individus développent des dispositions, ou est-ce qu'ils ne font qu'en activer ? On voit, dans les entretiens réalisés avec les patient·es et cités *supra*, des changements, des infléchissements, des modifications qui apparaissent, sous forme de nouvelles façons de penser leur corps, leur santé ou de nouvelles tendances corporelles à l'observation de soi. On peut dire que ces individus acquièrent des inclinations à agir et penser, socialement situées, et incorporées, même si ce qu'ils acquièrent est dépendant d'autres dispositions de classe déjà présentes avant leur arrivée dans le service. La suite du chapitre, qui aborde les cas de plus en plus marqués de décalage avec l'institution, nous permettra d'esquisser les conditions qui permettent à certains individus de voir leurs dispositions se transformer ou non. Le cas des classes moyennes nous permettra notamment de voir que manifester un rapport préventif à la santé, tel que nous l'avons exposé au chapitre 3, ne suffit pas.

II. L'effort et le mérite : entraves paradoxales à la socialisation

Nous allons ici aborder les cas de patient·es qui acceptent les principes de la prise en charge, mais dont les dispositions incorporées freinent la mise en œuvre des moyens requis. Si on s'en tenait uniquement aux catégorisations déployées dans le chapitre 3, ces individus seraient intégrés au groupe décrit plus haut, partageant avec ses membres un rapport à la santé préventif. Or, si les cas étudiés recouvrent effectivement des patient·es volontaires et très investi·es dans leur prise en charge, ils et elles peinent, malgré eux, à se détacher de modes de régulation de l'alimentation et de l'AP basés sur l'auto-contrainte forte, le respect de règles strictes perçues comme légitimes et les efforts répétés. Il se trouve que ces patient·es appartiennent

majoritairement aux classes moyennes, ou aux cas d'ascension sociale, et recoupent d'une certaine manière la catégorie de « cocotte-minute » employée par les professionnel·les[268].

La littérature consacrée à la réception par les patient·es d'un programme de prise en charge médical est relativement silencieuse sur ce groupe social particulier. Dans la plupart des travaux, les individus sont scindés en deux groupes polarisés, et les classes moyennes y sont associées aux classes supérieures (voir Darmon 2021 ; Loretti 2021). C'est d'ailleurs ce que nous avons fait au chapitre 3. Avec nos de terrain, nous souhaitons explorer ce que les propriétés d'une position sociale intermédiaire peuvent faire à la prise en charge, et affiner ainsi les catégories que nous avons construites jusqu'à présent.

A. Tenir au contrôle, tenir le contrôle

Premièrement, ces patient·es manifestent un attachement très fort au contrôle de leurs pratiques, alimentaires et d'AP. Suivre des règles concernant ce qu'il faut manger, comment manger, ce qu'il faut faire comme activités leur parait particulièrement important.

> « *Vous dites les premiers pas que vous avez mis en place, ça consiste en quoi ?*
>
> *Donc, l'alimentation, comment manger, quelle quantité prendre. Parce que je faisais un poids de 114 kilos au mois de mai 2023 et à ce jour, je suis à 109. Donc de moi-même, j'ai pris l'initiative de faire des régimes alimentaires, et je vois que ma motivation m'a donné satisfaction, comme on dit. C'est pas encore terminé, mais voilà, je pars de bonne base.*
>
> *Et vous avez fait comment pour choisir ces régimes-là, justement ?*
>
> *Avec ben, des tutos, J'ai regardé beaucoup de choses pour voir qu'est-ce qu'il faut équilibrer, qu'est-ce qu'il faut manger plus. Donc des trucs d'informations sur Internet. Et c'est à partir de là que je me suis mise des portions, c'est des petites portions. J'ai même fait les photos, les captures d'écran des vidéos que j'ai vues pour mettre presque la même pratique, pour que je puisse suivre.* »
>
> Claire, 38 ans, agent comptable, baccalauréat, 1ère fois dans le service.

Si on peut postuler que le service n'a pas pu encore modifier les pratiques de Claire, on peut déjà noter qu'elle arrive dans le service avec la volonté de se contraindre par des règles qui limitent ses apports alimentaires, en réduisant les portions qu'elle prend. On peut également penser au cas d'Élodie (36 ans, comptable), évoquée au chapitre 4, qui, d'une certaine manière, se force à pratiquer plusieurs fois par semaine des AP intenses. Mais ce type de conduites peut perdurer même après le début de la prise en charge, chez des patient·es comparables à Claire mais situé·es à une étape plus avancée du parcours de soin, comme Vanessa :

> « *Mais par contre tu vois, j'ai essayé des trucs, je ne mange plus dans une grande assiette, parce que je la remplis et je mange tout, et une petite assiette à dessert, ça me suffit. Et si j'ai faim encore je me ressers. Et essayer de… parce que je suis tachyphage, clairement* […]*, c'est quand tu manges très très vite. Ce sont les gens qui ne reposent pas leur fourchette, qui n'ont même pas avalé qu'ils ont déjà chargé une autre bouchée.*

[268] Cf. Chapitre 4.

Euh… globalement je le fais depuis que je suis infirmière, on ne va pas se mentir, j'ai pris le pli de manger en cinq minutes, ce qu'on mange, tu dois l'avaler et repartir en service. Donc, même si là je ne suis plus à l'hôpital, j'étais déjà tachyphage et ça ne m'a pas aidé clairement. Et là, j'essaie la règle des 20 minutes, donc je mets un chrono, je contrôle le temps, j'essaie de manger en 20 min et de reposer ma fourchette. Enfin, en tout cas, de prendre mon temps et de ne pas manger... Alors j'ai pas la télé, mais j'avais tendance, pendant que je mange, à mettre par exemple l'ordinateur avec une série, même si je ne la regardais pas. Et en fait, on m'a expliqué que tu te distrais, t'es pas concentrée, t'es pas en pleine conscience, donc tu ne fais pas attention à ce que tu manges, et en plus c'est vrai que ça a plutôt tendance à renforcer l'alimentation trash. Quand tu débranches ton cerveau, c'est pas des habitudes qui amènent vers une bonne hygiène de vie, en tous cas pas chez moi, ça ne me tire pas vers le haut. »

Vanessa, 30 ans, infirmière en reconversion, licence, suivie depuis un an.

Avides de conseils glanés à droite à gauche, ces patient·es cherchent les bonnes astuces et règles de conduite qui leur permettraient effectivement de contrôler leur poids. Une forme d'ambivalence transparait dans les entretiens, entre d'un côté une redite du *discours* médical qui réduit l'importance à accorder au poids et aux règles précises d'alimentation et d'AP, et de l'autre la mise en place de *pratiques* qui visent justement à contrôler précisément les modes de vie (jusqu'au minutage des repas). C'est le cas aussi de Bernadette (40 ans, assistante secrétaire de tri, bac+2, suivie depuis plusieurs années), qui déclare se forcer à marcher au moins une heure, trois fois par semaine, tout en cherchant sur Internet les « meilleurs » exercices à faire chez elle. Ce type de patient·es détourne les conseils prodigués dans le service au sujet de l'alimentation et de l'AP pour en faire des outils de contrôle de leurs modes de vie, à rebours de la façon dont les professionnel·les conçoivent la manière de réguler les comportements. Ils opèrent une traduction de ce que leur disent les soignant·es, en sélectionnant ce qui fait sens pour eux, à savoir des repères quantitatifs et temporels.

Au-delà de ce respect important des règles chiffrées, ces patient·es manifestent un attachement particulier à la norme de minceur[269], ce qui produit pour effet de les rendre très sensibles au stigmate associé aux fortes corpulences. Être éloigné·e d'une norme ne suffit pas pour se dénigrer et culpabiliser, encore faut-il reconnaitre cette norme comme légitime :

« *Comme je vous ai dit, moi, je ne suis pas sportive de base. Et puis, le fait... que j'ai atteint ce poids-là, à l'époque, je ne serais jamais allée m'inscrire dans une activité sportive parce que la honte, parce que le poids, parce que le regard des gens, etc., etc. Donc, je n'ai jamais passé le cap d'aller m'inscrire dans quoi que ce soit. Donc, j'encourage les enfants dans leurs activités sportives. Mais moi, en tout cas, jusqu'à maintenant, je me vois pas... J'ai pas ce truc de me dire, je vais me mettre dans une activité sportive, parce que j'ai toujours ce souci avec moi-même. Voilà. Je pense que les gens ne vont pas plus me regarder que ça, mais c'est moi. C'est moi. Donc, oui, peut-être qu'un jour, je vais réussir à m'inscrire quelque part, mais, pour le moment, ce cap-là, je ne le passe pas.* »

[269] La position moyenne dans l'espace social se traduit en effet par une forme d'anxiété culturelle (Bourdieu 1979) mais aussi corporelle (Vandebroeck 2016), qui expliquerait cet attachement particulier à la norme de minceur et l'importance accordée au stigmate de l'obésité.

Bernadette, 40 ans, assistante secrétaire de tri, bac+2, suivie depuis plusieurs années

Alors même que Bernadette respecte pour partie la bonne sportivité médicale exigée dans le service, en ayant une pratique de marche régulière, elle peine à passer l'étape suivante qui consiste à pratiquer une activité de manière structurée. L'importance pour elle du stigmate, considéré comme un enjeu individuel et non pas relationnel ou structurel (« *c'est moi* »), freine l'adoption de ce qu'elle voit comme une pratique saine. Deux normes, reconnues par Bernadette comme légitimes, s'affrontent : la norme de minceur et la norme d'activité physique. Elle s'exclut de contextes d'AP dans lesquels elle suppose que le non-respect de la norme de minceur apparaitra au grand jour et pourra la discréditer. Ce point dévoile un oubli récurrent de la part des professionnel·les du service, à savoir que les AP sont des activités sociales de mise en jeu du corps : corps en mouvement, avec d'autres, visibles (d'autant plus qu'on bouge), dans des tenues qui souvent dévoilent des formes du corps (moulantes pour permettre le mouvement ou pour nager, courtes pour éviter d'avoir chaud…). Si le stigmate associé à la corpulence est bien plus intériorisé par les femmes que les hommes (Carof 2019, 2021), ces derniers n'y échappent pas :

> « *OK. Et là, c'est deux activités* [cardio fitness et vélo d'appartement, qu'il pratique dans une clinique de soins psychiatriques]*, ça vous plait ?*
>
> *Alors, j'aime bien. J'ai… un problème avec la salle de sport. Lorsqu'il y a un circuit qui est mis en place, pour une raison un peu bête, hein, mais une autre salle avec de grands miroirs qui me renvoient l'image de moi que je trouve absolument énorme et écœurante. Et c'est un peu… C'est un peu bête, hein. Mais ça me… Ça me fait vraiment du mal. Ça me fait vraiment du mal de me voir. J'ai pas de miroir plein chez moi, parce que je veux éviter de… d'avoir mon image en tête. Donc, c'est… Mais sinon, j'aime bien être sur les machines, tout ce qui permet de travailler toutes les parties du corps. Et j'apprécie le vélo, aussi. C'est… C'est pas facile… notamment, lorsque je dois refaire pendant 1h. C'est… C'est parce que je… Je m'essouffle très rapidement. Je sue énormément. Et ça, ce sont des choses qui me… qui me dérangent.* »
>
> Mickaël, 31, informaticien, Licence, suivi depuis six mois.

Le stigmate intériorisé possède une importance capitale pour les patient·es comme Mickaël, Claire, Bernadette ou Vanessa, à la recherche des « bonnes » règles de conduite, particulièrement attentif·ves aux normes corporelles « à suivre », dont la norme de minceur, légitimées alors même qu'elles les discréditent. Dans cette même veine, l'importance accordée au poids chiffrée est particulièrement forte chez ces patient·es, et persiste malgré les tentatives des professionnel·les du service de réduire l'importance à lui accorder.

Pour comprendre l'attachement particulièrement fort de ces patient·es au respect des normes précises et chiffrées, et à leur apparence, il est pertinent de faire intervenir les caractéristiques de leur groupe social et leurs conséquences en termes de dispositions. Situé·es dans une position intermédiaire, entre des classes populaires dont ils cherchent à se distancier et des classes supérieures dont ils aspirent à faire partie, les membres des classes moyennes manifestent une forme de révérence vis-à-vis de ce qu'ils perçoivent comme les bonnes normes à suivre. La littérature en sociologie du corps et de l'alimentation note déjà ce « respect obsessionnel de la norme » (Grignon et Grignon 1981, p. 216), où les règles à suivre prennent

une teinte morale particulièrement poussée (Régnier et Masullo 2009 ; Vandebroeck 2016). Bourdieu le décrit ainsi : « tout semble indiquer que le souci de la culture du corps apparait, dans sa forme élémentaire, c'est-à-dire en tant que culte hygiéniste de la santé, souvent associé à une exaltation ascétique de la sobriété et de la rigueur diététique, dans les classes moyennes […] dont on sait qu'elles sont spécialement anxieuses du paraitre et, par conséquent, de leur corps pour autrui » (Bourdieu 1979, p. 235). Dans son enquête sur la genèse et les effets distinctifs des goûts et dégoûts, Bourdieu caractérise les classes moyennes par une « bonne volonté culturelle » : centrées sur les normes culturelles véhiculées par les classes dominantes, dont elles acceptent la légitimité, les classes moyennes s'efforcent de les repérer et de les respecter, dans des modalités qui trahissent une forme de révérence anxieuse aux « bonnes » façons de faire et de consommer des biens culturels. Au regard de nos données, il nous semble plus pertinent de parler d'*orthodoxie normative* pour qualifier le rapport des classes moyennes aux normes dans leur ensemble, et pas uniquement en termes culturels, mais en intégrant le corps et la santé[270]. Parler d'orthodoxie normative met également l'accent sur la propension des classes moyennes à chercher une boussole guidant leur vie dans le sens le plus légitime, sans être jamais complètement assurées de la bonne marche à suivre, et à rechercher des règles de vie particulièrement précises[271].

Cet attachement aux normes et règles précises conduit par ailleurs à des formes de culpabilisation très fortes lorsque, pour diverses raisons, elles ne sont pas respectées :

> « *Est-ce que là, actuellement, vous vous contrôlez ou est-ce que vous vous interdisez des aliments ou est-ce que vous contrôlez des choses ?*
>
> *Non. En ce moment, ça va même plutôt mal. Cette semaine, d'habitude, je fais attention à ce que je mange. Je prépare des repas en avance. Pour la semaine. Mais ces derniers temps, j'ai mangé un peu n'importe quoi. Et je me déçois.* »
>
> Mickaël, 31, informaticien, Licence, suivi depuis six mois.

Les écarts aux normes sont synonymes d'échecs, et ce d'autant plus que les patient·es sont suivis depuis peu de temps par le service, et n'ont donc pas été confronté·es au discours des professionnel·les rappelant « qu'il n'y a pas règles », hormis celle de s'écouter. Mais nous verrons que, même lorsque ces patient·es sont suivi·es depuis un certain temps, la socialisation à ces nouveaux modes de régulation des conduites peine à s'ancrer durablement, tant le respect des règles et l'auto-contrainte jouent comme une seconde nature.

[270] On peut arguer que ce qui relève des normes et pratiques corporelles, liées ou non à la santé, fait partie du domaine culturel. Mais à trop englober d'éléments, la notion de culture risquerait de perdre de sa force descriptive.
[271] Bourdieu parle de « soif presque insatiable de techniques ou de règles de conduite qui portent à soumettre toute l'existence à une discipline rigoureuse et à se gouverner en toutes choses par principes et préceptes » (Bourdieu 1979, p. 382). Au contraire des membres des classes supérieures qui n'ont pas besoin de rechercher anxieusement des règles de conduites, puisqu'ils n'ont qu'à suivre ce que leur socialisation les pousse à faire pour être pleinement dans la norme.

B. Accepter en principe plus qu'en pratique le travail sur les sensations

Les patient·es de la catégorie décrite ici sont enclin·es à présenter une docilité en discours vis-à-vis des principes de la régulation de l'alimentation et l'AP par les sensations. Le principe de ne pas se contraindre est régulièrement mentionné comme une bonne chose, notamment en rapport avec des régimes antérieurs très stricts et mal vécus les ayant amené·es à chercher une « *autre méthode* » :

> « *J'ai même été jusqu'à voir un médecin nutrition ou diététicien, je sais plus. Un médecin spécialisé en nutrition. Je suis allée le voir une première fois. Il m'a expliqué sa façon de faire, etc. Et moi, ce qui me gênait, c'était... Parce que, dans sa méthode, il fallait que je note tout ce que je mange pour que lui, derrière, il puisse réadapter. Que je puisse perdre du poids. Et moi, ça me dérangeait. Parce que j'avais déjà la honte du poids. Et de devoir dire tout ce que je mange, ça me posait un souci, en fait. C'était une double honte pour moi. Donc, je l'ai vu une première fois. Je l'ai vu une deuxième fois. Parce que j'avais quand même fait l'effort de noter tout ce que je mangeais. Et le Covid est arrivé. Donc, confinement, plus de rendez-vous, plus rien. Donc, j'ai lâché l'affaire. J'ai lâché l'affaire. Je n'étais pas à l'aise avec ça.*
>
> *Il fallait peser ce que vous mangiez, même, carrément ?*
>
> *Non. En tout cas, les premières consultations que j'ai eues avec lui, il voulait que je note tout ce que je mange. À quelle heure ? Qu'est-ce que je mettais dedans ? S'il y avait un assaisonnement, etc. Et c'était trop pour moi ça. J'ai pas adhéré à ça. Voilà. Donc, le confinement, c'est bon. Ça s'est arrêté là. Je ne suis pas allée plus loin. Et puis, voilà, ça a muri dans ma tête.* »
>
> Bernadette, 40 ans, assistante secrétaire de tri, bac+2, suivie depuis plusieurs années.

Le cas de Bernadette est particulièrement intéressant dans la mesure où l'expérience négative d'un régime trop exigeant, dans lequel chaque apport alimentaire devait être renseigné, l'amène à valoriser dans son discours le principe de ne pas avoir d'autres contraintes que ce que les sensations corporelles indiquent. Ce n'est d'ailleurs pas qu'une manière de se présenter en entretien comme coopérative et docile vis-à-vis des soignant·es, puisque c'est bien pour une autre méthode que les régimes qu'elle a initié une prise en charge dans le service nutrition. Pourtant, et alors même qu'elle est suivie depuis plusieurs années, ses pratiques concrètes disent tout l'inverse et nous renseignent sur la difficile socialisation qui s'opère :

> « *On nous a expliqué, par exemple, en début de sleeve, c'est cinq repas par jour parce que le peu qu'on mange, les collations sont faites pour compléter les repas parce que c'est diminué, etc. Dans ma tête, j'ai gardé ce schéma-là. Cinq par jour. Sauf que peut-être que maintenant, je n'en ai plus autant besoin, mais dans ma tête, j'avais gardé ce schéma-là. Donc, ça aussi, ça m'a pas aidé. Et ça, ça m'aide à voir que je ne suis pas obligée de... de donc prendre une collation si je n'en ressens pas le besoin. Et c'est pas parce qu'on me dit cinq par jour que ça doit être automatique, vous voyez. Donc, ça, ça m'a aidé à comprendre que c'est pas une obligation. Par contre, si j'en ressens le besoin, c'est pas une interdiction non plus, vous voyez. Alors que ça, je faisais l'amalgame de tout ça. Je me dis... Enfin, au départ, je me disais, mais c'est parce que je mange trop, entre guillemets, que j'ai repris du poids aussi. Alors qu'aujourd'hui on m'explique que non, si je ressens le besoin d'avoir une collation, de la prendre, c'est*

pas interdit. Maintenant, il faut voir ce que je prends comme collation. Mais voilà, c'est pas interdit. Donc, ces trucs-là, oui, ça me... Ça m'aide. Ça m'aide dans ce sens-là.

Parce que vous, vous avez l'impression de ne pas savoir ressentir la faim ou le rassasiement ?

Ça m'arrive de ressentir la faim. Mais le... Comment dire ? La satiété, ça, je la ressens aussi. Le rassasiement aussi. Parce que de toute façon, mon estomac, il m'avertit. Donc, c'est... Là, je n'ai pas de soucis. Ça m'arrive de ressentir la faim. Mais si vous voulez, des fois, même quand je n'avais pas spécialement faim, je prenais ma collation parce qu'on m'avait dit cinq repas par jour. Vous voyez ce que je veux dire ? »

Bernadette, 40 ans, assistante secrétaire de tri, bac+2, suivie depuis plusieurs années.

Bernadette est à la recherche de « schémas » à appliquer, de repères quantitatifs qui peuvent lui servir de guides dans ses pratiques quotidiennes. Bien qu'elle soit suivie depuis un temps relativement long, et qu'elle a déjà eu une opération bariatrique, elle semble découvrir avec les consultations du jour qu'il n'y a pas forcément besoin de respecter à la lettre des préceptes concernant les repas. La socialisation qui se produit dans le service peine alors à se mettre en place, en ce qu'elle s'oppose à sa façon visiblement très ancrée de se réguler. Lorsque les actes contredisent la volonté de celui ou celle qui les produit, c'est bien le signe d'une disposition particulièrement ancrée (sur le mode du « c'est plus fort que moi »).

Ce qui fait la différence avec les individus les plus résistants à la prise en charge (du point de vue de la socialisation) que nous présenterons plus loin, c'est que le principe d'utiliser les sensations corporelles pour s'alimenter à la mesure de ses besoins est accepté comme légitime, notamment parce qu'il est émis par des professionnel·les du soin, tout en étant vu comme particulièrement difficile à appliquer :

« *Et je sais qu'ici dans le service, ils aiment beaucoup parler des sensations de faim, de rassasiement.*

Oui, en effet. Elle m'a demandé si je mangeais le midi, si j'avais une sensation de rassasiement. Je lui ai dit non, parce que c'est moi-même qui me suis mis un régime strict. Donc, quand j'allais au self, en effet, mon ventre, il grognait toujours. Il avait faim. Mais qu'est-ce que je fais par derrière ? Je buvais de l'eau. Je bois de l'eau pour combler ce manque d'alimentation. Et ce jour, elle m'a dit non, il faudrait prendre… Parce que moi, je mange pas le matin. Je mange que le midi et un petit peu le soir. Et donc, elle m'a demandé de prendre une collation quand même entre le midi et le soir vers 16h pour quand même que ça puisse combler mon manque de repas le midi. C'est une très bonne idée. […]

Ça vous parle de travailler sur les sensations de faim, ce genre de choses ?

Oui, oui. C'est très dur. C'est très, très dur. Voilà. Je vais voir comment je vais arriver à… arrêter cette sensation de faim. Oui. C'est très dur. C'est pas facile. »

Claire, 38 ans, agent comptable, baccalauréat, 1ère fois dans le service

Si le fait de réaliser un travail sur les sensations est accepté par Claire, on voit qu'il peut prendre chez elle la forme de techniques répétées qui visent moins à être à l'écoute de la faim qu'à la

tromper (au moyen d'une hydratation avant les repas)[272]. Elle planifie de modifier ses pratiques, pour davantage coller aux réquisits de la prise en charge, mais le perçoit d'emblée comme quelque chose de « *très dur* ». Loin de posséder une croyance dans la malléabilité de ses sensations, elle possède une faible confiance dans sa capacité à mettre en place le travail de patient attendu.

Pour les patient·es suivi·es depuis plusieurs mois ou années, le travail sur les sensations prend alors des allures de labeur, même lorsqu'il est mené sur plusieurs fronts différents par des dispositifs multiples concordants :

> « *OK. Je reviens sur votre rendez-vous avec la diététicienne. Je sais que dans le service, ils aiment beaucoup parler des sensations de faim, manger en pleine conscience, sensations de rassasiement. Ça, vous en avez parlé avec elle ?*
>
> *Alors, le fait de… oui. Elle m'a expliqué que, notamment, qu'il fallait comprendre sa faim et qu'il fallait… que le fait de manger lentement, de prendre son temps, ça permettait d'atteindre plusieurs étapes autour de la faim. Donc, le fait de se sentir rassasié, de ne plus ressentir de faim en voyant son assiette, enfin, voilà, plusieurs étapes qu'il faut que je réétudie plus en profondeur. Mais, oui, elle m'en a parlé.*
>
> *Et ça, ça vous parle, vous, ce travail sur les sensations, là ?*
>
> *Oui, quand même. J'en avais déjà parlé avec mon diététicien à la clinique et que ça me parle bien, quand même. Même si c'est quelque chose que j'ai du mal à mettre en place.*
>
> *OK. C'est… enfin, vous rencontrez quel type de difficultés ?*
>
> *Moi, ma plus grande difficulté, c'est de prendre mon temps lorsque je… lorsque je mange. Mes repas, vraiment, j'ai tendance à les engloutir sans prendre le temps de bien mâcher. Et du coup, ma sensation de faim après avoir fini mon repas, parfois, est encore présente parce que j'ai mangé trop vite.*
>
> *OK. Oui, ça, ça vous… enfin, vous avez l'impression que manger vite, ça vous empêche de ressentir vraiment quand vous êtes rassasié ?*
>
> *C'est ça.* »
>
> Mickaël, 31, informaticien, Licence, suivi depuis six mois.

Suivi dans une clinique psychiatrique trois jours par semaine depuis six mois, Mickaël est confronté régulièrement à ce travail particulier sur les sensations de faim qui, contrairement aux patient·es évoqués dans la section I., peine à se réaliser et modifier ses pratiques. L'institution médicale n'est pourtant pas sans effet socialisateur sur les patient·es les moins ajusté·es, même si la distance face aux attendus rend la modification du rapport aux sensations alimentaires difficile. Pour l'illustrer, nous prendrons le cas d'une patiente observée en consultation diététique que je situe en haut des classes populaires ou dans le bas des classes moyennes[273], suivie depuis plus de cinq ans par le service :

[272] La faim est par ailleurs perçue par Claire comme une manifestation externe (le ventre qui grogne) plus qu'une sensation.

[273] Je déduis sa position sociale à partir d'un ensemble de signes liés à son attitude lors de la consultation, ses façons de s'exprimer (mêlant modes populaires d'expression et formes d'hyper-correction), son *hexis* corporelle,

« *Comment allez-vous ?* »
« *Ça va…* »
« *Ça a l'air...* [de ne pas être le cas] »
« *En ce moment, je suis en bas, j'ai pris du poids…* »

La patiente a l'impression de « *trop manger* » et s'inquiète d'avoir repris du poids. Elle s'est « *remise* » à peser ses aliments et elle est capable de dire à la diététicienne les quantités précises ingérées lorsque cette dernière l'interroge. Elle a un rituel le soir, elle mange six bonbons et six amandes.

« *Vous mangez parce que vous avez faim ? Vous sentez la faim ?* »
« *Oui.* »
« *Et le rassasiement ?* »
« *Oui.* »
« *Est-ce que vous vous arrêtez avant la fin de l'assiette parfois ?* »
« *Oui.* »
« *Est-ce que vous avez faim avant le grignotage ?* »
« *Oui.* »

La diététicienne demande si c'est la même faim qu'avant le déjeuner, si c'est « *une faim du ventre* », la patiente répond qu'elle ne sait pas.

« *Est-ce que vous avez l'impression de vouloir du sucré ?* »
« *Oui.* »
« *Alors là, c'est de l'envie, mais c'est pas grave.* »
« *Ha bon…*»
« *Il y a beaucoup de prises alimentaires sucrées. Il faut satisfaire vos besoins psychologiques, mais manger ces aliments de manière particulière, sans culpabiliser.* »
« *C'est dur !* ».
« *Si l'alimentation peut vous aider, il faut manger en pleine conscience. Mettre les gâteaux dans une assiette, se mettre en condition, se dire que ça va faire du bien. Prendre des petits morceaux, les goûter, goûter les sensations de sucre. Les sensations que vous devez avoir, c'est entre la bouche et le cerveau. À chaque nouveau morceau, il faut se poser la question, est-ce que j'en ai encore envie ? Vous allez voir vous au bout de quelques bouchées, l'envie va disparaitre. Il n'y a pas de besoin physiologique, mais ça veut pas dire qu'il faut pas y répondre.* […] *Ce que je viens de vous dire, est-ce que c'est faisable ?* »
« *Je vais essayer, je vais me mettre au challenge.* »

La diététicienne lui demande alors ce qui est difficile, selon elle. La patiente dit qu'elle se met déjà des pancartes « NON » partout à la maison, sur les placards. Elle avait mis sa photo avec son ancien poids sur son frigo, pour lui rappeler à chaque fois qu'elle l'approche la « *menace* » qui pèse sur elle. La diététicienne semble sceptique sur cette stratégie. « *À voir si ça vous stimule ou si ça vous met des coups de bâton. Il ne faut pas que ce soient des interdits* ». Le problème, selon elle, c'est que les « non », ce sont des messages négatifs. « *Le but final, c'est une alimentation équilibrée, mais pas contrainte.* »

Observation de consultation diététique, Karine, 50 ans, suivie depuis au moins cinq ans, novembre 2023.

On voit tout d'abord que la patiente s'est approprié les catégories de description des sensations légitimes dans le service (distinguer faim et envie de manger), sans que ce ne soit complètement stabilisé, en témoignent les rappels sémantiques jugés nécessaires par la diététicienne. Mais ce qui est le plus frappant, c'est le fait que la patiente soit le terrain d'une lutte entre ce que tente

mais aussi du fait qu'elle et son conjoint soient actifs et propriétaires de leur logement (informations acquises pendant la consultation).

d'imposer la diététicienne, une régulation de l'alimentation sans contrainte externe mais par les sensations de faim, et le mode de fonctionnement « naturel » qu'elle semble mettre en œuvre. La régulation par la contrainte qu'elle s'applique par des règles (grammage de féculent, nombre de bonbons, etc.), peut être lue comme une manière ancrée et intériorisée de contrôler son alimentation, qui ressurgit dans un moment de « crise » (la peur de prendre davantage de poids). On peut dire que la patiente possède un double jeu de dispositions particulièrement contradictoires, révélé par deux façons de penser l'alimentation qui cohabitent : un ensemble de dispositions fortes, qui fonctionnent comme un sens pratique incorporé de longue date ; un ensemble « faible », produit par la socialisation médicale, qui peine à s'imposer lors des moments de tension[274]. Malgré la durée du suivi, la patiente (et avec elle, la diététicienne) lutte toujours pour réprimer l'activation d'un mode de fonctionnement jugé moins pertinent pour contrôler ce qu'elle mange. On peut parler à la suite de Darmon de « seconde nature » pour décrire ce que cherche à produire l'institution hospitalière[275], qui dans le cas des patient·es comme Karine reste bien « seconde » par rapport à une « première » nature visiblement bien plus ancrée et durable. Le changement soudain de contexte (prise de poids, perçue négativement) empêche la poursuite de la socialisation de transformation et amène un retour vers des dispositions plus stables, témoignant d'un effet d'hystérésis des dispositions antérieures. On peut ici faire travailler la notion de contradiction dispositionnelle largement exploitée par Lahire dans sa critique de l'habitus bourdieusien (Lahire 2011). Initialement pensée pour décrire les cas (nombreux) d'individus dont les pratiques sont socialement dissonantes dans plusieurs domaines, la contradiction dispositionnelle peut être utile pour comprendre les cas d'individus en transformation, qui alternent entre deux ensembles de dispositions dans une même pratique, selon les périodes et les contextes. Ces contradictions produisent un « habitus clivé, déchiré, portant sous la forme de tensions et de contradictions la trace des conditions de formation contradictoires dont ils sont le produit » (Bourdieu 1997, p. 79). Quand les conditions sont favorables, les individus peuvent se permettre de « forcer leur nature » et faire jouer des dispositions en formation, peu stables. Mais quand une crise survient, ce sont les dispositions les plus incorporées et ancrées qui reprennent le dessus, donnant l'effet d'une alternance et d'une inconsistance des pratiques au cours du temps.

On voit bien à travers cet exemple combien l'éducation que tentent de produire les professionnel·les (et donc la socialisation qu'elle induit) peut être rendue délicate chez les patient·es ayant des dispositions contradictoires avec celles attendues. Faire de la régulation de l'alimentation par les sensations une pratique automatique, pré-réflexive, parait bien compliqué si les individus ont de longue date incorporé un rapport à l'alimentation, et plus largement aux normes corporelles, basé sur la contrainte externe et l'effort ascétique volontaire[276].

[274] Le travail de la diététicienne est alors, par des outils réflexifs, de construire un autre sens pratique de régulation de l'alimentation qui pourrait supplanter l'ancien.

[275] Darmon (2008a), dans son travail sur les anorexiques, décrit le travail dispositionnel intense que ces dernières mènent et qui contribue à forger une « seconde nature » face à laquelle l'institution hospitalière lutte, en tentant par une seconde transformation de faire disparaitre les dispositions anorexiques.

[276] On aurait pu citer également le cas de Bernadette, suivie depuis plusieurs années, qui doit « *se faire violence* » pour ne pas se peser trop fréquemment ou ne pas regarder systématiquement ses nombres de pas quotidiens.

C. Les efforts comme seule voie de salut

Il est temps de se pencher sur ce qui structure fondamentalement le type de comportements décrits plus haut, relatif au respect strict des normes et à l'attachement à l'auto-contrainte. La manière d'appréhender la prise en charge qu'ont ces patient·es parait indissociable d'une vision du monde située au milieu de l'espace social, ou chez les individus en ascension. Rejouant une partition laïque du salut chrétien, où les efforts actuels sont nécessairement récompensés plus tard, cette représentation touche certes au poids et à la santé, mais aussi au fonctionnement général de notre société, où les besogneux sont méritants et donc récompensés. Dans leurs représentations, les patient·es de cette catégorie se doivent de fournir des efforts, si possible en quantité, afin d'accéder à ce qu'ils recherchent : une meilleure santé, mais surtout un amincissement.

> « *Et c'était quoi les conseils qu'ils* [les professionnel·les du service] *vous ont donnés ?*
>
> *Ben, en fait, à mon niveau, je me restreignais beaucoup. Donc, ils m'ont dit que, voilà, c'est pas... Il faut prendre plaisir à manger. En gros, faut pas que ce soit un supplice. Donc, ils m'ont expliqué un peu que, voilà, j'ai pas besoin de me restreindre, que j'ai le droit de manger... ce dont j'ai envie de manger. Sauf que... forcément, pour moi, ce sera en plus petite quantité. Et puis, l'activité sportive y est aussi. Mais, voilà, qu'il faut pas non plus que je me mette en tête uniquement que, voilà, il y a des trucs qui sont pas bons ou des trucs qui sont bons, etc. Donc, voilà, ils m'ont redit que, en gros, il faut pas que je me mette la pression.*
>
> *Parce que vous vous mettez la pression ?*
>
> *Je me suis beaucoup mis la pression après l'opération* [chirurgie bariatrique] *parce que je voulais que tout soit bien fait. Donc, je me suis beaucoup mis la pression à faire attention à tout, au millimètre près, etc. Je pense que... Au bout d'un moment, à trop se mettre la pression, ça marche plus, quoi. Plus des petits soucis que j'ai eus, personnels, mais voilà. Donc, j'ai appris qu'il faut pas se mettre la pression. Que ce soit un plaisir de manger, pas une obligation ni un supplice. Voilà. Et plus on se restreint, plus on se met des frustrations.*
>
> *Et ça vous parle, ces conseils ?*
>
> *Oui, oui, ça me parle. Maintenant, c'est à moi de faire le travail pour que, justement, j'arrête de me mettre la pression par rapport à ça. Ça me parle complètement, mais c'est à moi de faire le boulot. Ouais.* »
>
> Bernadette, 40 ans, assistante secrétaire de tri, bac+2, suivie depuis plusieurs années.

La pression forte que se met Bernadette est ici manifeste, de même que le changement de représentation de la nécessité de l'autocontrôle que cherche à produire le service, sans pour autant que ne disparaisse la vision d'une perte de poids comme un travail personnel à effectuer. Il est intéressant de constater que les objectifs de santé et de perte de poids cohabitent chez ces patient·es. En réalité, ce sont deux jeux de normes différents qui sont suivis : le premier concerne la santé au sens où l'entendent les professionnel·les du soin, c'est-à-dire relative à l'autonomie, la fonction hormonale, cardio-vasculaire, etc. ; le second concerne la minceur comme critère esthétique, toujours présent.

L'effort devient la condition unique d'accomplissement de ces deux jeux de normes, un effort présenté comme naturel, évident, consubstantiel aux individus. Situés dans une position intermédiaire, ces derniers doivent leur reconnaissance sociale à la persistance d'une idée qui associe l'effort et le labeur avec le mérite[277], excluant de fait les solutions de facilité, comme les « *pilules miracles* » et autres offres commerciales alléchantes :

> « *OK. Et est-ce que vous avez déjà fait des régimes à acheter, par exemple qu'on peut voir à la télé ?*
>
> *Non, j'ai jamais fait ça, parce que j'avais, j'ai tellement peur qu'après le poids il double, donc j'ai jamais fait ça, j'ai toujours dit non, non, non, fais toi-même, mange moins, ton assiette soit réduite, voilà, une petite portion de ci, une petite portion de ça, et que tu sois, tu puisses faire toi-même. Non, non, les comprimés ou autre, non, je n'ai jamais pris.* »
>
> Claire, 38 ans, agent comptable, baccalauréat, 1ère fois dans le service.

La perte de poids serait un travail avant tout personnel, impliquant une forte contrainte dont on peut être fier. Les pratiques hygiéniques, notamment sportives, « trouvent les conditions de leur accomplissement dans les dispositions ascétiques des individus en ascension qui sont préparés à trouver leur satisfaction dans l'effort lui-même et à accepter comme argent comptant – c'est le sens même de toute leur existence – les satisfactions différées qui sont promises à leur sacrifice présent » (Bourdieu 1979, p. 236). On peut se demander si cette vision particulière du monde est commune à l'ensemble des classes moyennes ou des individus qui aspirent à l'ascension sociale. Dans leur travail sur les usages éducatifs de l'AP, Mennesson, Bertrand, et Court (2016) montrent que c'est plutôt dans le pôle économique des classes moyennes qu'on retrouve un usage de l'AP comme un moyen de faire apprendre aux enfants le labeur, l'effort, le mérite. Dans notre cas, nos matériaux ne permettent pas de trancher cette question, qui mériterait ainsi d'être explorée.

Ce type de vision de ce que doit être la prise en charge, et plus généralement de la façon dont fonctionne le monde, s'oppose aux représentations des soignant·es, pour qui la contrainte est particulièrement néfaste, comme nous l'avons déjà détaillé précédemment :

> EAPA : « *Identifier les paramètres pour que vous, ce soit agréable. La distance, l'intensité. Tout ça, c'est à prendre en considération. Comment faire de l'activité, mais avec du plaisir ?* »
>
> La patiente évoque le fait qu'elle pourrait aller à la station suivante de bus pour marcher un petit peu plus.
>
> EAPA : « *Mais peut-être que ça a pas de sens pour vous. Peut-être que ce qu'il vous faut, c'est être coachée. Je vous trouve une structure pour être accompagnée.* »
>
> Catherine : « *Ha génial, génial, génial !* ». Elle ajoute qu'elle a fait huit mois d'activité physique avec la médecine du travail, mais que pour elle, c'était très douloureux, tout en trouvant ça « *génial* ».
>
> Observation de consultation APA, Catherine, 62 ans, cadre de santé, novembre 2023.

[277] Ce type d'ethos associé aux classes moyennes, ou au haut des classes populaires, peut se retrouver particulièrement saillant dans des situations scolaires comme les classes préparatoires, où « le souci constant et angoissé […] de voir son travail reconnu » prime même sur les résultats effectifs (Darmon 2015, p. 236).

On voit ici l'écart entre la patiente et l'EAPA. Pour elle, l'important n'est pas que les activités soient plaisantes ou non, mais qu'il existe un système de contraintes qui puisse la pousser à pratiquer. Ce qui est « *génial* » dans ce que propose l'EAPA, ce sont moins les activités que l'encadrement qui va avec. Être accompagnée a du sens pour elle, puisque cela permet de la forcer à pratiquer, et donc à respecter les normes en termes d'AP[278] :

> EAPA : « *Ça sert à rien de vouloir mettre plein de choses* », il lui dit que [l'association APA] et marcher davantage « *ça suffit* », avec en plus « *trouver une autre activité pour mettre du lien, une soupape, lâcher-prise avec votre travail* ».
>
> Elle évoque des douleurs et ses muscles qui ne sont « *pas au rendez-vous* ». Elle ajoute : « *Il faut de la persévérance* ». L'EAPA la reprend immédiatement : « *Non c'est pas ça !* » Elle : « *Mais c'est une catastrophe, monsieur* [en parlant de sa condition physique] *!* ». EAPA : « *Il faut qu'on régule ce niveau d'activité physique, passer par des activités plus douces, pour vous réapproprier votre corps* ».
>
> Observation de consultation APA, Catherine, 62 ans, cadre de santé, novembre 2023.

Ce second extrait confirme les objectifs divergents entre l'EAPA et la patiente, cette dernière cherchant « *la persévérance* », là où le professionnel veut l'amener sur une « *réappropriation du corps* ». Les patient·es comme Catherine se situent à une place ambivalente au sein du service, à savoir qu'ils et elles se rapprochent des pratiques attendues, mais avec des modalités de contrôle de soi discréditées par les professionnel·les, car faisant appel à des repères chiffrés ou une forte dose d'auto-contrainte.

Arborio et Lechien (2019) parlent de « bonne volonté sanitaire » pour qualifier le rapport à la santé des fractions stables des classes populaires. Il se trouve que cette expression décrit aussi bien les classes moyennes, à la différence près que les formes de cette bonne volonté peuvent être plus ou moins éloignées des formes légitimes de pratiques sanitaires. Si les pratiques des classes moyennes semblent *a priori* coller aux normes sanitaires dominantes, elles en restent néanmoins éloignées par les modalités avec lesquelles elles sont effectuées. On peut reprendre ici le concept bourdieusien d'*allodoxia*, « erreur d'objet, méprise, croyance mal placée » (Bourdieu 1979, p. 377). Les patient·es décrit·es dans cette section semblent fournir des efforts importants pour respecter des normes qu'ils et elles pensent être celles que promeuvent les professionnel·les, mais qui s'avèrent en réalité décalées. La bonne volonté masque une *allodoxia* sanitaire visible sous deux aspects : 1) la difficulté à repérer parmi de nombreuses informations ce qui compte vraiment pour le personnel médical et 2) la tendance à une forme « d'hypercorrection » dans le domaine sanitaire, dévalorisée par les professionnel·les (Gojard 1999)[279].

Le travail de lâcher-prise que tente de mettre en place le service est particulièrement délicat chez ces patient·es qui, malgré elles et eux, en font « trop »[280] et se trouvent en position de

[278] C'est également visible au niveau alimentaire avec cette patiente, qui compte les calories de ses apports.
[279] Dans son enquête sur la diffusion de normes alimentaires relatives à la petite enfance, Gojard remarque que la tendance à diversifier l'alimentation de manière précoce s'observe chez les mères ayant un niveau de diplôme intermédiaire et « peut s'interpréter comme une tendance à l'hypercorrection » (Gojard 1999, p. 69).
[280] « *Faut que je fasse doucement, mais ça je sais pas faire* » dit par exemple une patiente de 62 ans au Dr. A en consultation, au sujet de ses pratiques d'AP.

devoir agir contre leurs dispositions incorporées pour réaliser, par exemple, des activités physiques « douces », comme c'est le cas de Jovana :

> « *Et vous parliez de qi gong, tout à l'heure, vous en avez déjà fait ?*
>
> *C'est très bien, mais je suis une personne qui sais pas trop lâcher prise, je veux toujours faire plus, plus, plus, et le qi gong, il faut déjà apprendre, je pense que ce truc-là est bien, pour les gens qui y arrivent, savoir se poser. Il faut apprendre, comme au yoga, et tout ça, parce que c'est facile à faire des mouvements, mais si on n'est pas vraiment pris dedans.* […] *Mais vous savez, c'est comme dans tout, la marche à pied, vous le faites parce que ça donne cette sensation de bien-être, et j'ai connu cette sensation de bien, de courir et tout, et quand je rêve, moi, je rêve de courir. J'ai arrêté de fumer il y a longtemps, mais je n'ai jamais rêvé de refumer, comme je rêve de recourir, ça veut dire que c'est un bien-être personnellement… tu touches le paradis. Mais pour moi, le rêve c'est de recommencer à courir, et c'est pour ça que je dis toujours, s'il existe une solution, je vais faire tout pour l'avoir.* »
>
> Jovana, 56 ans, manipulatrice en radiologie, licence, suivie depuis un an dans le service.

Ancienne athlète de compétition, Jovana présente un *ethos* sportif qui parait très ancré et qui s'oppose à la bonne sportivité médicale, son rêve étant, si ses douleurs se réduisent, de pratiquer une activité que les professionnel·les jugent beaucoup trop intense et traumatique. À cela s'ajoute un éloignement vis-à-vis de pratiques investies par les classes supérieures et qui exigent calme, écoute de soi et de son corps (Garcia et al. 2023).

Qu'est-ce qui sous-tend chez ces patient·es la persistance d'une vision de la prise en charge fondée sur l'effort ? On peut le comprendre en replaçant les individus dans les contextes dans lesquels ils vivent au quotidien. C'est le cas de l'entourage, par exemple, qui peut se révéler très incitatif et normatif :

> « *Et vous, vous le prenez comment qu'il* [son mari] *vous pousse ?*
>
> *Alors, c'est un perfectionniste, mon mari. Donc, au début, il me poussait trop. Et forcément, ça bloquait. Parce qu'en fait, moi, ça me faisait l'effet inverse. Et même avant la sleeve, ça ne fonctionnait pas, en fait. Parce que pour moi, c'était trop de pression. Donc, il a compris ça et voilà, il adapte. C'est que là, on s'en comprend mieux. Et j'avoue, au début, c'était trop de pression pour moi. Parce que je peux le comprendre. Il est entraineur de foot, etc. Et la rigueur, il l'a depuis qu'il a 4-5 ans, il fait du foot. Donc, je peux comprendre ça. Mais pour moi, c'était pas... C'était pas possible quoi. Donc, il l'a compris. Et puis, quand je ressors d'ici, ou quand j'ai un rendez-vous, je lui explique. Donc, il adapte sa façon de voir les choses et de faire par rapport à ce que moi, je lui rapporte d'ici aussi. Donc là, ça va. Et puis voilà, lui, il m'encourage aussi. On va aller marcher ensemble, avec les enfants, etc. Il n'y a pas de soucis.* »
>
> Bernadette, 40 ans, assistante secrétaire de tri, bac+2, suivie depuis plusieurs années.

On voit ici la façon dont la socialisation médicale s'étend aux proches par le biais de la patiente, qui doit non seulement pour elle-même réfréner ses velléités de contrôle poussé, mais aussi sensibiliser son conjoint aux bonnes pratiques médicales. Le travail de lâcher-prise mené par

les professionnel·les du service et les patient·es peut alors porter ses fruits, malgré les difficultés que nous avons déjà évoquées.

> « *Et par rapport à ton poids, est-ce que tu te pèses régulièrement ?*
>
> *Alors, ça a été longtemps compliqué la balance, euh, ça devenait dans quelque chose de l'hyper-contrôle avec une pesée presque tous les jours, voire plusieurs fois par jour, non pas plusieurs fois par jour, mais tous les jours ou presque de la semaine, ouais. Et après alterner avec "allez, j'arrête de me peser complètement". Et maintenant je me pèse à peu près une fois par semaine, sans grande importance, enfin j'y accorde pas une importance… je le fais plus histoire de tracer, et vérifier que si je ne fais pas trop d'excès, comment ça va. Mais c'est pas une obsession. Vraiment pas.*
>
> *Et tu notes ton poids ?*
>
> *En fait, j'ai une balance connectée, donc j'ai directement dans l'application et comme ça… Je ne fais pas noter dans un carnet et tout ça, ça me soule trop. J'ai pas envie de ce contrôle-là.* »
>
> Vanessa, 30 ans, infirmière en reconversion, licence, suivie depuis un an.

Vanessa acquiert avec la prise en charge un rapport distant au poids et un détachement relatif à l'hypercontrôle qu'elle pouvait manifester auparavant au sujet du poids et de l'alimentation, mais pas de l'AP, qui semble chez elle posséder un statut à part. En effet, elle pratique de manière intensive sous une forme qui rappelle ce que peuvent déplorer les professionnel·les chez les patientes qualifiées de « *cocottes-minute* ». En ascension sociale, Vanessa peine à abandonner complètement un mode de fonctionnement qu'elle voit comme la source de sa réussite scolaire : ses efforts, orientés vers la restriction et le contrôle. Si l'effet de la prise en charge sur de nouvelles manières d'envisager son poids et son alimentation se fait sentir, on remarque ainsi les traces d'un autocontrôle toujours présent :

> « *Et en dehors de ça, tu t'imposes d'autres contrôles ? Dans ta vie ? Alimentaire ou même des choses que tu te contrôles en rapport avec ton corps ou ton poids.*
>
> *Marcher, je contrôle les pas. J'ai une* Apple Watch *qui me dit un peu mon activité physique, donc si j'ai pas trop bougé, j'essaie de faire une marche une fois. Là je suis restée toute la journée très sédentaire* de facto*, donc j'essaie de contrôler ça, d'être un peu moins sédentaire. L'alimentation, c'est compliqué, parce qu'en plus j'ai des allergies alimentaires, donc je suis forcément dans le contrôle là-dessus, je suis obligée de contrôler toutes les étiquettes de ce que je mange, histoire de pas faire un choc, et puis le toubib a dit que j'étais insulino-résistante, c'est l'équivalent du pré-diabète.* […] *Donc j'essaie de contrôler un peu l'apport en sucre, enfin, en glucides, parce que y'a pleins d'injonctions contradictoires de la part des médecins entre eux "ne contrôlez pas tout" et en même temps "pas plus de quatre cuillères de féculent par repas", "évitez les pâtes, mangez des céréales complètes", "mangez des graines c'est mieux". Y'a tout ça, j'essaie de pas passer aux restrictions cognitives parce que ça, je l'ai été suffisamment longtemps et c'est source de compulsion alimentaire, avec notamment les fameux craquages de gâteaux.* […] *Les compulsions, ça a été un long travail pour m'en débarrasser, parce qu'en plus elles répondaient à une gestion émotionnelle, le stress, c'est comme ça je l'apaise, et je commence seulement à appréhender d'autres manières de l'apaiser, sachant que je suis d'une nature très anxieuse, donc c'est contreproductif avec un travail pour essayer de perdre du poids. J'essaie de jongler entre contrôle et*

pas trop non plus, de pas m'interdire des choses, et en même temps d'être raisonnable. »

Vanessa, 30 ans, infirmière en reconversion, suivie depuis un an.

Son récit est très instructif pour ce type de patient·e, où la socialisation au lâcher-prise est particulièrement longue et difficile. Il est nécessaire, derrière des discours explicitement psychologisants (compulsions, restriction cognitive, gestion émotionnelle), de replacer les pratiques concrètes des individus dans l'espace social.

*
* *

Bien qu'ayant un rapport à la santé préventif, tel que nous avons pu l'appréhender par une approche statistique au chapitre 3, les patient·es décrit·es dans cette section adoptent des pratiques décalées par rapport aux attentes des professionnel·les, ce que recouvre le concept d'*allodoxia* sanitaire. Possédant un système général de représentation du monde fait d'un respect poussé de normes et règles précises perçues comme légitimes, ces patient·es adoptent une conduite marquée par l'effort individuel et l'autocontrôle. Associé à un respect important vis-à-vis de l'institution médicale, ils et elles manifestent très peu de résistances explicites au travail socialisateur opéré dans le service, ce qui n'empêche pas un certain nombre de difficultés dans le fait d'abandonner un fonctionnement, basé sur la contrainte, particulièrement ancré.

Le croisement des propriétés sociales des enquêté·es qui présentent ces caractéristiques avec la littérature existante permet de préciser un manque en sociologie de la santé, celui de caractériser le rapport à l'institution médicale, aux normes corporelles et sanitaires des classes moyennes. Souvent assimilées aux classes supérieures, les classes moyennes apparaissent pourtant en bien plus grande difficulté face aux exigences de la socialisation médicale. Le passé incorporé de ces patient·es, ayant un rapport anxieux et contraint à leur corps et à la santé, freine vraisemblablement l'acquisition de dispositions à l'écoute des sensations. Si la socialisation peut porter ses fruits, elle reste laborieuse et le retour vers un mode de fonctionnement fait d'efforts marqués et de contraintes externes semble toujours planer sur ces individus, même ceux dont le suivi est engagé depuis plusieurs années, révélant l'hystérésis du passé incorporé. On remarque alors à quel point les catégorisations basées sur des méthodes quantitatives tendent à regrouper dans un ensemble unique (un rapport préventif à la santé), des individus pourtant inégaux face à une même prise en charge médicale. D'où l'intérêt d'un croisement de méthodes, permettant de rentrer dans le détail des parcours de soin, des rapports à la santé et à l'institution médicale. Finalement, il ne suffit pas de venir dans un service spécialisé de soi-même et dans une optique préventive pour bénéficier au mieux de la prise en charge, tant celle-ci met en jeu des dispositions dont les individus sont inégalement dotés.

On aurait pu s'attendre à ce que les patient·es fortement engagé·es dans le dispositif de soin et légèrement éloigné·es du modèle de comportement valorisé en médecine de l'obésité soient ceux et celles dont la transformation serait parmi les plus efficaces. Or, les nouvelles pratiques que les patient·es doivent adopter bousculent un ordre du monde particulièrement incorporé, et peinent donc à s'imposer. Un retournement complet de la vision du monde, qui ferait

abandonner à ces patient·es le primat de l'effort et de la contrainte comme voie de salut, parait peu probable, et nous n'avons rencontré lors de l'enquête aucun cas de ce type.

La section suivante sera l'occasion d'aborder le cas des individus les plus éloignés et les plus résistants, bien souvent malgré eux, au travail dispositionnel engagé dans le service. Ce dernier pan des rapports des patient·es à l'institution nous permettra de prolonger la réflexion sur les conditions sociales qui permettent effectivement à des dispositions valorisées dans l'institution médicale de s'ancrer durablement, et au contraire ce qui freine leur incorporation.

III. Contester malgré soi le travail socialisateur

Nous allons enfin aborder les cas de patient·es les plus désajusté·es par rapport à la prise en charge, afin de comprendre comment se produisent ces décalages, et ce qui fait qu'ils perdurent malgré la durée du suivi[281]. Loin d'être situé·es au hasard, les patient·es les moins disposé·es à satisfaire aux exigences des professionnel·les appartiennent principalement aux classes populaires[282]. On l'a vu au chapitre 3, il existe un lien statistique entre l'appartenance aux classes populaires et le fait de manifester une logique de recours « tardif » et curatif à l'institution médicale (cf. Encadré n°2). Mais un rapport à la santé curatif semble aussi jouer sur le parcours de soin une fois la prise en charge initiée. Les travaux sociologiques sur la question du rapport à la santé des classes populaires constatent que les fractions stables de celles-ci entretiennent une forme de « bonne volonté sanitaire » (Arborio et Lechien 2019), où les règles « hygénico-diététiques » font l'objet d'un investissement important. L'injonction à prendre soin de soi, de sa santé et de son corps traverse l'espace social, et ne se concentre pas dans les fractions moyennes ou hautes (Lhuissier et Régnier 2005 ; Martín-Criado 2015 ; Moreno Pestaña 2016). Les enquêté·es présenté·es dans cette section ne dérogent pas à la règle, et peuvent même présenter des compétences de santé assez affirmées[283]. Nous nous centrerons particulièrement sur les fractions médianes des classes populaires, présentant à la fois une relative stabilité matérielle tout en restant largement dominées économiquement et culturellement par les classes moyennes (Bernard, Masclet, et Schwartz 2019).

Dès lors, comment se fait-il que, malgré un intérêt pour le corps et la santé, et la présence d'une pathologie chronique (l'obésité), les patient·es des classes populaires présent·es dans le service parviennent difficilement à adopter les dispositions requises pour mener à bien le travail de

[281] « L'étude de la socialisation "en train de se faire" requiert de se pencher également sur les cas où ces intériorisations ne s'opèrent pas, qu'il y ait absence d'intériorisation […] ou qu'il y ait résistance active ou passive au processus de socialisation » (Darmon 2019, p. 125).

[282] « Ce vaste ensemble de la société […] dont les membres ont en commun la subalternité dans le travail, la petitesse du statut social, la position dans le bas de l'échelle des revenus et des patrimoines, et l'éloignement par rapport au capital culturel, la grande majorité des ouvriers, une grande partie des employées, et une partie certainement non négligeable des petits indépendants faisant partie de cet ensemble » (Bernard, Masclet, et Schwartz 2019, p. 5). Comment mentionné précédemment, je n'accède pas avec mes données à l'ensemble de l'espace social, dans la mesure où les fractions précaires des classes populaires sont relativement rares dans le service.

[283] Le travail d'Arborio et Lechien (2019) montre bien comment les contacts répétés avec l'institution médicale, du fait d'une pathologie chronique ou d'une division genrée du travail sanitaire dans le foyer, conduisent certains membres des classes populaires à développer un capital culturel de santé relativement important.

patient attendu ? Qu'est-ce qui, dans la médecine de l'obésité, conduit les classes populaires à résister à la socialisation médicale ?

Encadré n°2 : Une sortie « par le bas » du dispositif de soin.

Il existe de rares cas dans lesquels les patient·es sortent de manière précoce du parcours de prise en charge (cette caractéristique a pour effet direct de stopper toute forme de socialisation, mais aussi d'empêcher l'enquêteur de leur proposer un entretien). Ces cas sont narrés par l'équipe lors des réunions staffs, comme ce patient qui « *ne reviendra jamais* » parce qu'il considère « *qu'il n'a aucun problème avec son poids* » (Dr. E), et appartiennent aux fractions basses des classes populaires (ouvriers sans emploi, en invalidité, par exemple). En sortant « par le bas » du dispositif de soin, ces patient·es deviennent ce que les professionnel·les appellent des « *perdu·es de vus* » dont on regrette qu'ils et elles n'accordent pas davantage de valeur au suivi et aux normes médicales. Dans son travail sur le cancer des voies aéro-digestives, Loretti (2021) a pu rencontrer des cas analogues de patient·es qui mettent un terme à leur prise en charge avant la fin des soins, estimant qu'il n'y a pas lieu de traiter une pathologie qui ne les invalide pas et ne leur amène pas de contrainte quotidienne. Les fractions précaires des classes populaires présenteraient une vision de la santé « fonctionnelle » (Loretti 2021, p. 36), dans laquelle la maladie se définit principalement comme entrave aux activités quotidiennes. Ce type spécifique et socialement situé de rapport à la santé conduit les individus à n'entrer dans le système de soin que lorsqu'une pathologie amène des contraintes telles qu'elles empêchent le cours ordinaire de l'existence. Ce type de « perdu·es de vus » explique en partie la faible présence à long terme des patient·es les plus précaires dans le service, et leur absence de cette enquête.

A. La souffrance comme condition nécessaire

Premièrement, le suivi achoppe face à une représentation de la prise en charge chez ces patient·es, qui impliquerait une souffrance nécessaire et une lutte. Contrairement aux patient·es précédemment décrits, cette lutte de chaque instant est associée à une vision de la santé qu'on peut dire curative et de court terme, ce qui entraine bien souvent une culpabilisation de ne pas parvenir aux objectifs fixés et un certain fatalisme. Pour ce type de patient·es, la prise en charge est forcément liée à une perte de poids rapide, qui doit être induite non seulement par des efforts, mais surtout par une souffrance et une lutte.

> « *Et vous, est-ce que vous avez déjà été suivi dans un service pour le poids, ou ce genre de choses ?*
>
> *Non, jamais.*
>
> *Là, c'est la première fois.*
>
> *C'est la première fois. Parce qu'avant, j'ai marché beaucoup, j'ai fait du sport, quand j'ai tombé malade de cœur, j'ai ralenti un petit peu.*
>
> *C'est à ce moment-là que vous avez pris plus de poids ?*

Après, pour le déloger, c'est difficile. Il faut sacrifier beaucoup de choses pour arriver à un certain poids. C'est difficile. »

Omar, 52 ans, électricien / plombier, CAP, 1ère fois dans le service.

Le champ lexical de la lutte, du sacrifice, du combat et de la difficulté est particulièrement présent dans l'entretien d'Omar, qui ne conçoit pas la prise en charge selon d'autres modalités, et révélateur de dispositions agnostiques masculines (Oualhaci 2015). La littérature sur le régime amaigrissant montre déjà que les femmes de classe populaire possèdent une représentation particulière de la perte de poids, qui ne peut se faire que dans la contrainte et la restriction, en recourant à des méthodes qui ne sont efficaces que si elles sont douloureuses (Lhuissier 2012). Ce point de vue spécifique sur la perte de poids semble s'appliquer également aux hommes de classe populaire, qui mettent en avant l'épreuve que doit représenter selon eux la prise en charge :

« *Et là, est-ce que vous, ici, on vous a parlé de chirurgie ?*

Oui. Oui, ils m'ont parlé, mais je veux pas, je veux être naturel, naturel. Il faut que je sacrifie, il faut que je baisse naturellement le poids. Parce que je sais que je peux arriver, mais il faut le temps. Il faut le temps. La chirurgie, non. Parce que la chirurgie, quoi, ils vont diminuer un peu de l'estomac. Ça m'intéresse pas. Il faut la nature du corps qui travaille, je sais pas.

Ça, on vous en a parlé aujourd'hui, là, de la chirurgie ?

Oui. Parce que c'est facile de faire la chirurgie. Mais il faut aussi essayer naturellement. Comme le corps, quand on mange, il grossit. Il faut manger moins et bien. Comme ça, il va se réduire. […] *Il faut être, il faut être ici, comment dire, un cerveau d'acier. J'avais ça avant, mais maintenant, c'est en train de partir doucement. Parce qu'avant, je résiste, je résiste, mais maintenant, je sais pas ce qu'il s'est passé dans ma tête.* »

Omar, 52 ans, électricien / plombier, CAP, 1ère fois dans le service.

Le décalage est patent avec la vision qu'ont les professionnel·les du service, qui attendent des patient·es tout sauf un « *cerveau d'acier* » capable de se contraindre au prix d'efforts et de souffrances. S'il est fait référence à la « nature », comme le font les professionnel·les pour évoquer le recours aux sensations, le sens y est bien différent, et sert surtout ici à opposer le régime restrictif à la chirurgie. Ces patient·es, comme également Habib (70 ans, cuisinier), discernent mal les attentes des soignant·es, en projetant que c'est par la contrainte et la restriction volontaire qu'ils et elles peuvent les amener à perdre du poids. On peut ainsi dessiner une opposition de vision entre les classes populaires, pour qui le suivi est un combat, et le haut de l'espace social, où le travail de patient se fait sur un mode jugé naturel et allant de soi (Darmon 2021, p. 258). Prolongeant la représentation du soin comme d'une lutte nécessaire, les patient·es mentionnent régulièrement le fait que le travail ne peut s'effectuer que seul, et qu'on ne peut en quelque sorte compter que sur soi-même :

« *Mais voilà. Donc, ce qui m'embête, c'est ce grignotage. Après, je peux comprendre que j'ai un manque d'activité. Et un manque de... comment dire... Après, je me dis, de toute façon, tu peux compter que sur toi. Tu peux compter que sur toi. De toute façon,*

c'est ton combat. C'est toi contre toi. C'est ça. […] *Moi, quand on me dit, je suis courageuse, oui, c'est bien. Mais il faut que j'avance. J'ai pas le choix. J'ai pas le choix. Dans la vie, t'as des épreuves. Il faut les surmonter. C'est sûr qu'il y en a qui surmonteraient pas.* »

Régine, 55 ans, secrétaire médicale, Baccalauréat, suivie depuis une dizaine d'années.

Ce type de vision touche non seulement l'alimentation, l'AP, le poids ou la santé, mais aussi la vie tout entière, qui serait une épreuve à surmonter. Dans le cas de Régine, cette façon de se représenter le monde biologique et social dans le registre de l'épreuve se comprend d'autant mieux qu'elle a eu plusieurs cancers au cours de sa vie, et qu'elle se situe dans une trajectoire d'ascension sociale relative par rapport à un milieu précaire :

« *Et c'est vrai que dans toute la fratrie, c'est moi qui a fait le plus d'études, mais c'est moi qui... qui m'en suis mieux sortie, quoi. Parce que les autres, elles se sont fait faire des gosses pour pas aller bosser, et tout. Moi, j'ai quand même avancé. Malgré que j'avais pas de niveau, j'ai quand même fait un... j'ai quand même avancé. Donc... Donc... C'est un instinct de survie, sûrement que j'ai eu. Je sais pas. Donc, il y a tout ça. Il y a tout un truc...* »

Régine, 55 ans, secrétaire médicale, Baccalauréat, suivie depuis une dizaine d'années.

On comprend cette morale de l'effort, qu'elle manifeste dans le travail sur soi lié à son poids, dans la conscience d'être proche (voire très proche) des fractions précaires de l'espace social désignées comme des assistés. La posture de dénonciation des « *autres* » qui n'ont pas « *avancé* » suffisamment pour s'en sortir révèle bien la conscience triangulaire dans laquelle sont pris ces membres des classes populaires stabilisés, en particulier en ascension, comme c'est le cas de Régine (Collovald et Schwartz 2006). Se sentant pris en tenaille entre des « profiteurs » (ou « assistés ») et des dominant·es, ils mettent en avant une morale de l'activité et de l'effort malgré les épreuves, jusque dans le domaine de la santé[284]. La « morale de l'endurance et dureté au mal » (Loretti 2021, p. 34), qu'on retrouve par exemple dans les parcours de soin en cancérologie, doit aussi être pensée comme une prise de position genrée, et non pas seulement classée. S'il s'agit certes de se distinguer des populations précaires, c'est aussi une manière de mettre à distance une sensiblerie perçue comme une caractéristique féminine propre aux dominant·es (et sans doute particulièrement aux fractions culturelles des classes supérieures). Le fait que ce type de discours soit mobilisé par des hommes comme par des femmes ne doit pas masquer le fait qu'il renvoie à une forme de dénégation de ce qui est communément admis comme féminin (trop s'écouter), et s'intègre dans des formes de « virilité au féminin » qu'on retrouve par exemple dans les professions d'aide à domicile (Avril 2014).

Les patient·es qui manifestent avec autant d'insistance l'effort et la souffrance sont aussi ceux et celles dont les conditions matérielles d'existence sont déjà parsemées de contraintes, ce qui engendre une forme de fatalisme et de découragement devant ce qui leur parait une épreuve

[284] Il est important de replacer la dénonciation des « profiteurs » ou « assistés » de la part de membres des classes populaires au sein des politiques publiques ayant, depuis les années 1970, opéré un ciblage des plus précaires, devenant la cible d'un ressentiment de la part de ceux à peine mieux lotis pour ne pas en bénéficier (Siblot et al. 2015b). L'étude de Cartier et al. (2008) sur les zones pavillonnaires et leurs occupants illustre bien ce mécanisme de dénonciation des « assistés » qui « profitent » des aides, en miroir d'une mise en avant du mérite individuel.

supplémentaire. C'est le cas d'Omar, qui a connu il y a plusieurs années une migration en France difficile et dit avoir perdu son « *cerveau d'acier* », ou de Franck :

> « *Et vous disiez que vous avez déjà fait des régimes, en tout cas, vous connaissez très bien tout ce qu'il faut faire pour ?*
>
> *Je ne dirais pas que je connais, je maitrise pas, la preuve. Mais j'ai dû en faire plein, plein dans ma vie. Et puis j'avoue qu'à un moment donné, ça me gavait. Clairement. Parce que moi, dans l'absolu, si on regarde ça, il faut que j'arrête de fumer. Il faut que j'arrête de bouffer. Il faut que j'arrête de... Il reste quoi dans la vie ?* »
>
> Franck, 54 ans, agent de sécurité, BEP, suivi depuis un mois.

Le « fatalisme par rapport au destin corporel et social » (Darmon 2021, p. 260) et la « résignation à l'inévitable » (Bourdieu 1979, p. 433) constituent une entrave aux exigences du suivi qui implique une forte croyance dans son efficacité pour être mise en œuvre au quotidien. Comment comprendre que cohabitent chez ces patient·es une dureté au mal et un fatalisme ? On peut faire l'hypothèse que le fatalisme lié à la santé découle d'une forme de combativité orientée dans une direction inefficace (ici des régimes à répétition). Les récits de résignation face à ce que pourrait amener la prise en charge (« à quoi bon ? ») suivent bien souvent, dans les entretiens, une description des efforts particulièrement soutenus, maintes fois réalisés, ayant pourtant conduit à l'échec, et auxquels s'ajoutent souvent des expériences antérieures ou actuelles de précarité matérielle conçues comme épuisantes.

L'extrait d'entretien avec Franck révèle également la tension forte au sein des classes populaires entre une norme de santé jugée légitime et d'autres normes, inhérentes aux sociabilités ou aux conditions de vie. Cette tension, qui empêche finalement de se dédier corps et âme à l'amaigrissement (parce qu'il faut bien maintenir des liens de sociabilité construits sur la commensalité, par exemple), contribue à générer des adhésions à éclipses à ce que ces patient·es estiment être leur devoir de santé, comme ont pu le montrer d'autres travaux sur les troubles alimentaires en milieu populaire (Moreno Pestaña 2016)[285]. D'autant plus que, dans les milieux populaires, « l'alimentation est le domaine d'exercice d'une forme de liberté » (Régnier 2025, p. 243) et l'affirmation pratique d'une autonomie dans un quotidien contraint.

Les pratiques mises en place par ces patient·es prennent alors des formes particulières, avec un certain nombre d'astuces pour se tromper soi-même et ne pas se décourager. C'est le cas par exemple d'Habib, qui pratique du vélo d'intérieur en fermant les yeux pour éviter de voir le temps défiler trop lentement à son goût. L'écoute du corps prônée dans le service parait bien éloignée. Contrairement aux patient·es décrits en section II, les efforts ne sont pas faits comme une seconde nature, mais pour souffrir, parce que la souffrance est le seul moyen pour y parvenir. Mais ces comportements, pour être pleinement compris, doivent être aussi replacés dans les objectifs de court terme qui les guident. On l'a dit, c'est moins la santé au sens où l'entendent les professionnel·les qui compte pour ces patient·es que la perte de poids, si possible rapide. La vision de la santé qui y est engagée relève davantage d'un mode curatif que

[285] On ne saurait trop insister sur le fait que ces patient·es sont à la recherche d'une perte de poids, malgré la volonté des professionnel·les de transformer cet objectif.

préventif – comme ont pu l'approcher sous un angle différent les traitements statistiques du chapitre 3 – associé ici à des préoccupations d'ordre social et de présentation de soi.

> « *Mais avant le mariage* [de son frère]*, avec mon frère, dans la restauration, on a fait le régime, le sport. Oui. Tous les jours, on a fait le sport ensemble, chaque matin, après, on travaille. On mange pas le sel, on a cherché le pain sans sel, quelque chose comme ça. Mais on a perdu beaucoup.*
>
> *C'était du sport dans une salle de sport ?*
>
> *Une salle de sport, c'est ça, avec le monsieur là-bas. Un an, on a fait ça. On a perdu beaucoup, beaucoup. Après, j'ai... Quand j'ai fini cette année-là, ça y est. Mais quand même, je monte doucement, petit à petit. Mais après le mariage…* »
>
> Habib, 70 ans, cuisinier retraité, baccalauréat, suivi depuis un an.

Si les patient·es comme Habib souhaitent perdre du poids, c'est tout autant pour des raisons de santé que des motifs spécifiques de présentation de soi (c'est aussi le cas d'Anton, 52 ans, sans emploi, qui veut être « *présentable* » pour la remise de diplôme de sa fille). On comprend mieux l'orientation à court terme de ces patient·es si on la replace par rapport aux impératifs sociaux de présentation de soi des fractions stables ou en voie de stabilisation des classes populaires, où il s'agit d'être présentable, non pas dans une optique narcissique centrée sur soi, mais pour autrui, rendre fier, ou au moins ne pas faire honte et éviter de passer pour moins que ce qu'on souhaite représenter. On peut rappeler ici un effet de la conscience triangulaire évoquée plus haut, dans laquelle sont pris ces individus, qui les pousse à se distinguer des plus précaires, assimilés (dans une forme de sociologie profane) aux plus corpulents[286].

Dans cette vision de la santé fortement liée au poids et à l'amincissement, les patient·es se trouvent démunis face aux pratiques des professionnel·les, qu'ils et elles comprennent d'autant moins que leur capital culturel est en décalage avec celui des médecins :

> « *Et là, vous, est-ce que vous avez un objectif de poids précis ou pas du tout ?*
>
> *J'ai, il faut que je descende au-dessous de 100 kilos. Il faut 90. Mais est-ce que c'est réalisable ? Je sais pas. Il faut beaucoup de sacrifices. Il faut beaucoup de sacrifices pour arriver... Avec la nutritionniste, on n'a pas parlé combien de... combien par mois je peux baisser le poids. On n'a pas parlé de ça. Je sais pas pourquoi. Mais est-ce que je vais voir un nutritionniste ou c'est fini, je sais pas.* »
>
> Omar, 52 ans, électricien / plombier, CAP, 1ère fois dans le service.

Ce décalage manifeste entre les objectifs des professionnel·les du service (contrôler le poids en améliorant des paramètres de santé plus généraux) et ceux d'Omar (descendre en dessous de 100 kilos) produit une incompréhension manifeste de sa place et de ce qu'on peut lui proposer comme parcours de soin. Comme le remarque Longchamp (2009), les membres des classes populaires présentent « un *ethos* de la guérison qui n'accorde crédit aux professionnel·les que dans la mesure où les améliorations apportées sont rapides et immédiatement perceptibles » (p. 53). Il convient ici de prendre un peu de recul pour saisir les usages socialement situés du temps et son inégale maitrise (Duvoux 2023 ; Henri-Panabière et

[286] On verra au chapitre 8 une conséquence singulière de ce mécanisme en contexte d'activité physique.

al. 2019). Les conditions matérielles d'existence des classes populaires tendent à produire un rapport au temps spécifique fait de gestion au jour le jour des contraintes qui se présentent, ce qui oriente leurs conduites sanitaires vers un mode plus curatif que préventif (Millet et Thin 2005). En lien avec une vision de la santé associée au court terme, les patient·es de ce profil sont les plus nombreux à avoir tenté de nombreuses solutions commerciales d'amincissement qui portent en elles des « promesses » d'optimisation de soi rapide (Dalgalarrondo et Fournier 2022) :

> « *Et je pense que même, de ce que j'ai compris, c'est que pour moi, c'est même pas de la chirurgie bariatrique qu'ils vont me faire, c'est carrément un régime, je sais pas ce qu'ils vont me faire, mais en sachant que moi, le régime, j'ai déjà fait. J'ai fait, comment on appelle ça ? J'ai essayé Comme J'aime. Bien sûr, j'ai tout fait. J'ai fait les crèmes aussi, amincissantes, le jeûne thérapeutique. Et tout ce que j'ai fait, je l'ai repris. C'est comme quoi, c'est pas miraculeux, tout ce qu'on vous raconte, je vous jure, j'ai dépensé mon argent, mais une dinguerie. Les crèmes amincissantes, franchement, j'ai jamais minci. C'est malheureux, mais j'ai tout tenté, j'ai tout tenté mais non, ça marche pas. Pfff crème, gomme, le thé, ils disaient drainage, l'élimination, je vous assure. J'ai tout fait, j'ai tout fait, mais non, non, non, ça marche pas.*
>
> *Ça, ça vous a coûté combien, tout ça ? Vous pensez ?*
>
> *Oh ! Moi, je dirais bien au moins 2000, 3000 euros. Franchement, avec les Comme J'aime et tout, franchement. Ouais, ouais, ouais. Ouais, au moins. Après, il y avait quoi ? Il y avait les coupe-faim, il y avait... Non, mais je vous assure, une dinguerie, après, j'ai même essayé les... Comment on appelle ça, là ? Tout ce qui est complément alimentaire. Les gummies, les... Non, mais j'ai tout pris, je vous assure. Et quand je monte sur la balance, ça bouge pas. Même, je mets les crèmes. Les crèmes, ils vous disent, oui, vous allez mincir, vous allez perdre deux tailles en une semaine. Maintenant, j'ai jamais bougé. Même une fois, c'est quoi ? En pharmacie, j'avais pris des gommages, c'est quoi ? Percutaphime, je sais pas quoi.* […] *Et mon mari, il a pété les plombs. Il a dit, mais stop, il faut arrêter parce que ça marche pas ton truc. Il en avait marre. Comme J'aime, les machins, des repas, des abonnements. Donc, faut arrêter.* […] *Il m'a dit : "plus tu mets, plus tu grossis, donc, ça sert à strictement rien".* »
>
> Coralie, 39 ans, employée de commerce en congé maladie, Baccalauréat, 1ère fois dans le service.

L'usage passé ou présent de méthodes commerciales d'amincissement chez ces patient·es a pour effet de créer un précédent d'échec : ils et elles ont « *tout essayé* » sans réussite, ce qui les amène à être sceptiques sur ce que peuvent leur proposer les professionnel·les, comme on peut le voir au début de l'extrait ci-dessus. Si les méthodes de perte de poids basées entre autres sur la restriction sont contestées dans leur efficacité, elles continuent malgré tout d'être mises en place, parce qu'elles sont vues comme les seules possibilités pour maigrir. C'est flagrant dans le cas de Coralie, qui continue de faire un régime en sautant des repas alors même qu'elle décrit le fait d'avoir tout tenté sans succès ; et s'attend à se voir proposer « *carrément un régime* » par le service.

Ce qu'il faut bien comprendre ici, c'est que, selon ces patient·es, si les méthodes de perte de poids n'ont pas été efficaces, c'est autant parce que ce sont de « mauvaises méthodes » que

parce qu'ils et elles n'ont pas été capables de les mettre en œuvre pleinement. C'est l'individu lui-même qui est rendu responsable des succès et des échecs en termes de perte de poids, révélant bien l'intégration d'une morale sanitaire faisant du poids une affaire de volonté personnelle (Carof 2015) :

> « *OK. Et là, on a parlé des régimes un peu stricts, mais est-ce que vous avez déjà fait des petits régimes ou alors changé un peu l'alimentation ?*
>
> *Oui, mais pas tellement, pas tellement. Parce que quand on dépense, quand on fait, je sais pas, avant… non, peut-être je change une semaine, deux, après, j'y arrive pas. Parce que quand le corps, on brûle, on brûle, on brûle, après, il demande beaucoup d'énergie. Il faut qu'on mange. C'est ça le problème.* »
>
> Omar, 52 ans, électricien / plombier, CAP, 1ère fois dans le service.

En lien avec une vision globale de la perte de poids comme une affaire de souffrance et de sacrifice, Omar s'accuse de ne pas y arriver, de ne pas tenir, non pas parce que les régimes ne marcheraient jamais, ce que disent *grosso modo* les professionnel·les de santé, mais parce que lui n'aurait pas les ressources de volonté suffisantes.

L'influence majeure de ces représentations sur la prise en charge est que les patient·es ne croient pas en la capacité des professionnel·les du service à pouvoir répondre à leurs attentes. Dans un certain sens, ce n'est pas tout à fait faux, puisque les professionnel·les ne cherchent pas à faire maigrir les patient·es. Mais les échecs successifs produisent surtout un fatalisme plus large concernant l'intérêt d'une prise en charge en médecine de l'obésité.

> « *À* [hôpital précédent], *on en a parlé avec le professeur d'hôpital, là-bas. Et bon, c'était l'année dernière, ou il y a six mois, mais elle m'a dit qu'on verra peut-être avec les traitements si je vais perdre du poids, mais bon... Ça fait longtemps que j'y crois plus à ça. On verra bien.*
>
> *Hum. Est-ce que là, vous avez des traitements qui... Qui sont censés aider à perdre de poids ?*
>
> *Franchement je sais pas, mais en tout cas, c'est pour la thyroïde et l'hypophyse. Après, peut-être que ça aide sûrement, mais je sais pas du tout. C'est surtout sur la maladie, quoi. Sur les... bah, c'était un dérèglement hormonal en fait.* »
>
> Anice, 20 ans, déménageur, baccalauréat, 1ère fois dans le service (suivi depuis plusieurs années dans un autre hôpital en pédiatrie).

Le découragement d'Anice est lié à l'absence de croyance dans la possibilité de perdre du poids par des méthodes médicales. Son histoire de patient, pris en charge dans de nombreux dispositifs depuis plusieurs années, l'incite à considérer comme illusoire la perte de poids qui constitue pourtant son objectif affiché lorsqu'on l'interroge sur cette question. Anice résiste d'une certaine manière à la conversion d'objectif que tentent de produire les professionnel·les en médecine de l'obésité (abandonner la perte de poids au profit de paramètres de santé moins

visibles[287]), et se trouve donc objectivement dans une situation où le parcours de soin ne peut répondre à ses attentes.

Pourquoi ces individus viennent-ils dans le service, si leurs objectifs ne correspondent pas à ceux des professionnel·les, et s'ils ne croient pas en l'efficacité des méthodes proposées ? On l'a vu au chapitre 3, les patient·es issu·es des classes populaires ont davantage tendance à venir de manière contrainte, orienté·es par d'autres professionnel·les de santé qui estiment que le suivi en nutrition sera nécessaire. Coincé·es dans une impasse, où les objectifs sont désajustés par rapport aux méthodes proposées, ces patient·es se retrouvent dans une situation d'échec qu'ils mettent sur leur propre compte et les amène à culpabiliser.

B. Vouloir un plan précis sans pouvoir l'exiger

Le pendant d'une conception de la santé articulée à la perte de poids, et d'une perte de poids devant passer par la souffrance, c'est le fait que les patient·es appartenant aux classes populaires attendent des règles très précises à suivre pour atteindre leur objectif.

> « *Et vous, là, pour l'instant, les conseils qu'on vous a donnés, c'était un... est-ce que c'était ce que vous imaginiez ? Est-ce que ça correspond à ce que vous attendiez ?*
>
> *C'est un peu... Moi, je croyais... ils vont me dire : "Ça, c'est pas bon, ça, c'est pas bon"... Il faut... C'est 50-50... Comme on dit. Voilà. Moi, je croyais ils vont me dire : "il faut pas manger ça, il faut pas manger ça".*
>
> *Oui, alors que là, la règle, c'est plutôt... on peut un peu tout manger ?*
>
> *C'est ça, il faut tout manger, mais il faut tout manger, mélanger, mais modérément, et il faut manger tout.* […] *Parce que, moi, je croyais... Je sais pas. Elle* [la diététicienne] *va me dire qu'est-ce qu'il faut manger, qu'est-ce qu'il faut... Elle m'a dit, qu'il faut des féculents, des pâtes, des légumes, c'est tout. C'est tout. Je sais pas, peut-être dans le futur, je sais pas, peut-être ils vont nous orienter dans le bon chemin, je sais pas.* »
>
> Omar, 52 ans, électricien / plombier, CAP, 1ère fois dans le service.

Le « *bon chemin* » qu'attend Omar n'est visiblement pas ce que lui a proposé la diététicienne qu'il a vue juste avant, à savoir un équilibre alimentaire et une régulation par les sensations. C'est bien davantage par des interdits alimentaires et des consignes strictes qu'il espère perdre du poids, dans une représentation populaire classant les aliments comme bons ou mauvais (Lhuissier 2006). Comme dans l'éducation du patient en diabétologie étudiée par Schlegel, les patient·es des classes populaires regrettent la disparition des régimes et voudraient des programmes auxquels se conformer (Schlegel 2022), contrairement aux classes moyennes qui admettent la légitimité d'un contrôle de l'alimentation par les sensations, mais ne parviennent pas à le mettre en œuvre.

[287] On peut supposer que plus les patient·es sont jeunes, plus il est difficile pour elles et eux de se projeter dans des considérations de santé de long terme, liées à des pathologies associées symboliquement et statistiquement aux personnes plus âgées.

Dans ce cadre, le travail sur les sensations que proposent les professionnel·les est quasi totalement évacué des discours de ces patient·es, qui retiennent surtout des repères précis dans l'assiette, des règles pouvant être appliquées au quotidien. On pourrait penser que ce que les patient·es retiennent et restituent dans l'entretien reflète une action différenciée des professionnel·les, qui ne délivrent des conseils sur la régulation de l'alimentation par les sensations qu'aux patient·es qu'ils et elles estiment aptes à pouvoir les appliquer. Pourtant, les questions répétées sur la gestion des sensations permettent d'accéder au fait que les patient·es ont effectivement été formé·es d'une certaine manière à cet enjeu, mais lui accordent une valeur moindre par rapport aux règles précises qu'ils et elles ont pu glaner :

> « *Et je sais qu'ici dans le service, ils parlent beaucoup des sensations de faim, des sensations de rassasiement.*
>
> *Oui.*
>
> *Ça, vous en avez parlé avec la diététicienne ?*
>
> *Oui, elle m'a parlé, oui.*
>
> *Ce matin ?*
>
> *Oui. Elle me dit quand je mange, il faut manger doucement. Il faut prendre du temps. Il faut pas manger rapide.*
>
> *Parce que vous, vous trouvez que vous mangez rapidement ?*
>
> *Oui. Dans cinq minutes, je peux terminer l'assiette. Oui. Parce que j'ai l'habitude comme ça. Ils m'ont dit : "c'est pas bon, il faut y aller doucement".*
>
> *Et ils vous ont donné des techniques ou des astuces pour manger plus lentement ? Ou c'est juste manger plus lentement ?*
>
> *Ils m'ont donné, ouais, ils m'ont donné. Exemple, elle m'a dit au niveau des gâteaux, parce que moi, avant, quand j'achète un biscuit, il faut que je le termine. Elle me dit tu prends quelques-uns et le reste tu le caches et tu le manges doucement. Comme ça, tu as... C'est compliqué de l'expliquer.*
>
> *Oui, oui.*
>
> *Ils m'en donnent. Il faut... C'est pour ça, il faut suivre dans un organisme, les méthodes. Après, il faut faire tout seul. Quand le cerveau, il va capter bien, quand il va capter bien, il va s'habituer. Après, ça y est, ça rentre dans le cerveau, ça sort pas. Mais quand quelqu'un, il me parle, si je sors, j'oublie tout. Je reviens à ma méthode mauvaise.* »
>
> Omar, 52 ans, électricien / plombier, CAP, 1ère fois dans le service.

Après plusieurs relances, Omar décrit ce qu'il a retenu des conseils relatifs à la régulation de l'alimentation par les sensations, avant de revenir assez vite à l'importance des « *méthodes* » à suivre, qui recouvrent davantage les règles précises relatives au contenu de l'alimentation évoquées plus haut. La focalisation sur la recherche d'un plan précis concernant l'alimentation amène ces patient·es à tenter de décoder les « bonnes pratiques » qui ne sont pas explicitées, notamment via les menus servis pendant les journées de bilan ou d'hospitalisation :

« *Mais je vois ici, il y a plus de légumes, parce que moi je fais pas. Bon, je vais mélanger les légumes maintenant, comme ils font ici.*

Mélangé avec ?

Avec, faire des petites lamelles, des carottes, radis, tout ça, vous voyez. Voilà, vous savez, comme pour faire un wok. Voilà. Ça, je vais le faire en rentrant. Ça, je le faisais pas. Mais j'avais toujours un féculent et des légumes.

Et ça, vous trouvez que c'est une bonne idée, là, de faire un wok, mélanger ?

Oui. Oui. Moi, je trouve. Je trouve. Et en rentrant, je vais essayer de faire ça. »

Ghislaine, 71 ans, assistante maternelle, sans diplôme, 1ère fois dans le service.

On voit bien que les patient·es comme Ghislaine se sentent en manque de contenus et tentent de repérer des attentes implicites qui seraient logées dans les à-côtés de la prise en charge. Or, le contexte des repas est déconnecté de la prise en charge, puisque le service n'a quasiment aucun contrôle sur les menus et les préparations servis aux patient·es, réalisés par le service de restauration centralisé de l'hôpital. Pensant que les professionnel·les conçoivent volontairement des menus adaptés à une prise en charge en nutrition, la patiente y voit un exemple pratique à suivre, ce qui peut se rapprocher des manières populaires de réaliser des exercices scolaires, dans une interprétation pratique de leur sens (Lahire 2008). Pour reprendre la métaphore scolaire employée au chapitre 4, le *curriculum* réel, ce que la patiente retient effectivement de l'éducation alimentaire, est bien différent du *curriculum* formel, à savoir ce que les professionnel·les prévoient comme contenus.

Contre une vision qui peut être partagée par les professionnel·les du soin, les patient·es qui ne répondent pas aux réquisits de la prise en charge ne sont pas moins « motivé·es » que les autres, mais possèdent surtout des attentes socialement situées en décalage avec ce qu'attendent les soignant·es. Une des conséquences de cet écart, c'est le fait pour les patient·es d'accorder une faible importance au travail sur les sensations.

C. Le contrôle des sensations hors du champ des possibles

Les patient·es appartenant aux classes populaires n'accordent qu'une faible importance au travail sur les sensations, ce que révèle le nombre de relances nécessaires pour obtenir leur avis sur cette méthode, et la rapidité à laquelle ils et elles évacuent le sujet. Non seulement ces individus cherchent des règles concrètes applicables de manière pratique, en situation, mais ils manifestent un rapport au corps spécifique dans lequel les sensations somatiques sont vues comme peu contrôlables, discréditant toute méthode cherchant à le faire. Le premier élément visible de cette culture somatique réside dans la perception de la faim et l'importance qui lui est accordée :

« *Mais moi... Jamais je ne me sens pas faim.*

C'est-à-dire ?

C'est-à-dire... Moi, je n'ai pas de petit déjeuner le matin. Ça m'arrive des jours, je ne mange pas à midi aussi. Quand je sors, je ne mange pas à midi aussi jusqu'à trois

heures, quatre heures. Je sens rien du tout. Tout un coup, mes bras, ça commence à trembler comme ça. Là, je comprends. Sinon, c'est...

Vous ne sentez pas...

Non, non, c'est juste ça. Je peux manger... Je peux rester sans manger du matin jusqu'au soir. Mais le soir, quand je commence à manger, alors là... Tout ce qu'il y a, j'avale. Oui. Oui. Il y a ça aussi. Je sais que c'est pas bien, mais j'arrête pas de manger. Voilà. D'un côté, c'est la façon de vivre aussi, ça nous fait... On sait pas manger. C'est pas que l'on ne sait pas manger. Mais c'est la vie, ça nous... Moi, j'ai mangé quand je faisais couture. En machine, j'avais mes tissus là. Et de ce côté, la machine, j'avais des sandwichs. Deux années, j'ai travaillé comme ça. Tout ce que j'ai mangé, ça restait ici [en montrant son ventre]. »

Aïda, 67 ans, ouvrière retraitée (couture, ménage, service), sans diplôme, suivie depuis plusieurs mois dans le service.

On voit ici que les catégories de description de la faim utilisées relèvent de manifestations corporelles qu'on peut dire « extérieures » (les bras qui tremblent), par rapport à des types de descriptions, davantage utilisées plus haut dans l'espace social, qui en font une sensation interne au corps. De surcroit, Aïda mentionne le fait de ne ressentir ni la faim, ni la satiété, puisque quand elle commence, elle ne s'arrête pas, tout en le jugeant négativement (« *on sait pas manger* »). La faim est pour elle une sensation « binaire », présente ou non, mais peu graduée. Elle décrédibilise sa manière de manger, issue d'un rapport spécifique aux sensations qu'elle voit comme le résultat de ses conditions de travail ouvrières, et donc comme une caractéristique de son milieu social (ce que révèle bien l'usage du pronom « on »). Aïda représente par ailleurs un type d'enquêté·es qui ne va pas évoquer spontanément le travail sur les sensations que tente de mettre en place le service, et ce n'est qu'après de multiples relances qu'elle en parle, préférant évoquer des règles nutritionnelles apprises par le passé. D'autres travaux mentionnent déjà le fait que les classes populaires peuvent avoir le sentiment de ne rien retirer d'une méthode d'écoute des sensations (Bard 2019), percevant le corps plus volontiers comme un instrument que comme un producteur de signes à interpréter (Boltanski 1971). Les socialisations des classes populaires, via l'urgence des conditions matérielles d'existence, empêcheraient « la constitution et le développement de l'aptitude à la maitrise symbolique de la pratique » (Bourdieu et Passeron 1970, p. 64).

Mais il semble pertinent de se pencher concrètement sur ce que requiert comme connaissances et savoir-faire pratiques le travail sur les sensations. En plus d'une vision fataliste associée au corps et à ses sensations, couplée à une intériorisation de la responsabilité individuelle face au poids, les enquêté·es de classes populaires sont confronté·es à un type d'action sur le corps impliquant le recours au langage, à la réflexivité et à l'écrit :

« *Après, j'ai eu des périodes où, quand j'allais voir des nutritionnistes comme ça, elles me donnaient un papier. Tel jour, vous mangez quoi ? Vous grignotez quoi ? Pourquoi vous grignotez ? J'en sais rien, moi. C'est des choses que t'arrives pas à gérer. Tous ces trucs-là, c'était pas mon truc. Des fois, je marquais, euh… Oui, les tableaux où on doit noter ce qu'on mange. Les compulsions. Pourquoi vous… Qu'est-ce qui t'est arrivée à ce moment-là et tout ? Pfff…*

Ça, ça vous plaisait pas ?

Bah non, parce que tu te rends pas compte ! Il faut noter, il faut te justifier, faut…. J'ai pas l'habitude de ça. Pourquoi je mange mon carré de chocolat ? Alors au départ, oui, le grignotage, c'est quand j'avais les petits qui finissaient pas leur goûter. Et c'est vrai que tu as tendance à finir. C'est là que j'ai appris que ton corps, c'est pas une poubelle.[...] *Donc, je suis plus manuelle qu'intellectuelle. Mais voilà, je me suis bien sortie. J'ai fait du secrétariat. Donc, niveau français, nul. Heureusement que les médecins* [dans son travail à la caisse d'assurance maladie] *me donnaient pas les rapports. Parce que les anciens, les médecins faisaient des rapports et tu devais les faire. En plus, je ne suis pas, je ne suis pas une, comment dire… et pis leur terme, machin et tout.* »

Régine, 55 ans, secrétaire, baccalauréat, suivie depuis une dizaine d'années.

Les patient·es les moins doté·es en ressources (culturelles notamment) se retrouvent en difficulté face à des exercices de suivi des sensations et des émotions pendant les repas qui imposent une explicitation écrite (sur le moment) ou oral (*a posteriori*) du vécu expérientiel et émotionnel. Non seulement la forme des exercices est éloignée de leurs pratiques quotidiennes (« *il faut noter, il faut te justifier, il faut… j'ai pas l'habitude de ça* »), mais le fond engage également un rapport objectivant et réflexif à l'alimentation et au corps.

Dans son étude sur le rapport au langage des enfants, Lahire (2008) montre que dans les classes populaires, le langage est articulé étroitement à la pratique, formant ce qu'il nomme un rapport oral-pratique (ou éthico-pratique) au langage, et non pas scriptural-réflexif comme on peut le trouver dans l'institution scolaire et en haut de l'espace social. Ce que les soignant·es demandent aux patient·es sous l'apparence de la neutralité objective (en référence à la logique et au naturel des sensations) s'avère socialement situé, parce que faisant intervenir un rapport au langage scriptural-réflexif. Autrement dit, « l'institution s'attelle à substituer à un rapport pratique à la pratique, typique des classes populaires, une relation réflexive, savante et écrite à la pratique qui est tendanciellement celle des classes moyennes et supérieures » (Darmon 2021, p. 229). Replacer les méthodes employées, ici de socialisation somatique, permet de révéler l'écart entre les individus qui conçoivent les exercices et certain·es patient·es, écart qu'on retrouve bien souvent dans des services hospitaliers à vocation éducative (Schlegel 2024). Faisant travailler des dispositions de classe davantage que des sensations neutres, les professionnel·les manifestent sans le savoir une forme d'ethnocentrisme de classe.

On voit dès lors à quel point la socialisation médicale peut être empêchée, au point de devenir impossible, dans la mesure où non seulement les patient·es de classes populaires rejettent le principe d'une socialisation somatique, mais les moyens requis engagent un rapport particulier au langage et au corps que leurs conditions d'existence ne prédisposent pas à posséder. On peut citer à cet égard d'autres éléments que le rapport au langage pour comprendre l'impossibilité pour les patient·es de mettre en œuvre les moyens exigés par la prise en charge, comme les contraintes associées à la commensalité[288] et à l'impératif incorporé de ne pas gâcher.

[288] On sait par exemple que le fait d'être seul et dans un espace calme pour manger et être à l'écoute de ses sensations s'oppose à des usages populaires, comme le fait de manger devant la télévision (Masclet 2018).

« *Et vous ressentez le rassasiement quand vous mangez ?*

Oui, bah oui, oui, je sais que ça m'arrive souvent à la maison, parce que ma mère elle casse les couilles pour ça : "attend il reste trois cuillères". Je fais : "non, c'est bon, j'ai plus faim, c'est bon", ça m'arrive souvent ça. Ma mère, elle est comme ça, elle est issue de milieu prolétaire, on a la culture du "on gaspille pas" quoi. Mais je lui dis : "bah tu le gardes, et puis tu mélanges avec autre chose demain". »

Franck, 54 ans, agent de sécurité, BEP, suivi depuis un mois.

Ce type de morale populaire associée au non-gaspillage (qui se trouve être en adéquation avec une morale écologique contemporaine, Mangin et Roy 2023) a pour conséquence une mise au second plan des sensations de satiété. Dans le cas de Franck, cette norme morale prend une dimension genrée évidente, dans la mesure où il n'a été en charge du travail alimentaire qu'à de rares occasions dans sa vie (sa mère et son ex-femme s'en étant chargé), comme c'est le cas plus fréquemment en milieux populaires (Court et al. 2016). Le genre détermine la valeur accordée aux activités constitutives de l'alimentation (courses, gestion des stocks, préparation des repas, nettoyage). En ce sens, le service travaille et modèle des dispositions de genre, puisqu'il incite les hommes qui ne le font pas à réaliser le travail généralement assigné aux femmes de leur entourage.

Plus généralement, le travail opéré dans le service entend aider l'individu à modifier des pratiques et des représentations du corps qui trouvent leur source au-delà de la prise en charge : travail, famille, culture scolaire, conditions matérielles d'existence. Les individus peuvent eux-mêmes percevoir ce décalage et mettre en doute l'intérêt d'un travail individuel sur les sensations :

« *Ben, moi, personnellement, bon, ça m'a... Je sais que, bon, voilà, je mange quand je suis soit devant les écrans ou devant la télé, voilà. C'est principalement ça, ou quand je suis stressée après quelque chose, quoi. Généralement, c'est parce qu'avant, le midi, j'ai pas bien mangé, enfin, j'ai mal mangé, ou j'ai écourté le repas parce qu'il y avait quelque chose à faire, et donc... C'est souvent ça, quoi. Oui.*

Et là, cet atelier, c'était quoi, exactement ?

L'atelier... Sur les sensations de faim, qu'est-ce que c'était avoir faim, quoi.

Ouais. Et vous avez trouvé ça intéressant, ou pas du tout ?

Oui, ça, à part me dire que... oui, certes, le stress, ça fait grignoter, oui, mais comment... Comment... Par quels moyens ? C'est-à-dire, à mon avis, il faut faire... Enfin, des séances psychologiques, de sophrologie, pour... Quand on a du stress, éviter de... Voilà, qu'on mange et qu'on ait... Qu'on compense, en fait, d'autres stress par la nourriture, et... Enfin, autre chose que par la nourriture. Voilà, mais bon... C'est bien joli, mais on sait pas quand est-ce qu'on va être... Qu'on va avoir un coup de stress ou autre, c'est... Ça, j'ai du mal à... Voilà, à me dire que... Dans la journée, je peux pas prévoir que, voilà, mon père, il va être chiant, il va me faire chier, puis... ben, comment appliquer ça, par exemple, au travail, ou des trucs comme ça... C'est-à-dire qu'on a été stressé toute la journée... »

Angélique, 35 ans, technicienne de laboratoire au chômage, BTS, 1ère fois dans le service.

Les patient·es appartenant aux classes populaires ne sont pas complètement démuni·es pour questionner ou critiquer les méthodes mises en œuvre dans le service. Pour Angélique, il ne suffirait pas de maitriser son rapport aux sensations de faim en cas de stress pour éviter de trop manger, il faudrait davantage réduire la fréquence d'apparition de situations stressantes. Elle opère une critique de la personnalisation importante de la méthode, sans pour autant en faire une critique politique plus large, qui impliquerait de déplacer le regard des individus vers leurs conditions matérielles d'existence. On peut supposer que la critique que met en avant Angélique repose sur la croyance implicite que son corps et ses perceptions ne peuvent pas évoluer, contrairement aux situations (sociales) stressantes. Le modèle savant est alors perçu comme impersonnel, inefficace et non pragmatique, comme le remarque Gojard (2010) chez les mères de classes populaires qui valorisent un modèle familial d'alimentation infantile.

Les patient·es sont loin d'être dupes des conditions sociales qui favorisent l'adoption de comportements que le service réprouve. Pour le dire dans un langage emprunté à la sociologie de la socialisation, les patient·es sont bien conscient·es qu'ils et elles sont confronté·es au quotidien à des contextes spécifiques dont les propriétés activent des dispositions « inadéquates », ce qui les amène parfois à contester explicitement les méthodes employées dans le service :

> « *Et là, pour l'instant, est-ce que vous avez l'impression que le service répond à vos attentes ?*
>
> *Là, pour le moment, en fait, comme on est cadré par l'hospitalisation, on n'a pas la tentation, voilà, d'être, par exemple, à côté de la cuisine, de grignoter n'importe quoi et autres. Vu que tous les repas sont apportés, voilà, sur un plateau. Mais après, de retour à la maison, voilà, c'est... on va avoir toutes les mêmes tentations, les mêmes... les mauvaises habitudes qui risquent de reprendre. C'est toujours ça qui... Moi, c'est... Je dis, d'accord, je veux bien me faire suivre en nutrition et autres, mais... Le problème, c'est que si, après, on n'arrive pas à suivre, en fait, à la maison, si... Les choses n'arrivent pas à se mettre en place à la maison, ça sert à rien, quoi, voilà. Parce qu'on a toujours essayé, même, à la maison, de... voilà, d'essayer de manger correctement, de machin, ça dure 15 jours, trois semaines. Et après, les mauvaises habitudes, ça ne tient pas, quoi. Donc, c'est... c'est pas évident à mettre en place, quoi.* »
>
> Angélique, 35 ans, technicienne de laboratoire au chômage, BTS, 1ère fois dans le service.

Les propriétés du contexte dans lequel vit Angélique au quotidien tranchent avec le contexte hospitalier bien plus réglé, ce dont elle se rend bien compte pour reprocher finalement aux professionnel·les de chercher à modifier chez elles des habitudes qui trouvent leurs racines dans des conditions de vie difficilement modifiables (notamment parce qu'elle vit avec ses parents). Les « *choses* [qui] *n'arrivent pas à se mettre en place* » évoquent bien l'impossibilité d'un travail dispositionnel si le contexte ordinaire de vie ne cesse d'activer les dispositions antérieures. Comme Angélique en a conscience, d'une certaine manière, elle cherche à modifier le contexte pour se forcer par exemple à ne plus consommer tel ou tel aliment :

> « *OK. Et... Et donc, les moments où vous essayez, quand même, pour une période de... Par exemple, vous m'avez dit limiter les boissons sucrées ou d'autres choses. Comment ça se passe, concrètement ? Qu'est-ce que vous choisissez de réduire ? Et comment*

vous faites pour choisir ce que vous mangez plus ou ce que vous allez manger de nouveau ?

Généralement, souvent, en fait... Comme, en fait, beaucoup de nos réserves alimentaires à la maison sont au sous-sol, c'est de pas les remonter dans la cuisine et au frigo, en fait. Comme ça, on n'a pas la tentation de les voir dans le frigo. Et j'en remonte qu'un, une fois par semaine, comme ça que je sais que c'est ma petite dose que je m'autorise, et après, basta quoi. Avant, par exemple, petit déjeuner, je me prenais une petite tablette de chocolat. Celle-là, j'ai réussi à vraiment la supprimer. Celle-là, vraiment, définitivement, mais ça a été de dire à ma mère : "tu ne m'en achètes plus. Tu ne me prends plus ça, tu ne me mets plus ça, devant le nez !", quoi, voilà. C'est...

Parce que c'est votre mère aussi qui fait les courses pour la maison ?

Ouais, ouais, ouais. En fait, on s'occupe aussi de ma tante, qui est handicapée, donc on l'emmène faire ses courses. Donc, en fait, comme ils sont à trois dans la voiture, déjà, bah, en fait, moi, la quatrième, il y a plus de place pour moi. Donc, bah, forcément... Moi, le samedi, bah, c'est moi qui reste à la maison, je fais le ménage, enfin, je range un peu la maison, quoi. Excepté quand ils ne sont pas là et qu'ils partent dans leur maison secondaire en Normandie, quoi, pendant trois, quatre mois. Là, c'est... Là, vraiment, oui, je me respecte un régime, vraiment, dans l'année où je suis... Enfin, où j'ai une vraie régulation de mon... Où je mange vraiment aux heures que... Voilà. Où je ne dépends pas d'eux dans leur organisation, quoi. Et de tout en général, quoi. »

Angélique, 35 ans, technicienne de laboratoire au chômage, BTS, 1ère fois dans le service.

Prenant pour modèle le patient autonome (comme dans le cas du diabète [Schlegel 2020]), la prise en charge de l'obésité condamne à l'échec les individus qui n'ont que peu de marge de manœuvre sur certaines de leurs habitudes de vie (parce qu'ils ne sont pas en charge du travail alimentaire, par exemple). Soumise d'une certaine manière à la domination parentale qui continue de s'exercer même à l'âge adulte, Angélique se trouve empêchée dans son travail de réforme des habitudes alimentaires. L'éducation médicale à l'autonomie parait vaine si elle n'offre pas les conditions matérielles pour y parvenir, et la socialisation institutionnelle n'est pas assez durable pour contrer les dispositions ancrées de longue date, qui s'activent en contexte habituel.

D'un point de vue théorique, la question de l'autonomie des patient·es pose en retour celle de la place de l'individu dans les processus de socialisation. Peut-on choisir d'activer ou pas certaines dispositions, pour les renforcer par la pratique ou les inhiber ? Il semble plus juste de dire que l'individu peut dans une certaine mesure jouer sur des éléments de contexte qui, en retour, le forceront à adopter telle ou telle pratique (comme dans le cas d'Angélique, qui pousse sa mère à ne pas acheter tel aliment pour éviter d'en manger)[289]. « Commençant à se connaitre, à connaitre leurs "tendances spontanées" et leurs réactions à certains types de situations, au

[289] « Il est important de préciser qu'il est rare […] que les acteurs fassent des "choix" de mise en veille ou d'activation des habitudes ou des schémas d'expérience. Dans la grande majorité des cas, c'est la situation qui "décide" de ces inhibitions et de ces déclenchements. » (Lahire 2011, p. 90, note bas de page 11). L'auteur prend plus loin (p. 115) l'exemple d'étudiants qui jouent sur le contexte pour se forcer à travailler et lutter de manière intentionnelle contre des « mauvaises habitudes ».

bout d'un certain nombre d'années d'expérience et de prise de conscience de certaines façons de faire, les acteurs peuvent parfois mettre en œuvre un minimum de contrôle de soi, développer des tactiques dans la conduite de soi pour contrecarrer certains effets négatifs de leurs dispositions qu'il leur est souvent bien difficile de mettre complètement en veille » (Lahire 2002, p. 423-424).

Si la socialisation médicale des classes populaires parait difficile sous bien des aspects (rapport au temps, à la santé et au corps, conditions matérielles d'existences), certains changements peuvent advenir lorsque les patient·es sont suivi·es sur un temps long. C'est par exemple le cas de Sidonie (44 ans, employée de commerce), qui déclare en consultation avec l'EAPA qu'elle « *apprend à prendre conscience de* [son] *corps* », notamment par des pratiques d'AP comme le yoga. Selon quelles conditions les membres des classes populaires peuvent-ils se transformer par la prise en charge ? Déjà, ces derniers ont en commun d'accorder du crédit aux soignant·es et à l'institution médicale. Ensuite, on peut supposer que le temps au contact des professionnel·les est déterminant, en ce qu'il induit une répétition de certaines pratiques et messages qui peuvent porter, d'autant plus sûrement que d'autres dispositifs de soin concordants sont investis. On peut également supposer que plus les individus s'éloignent de conditions de vie précaire, en acquérant un logement seul, un emploi stable, en ayant une autonomie financière – bref, en s'élevant socialement – plus la socialisation peut prendre, par des contextes de vie favorables aux dispositions de classes travaillées dans le service[290]. Exceptionnels, ces cas de socialisation réussis ne doivent pas faire oublier que la norme en milieu populaire est plutôt la résistance au travail dispositionnel.

D. Les conséquences interactionnelles et sanitaires d'un désajustement dispositionnel. Le cas de la bonne sportivité médicale

Rebasculons dans l'interaction médicale pour aborder, avec un cas précis, les conséquences sur la prise en charge, et plus généralement sur la santé, du désajustement de classe décrit plus haut. Nous allons nous centrer sur les injonctions à pratiquer certaines AP, la « bonne sportivité médicale », pour voir d'où viennent les résistances des classes populaires à la socialisation dans le service, et leurs conséquences sur le soin. Les professionnel·les tentent de faire correspondre les désirs, goûts et attentes des patient·es aux pratiques de la « bonne sportivité médicale » (Ferez et Luauté 2008), sans voir que ces pratiques sont assez limitées, et surtout homogènes socialement. Les attentes sanitaires et sportives sont acceptées comme légitimes par les patient·es de classes populaires tout en ayant peu de chances d'être mises en œuvre du fait des contraintes qui s'appliquent dans cette fraction dominée de l'espace social. Les « résistances populaires » sont donc conçues selon un point de vue objectiviste : ce sont effectivement des résistances au dispositif de socialisation, mais qui ne sont pas nécessairement pensées comme

[290] De manière plus générale, « l'acculturation aux normes des classes moyennes (*via* l'École, la Justice, les contacts avec les travailleurs sociaux) profite sans doute davantage aux fractions déjà détentrices de ressources ou à celles qui aspirent à une ascension sociale qu'aux fractions les plus démunies des classes populaires. » (Siblot et al. 2015b, p. 244).

telles par les individus[291]. Dans les cas étudiés ici, c'est bien parce que les propriétés du contexte et des dispositions personnelles ne sont pas concordantes qu'il y a une résistance, contrairement aux cas de patient·es dont les dispositions sont particulièrement ajustées au contexte (à moins que ce ne soit le contexte qui soit particulièrement adapté à leurs dispositions, selon l'angle que l'on adopte)[292]. Loin d'être mécanique et uniforme, l'action de l'État sur les corps pathologiques est confrontée à des résistances nichées dans les dispositions des individus, construites en amont et en dehors de la prise en charge médicale sur des logiques indépendantes du soin (Fassin et Memmi 2004).

Nous souhaitons explorer en quoi les formes contemporaines de la prise en charge de l'obésité s'opposent aux usages populaires du corps et aux socialisations corporelles des classes populaires. Cet écart entre les dispositions des patient·es et les moyens mis en œuvre dans la socialisation à la bonne sportivité médicale conduit à produire ou reproduire, dans l'interaction médicale, des inégalités sociales de santé. En premier lieu, l'écart entre le style de vie des patient·es de classes populaires et les attentes basées sur un modèle de sportivité restreint l'accès à une pratique régulière d'AP, conçue comme un bien de santé à part entière. Ensuite, leurs incapacités à répondre aux attentes en matière de bonne sportivité médicale les discréditent dans leur « motivation » à participer aux soins, ce qui réduit l'investissement des professionnel·les de santé à leur égard.

Les obstacles matériels et symboliques dans l'accès à une pratique régulière d'AP

Les dispositions des membres des classes populaires, et le style de vie qui en découle, peuvent être en décalage avec les attentes des professionnel·les de santé en matière de sportivité. En prenant au sérieux le point de vue médical selon lequel la pratique régulière d'un certain type d'AP est bénéfique pour la santé, il s'agit de rendre visibles les obstacles auxquels font face les classes populaires dans l'accès à ce bien de santé. Leurs conditions matérielles et professionnelles d'existence, mais aussi les formes de culture qu'ils valorisent, constituent autant d'obstacles à l'adoption d'une bonne sportivité médicale, et réduisent mécaniquement leur socialisation à plus long terme à ces usages du corps valorisés du point de vue de la santé. Plus encore, leurs loisirs et emplois, qui pourraient à première vue être considérés comme actifs, sont jugés comme insuffisants de la part de l'équipe médicale, qui leur préfère des AP conformes, précises et objectivables.

Les classes populaires stabilisées se définissent en premier lieu par une position spécifique (dominée) dans l'espace des professions et des rapports au travail. Ce sont en effet les professions des classes populaires qui présentent le plus de contrats précaires, aux horaires hachés ou nocturnes (Forment et Vidalenc 2020a, 2020b). Garantissant la production quasi continue de biens et service, dont les logiques de flexibilité et de paiement à la tâche réduisent

[291] La perspective abordée est alors différente des résistances telles qu'elles sont abordées en sociologie de l'État, comme on peut en trouver des exemples dans Dubois (2015), davantage conscientisées comme telles par ceux et celles qui les mettent en œuvre.

[292] Nous avons déjà pu montrer dans la partie I et au chapitre 4 les raisons de la résistance des professionnel·les aux attentes des classes populaires : discrédit des régimes appuyés sur des études scientifiques qui démontrent leur inefficacité, peur de générer des restrictions cognitives et des décompensations.

drastiquement la perspective de lutte pour une stabilisation des conditions de travail, les classes populaires sont davantage que les autres soumises à des rythmes de vie hétérodoxes. Ces rythmes décalés sont très peu propices à l'adoption de pratiques d'AP régulières, d'autant plus sous une forme organisée. Anice (20 ans, déménageur), dont « *les jours de travail sont un peu aléatoires* », ne parvient pas à s'organiser pour pratiquer de manière régulière dans une structure adaptée, comme le préconise la médecin responsable de son parcours de soin. Les contraintes horaires professionnelles ne sont pas spécifiques aux classes populaires et se retrouvent en haut de l'espace social. Toujours est-il que les horaires nocturnes et variables sont bien davantage le fait des professions subalternes que des autres pans de l'espace social, et ont des conséquences majeures sur les organisations temporelles personnelles et familiales (Lesnard 2009).

L'autre spécificité du travail dans les classes populaires concerne la fatigue physique qu'il induit bien souvent. Les tâches consistant à porter, soulever, pousser, prendre soin, fabriquer, nettoyer, entretenir, réparer ou surveiller conduisent à l'émergence de pathologies professionnelles spécifiques (DARES 2019), mais également à une fatigue quotidienne, là encore peu propice à « l'augmentation de la charge de travail » que constitue l'AP, pour reprendre un vocabulaire employé dans les sciences du mouvement humain.

> Le médecin questionne la patiente (Sylvie, 58 ans[293]) sur l'alimentation, puis sur l'activité physique.
>
> Sylvie : « *Ça fait un moment que j'ai pas fait* ». Elle a un abonnement à la salle de sport mais n'y va plus. Elle veut le renouveler
>
> Médecin : « *C'est trop cher ?* »
>
> Sylvie : « *Non c'est la fatigue, je me lève pour aller travailler à cinq heures, il y a quatre étages sans ascenseur.* »
>
> Médecin : « *Même une fois par semaine, c'est bien.* »
>
> Sylvie : « *J'ai pas la motivation…* »
>
> Médecin : « *On est là pour ça, justement !* ».
>
> Observation de consultation médicale, septembre 2023.

En ce qui concerne les tâches quotidiennes, les femmes des classes populaires sont plus susceptibles que leurs homologues masculins d'être touchées par une fatigue régulière. Ce sont bien souvent elles qui assument à la fois un travail productif (Amossé 2019), mais aussi reproductif dans la sphère domestique. Souvent minimisées, les tâches domestiques consistant à nettoyer, laver, faire à manger, faire des courses ou s'occuper d'autrui sont des tâches physiques s'ajoutant potentiellement à un travail qui l'est déjà. Cette double journée (Bauer 2007) peut réduire, comme on le voit ici, la motivation à moyen terme de ces femmes à s'engager dans une AP régulière, d'autant plus qu'elles sont généralement peu socialisées à l'AP d'une manière générale (Lefèvre et Raffin 2021).

[293] Je devine par un ensemble de signes l'appartenance de Sylvie aux classes populaires (rapport au langage, *hexis* corporelle, rapport au médecin et à ses soins).

Au-delà du travail, les loisirs populaires peuvent aussi être analysés comme des activités motrices, physiques, plus ou moins fatigants. Lorsque l'on regarde la distribution des loisirs parmi les classes sociales, sport mis à part, on remarque que les plus sédentaires (lecture, pratiques artistiques) se distribuent davantage parmi les classes moyennes et supérieures que parmi les classes populaires ; et qu'à l'inverse, les plus énergivores (bricolage, réparation, construction, jardinage) sont plus présentes parmi les classes populaires (Siblot et al. 2015a).

> « [Au sujet de l'AP, qu'il dit ne pas pratiquer] *Alors que pour vous mettre dans le contexte, je n'étais déjà pas souvent à la maison avec 60 heures de boulot par semaine. Et quand j'étais là, c'était pour retaper la maison entièrement. J'ai passé dix ans, surtout mes temps libres et les vacances, à retaper la maison.* […] *Mais quand je dis rénover, c'est vous donner un ordre d'idée. Il n'y a pas longtemps, j'ai fait mon atelier, j'ai fait une petite dalle. J'ai manipulé une trentaine de sacs de 35 kg en une journée. J'ai refermé deux grandes baies vitrées avec à peu près 80 par 20 de 20 kilos - pièces. Plus* [+] *tout le mortier qui sert pour le coller. Je ne sais pas si c'est du sport, mais c'est physique quand même. Samedi dernier, j'ai cassé et déplacé jusqu'à la déchetterie au moins une tonne et demie de gravats. J'ai pété des murs, enfin bref. J'ai transpiré. Je pense que c'est un peu du sport quand même. Donc, voilà quoi. Et puis j'en ai encore pour un moment. Donc là, clairement, entre le boulot et mon chantier, le sport, ça ne va pas être pour tout de suite.* »
>
> Franck, 54 ans, agent de sécurité, BEP, suivi depuis un mois.

Non seulement les horaires de travail sont peu compatibles avec la pratique d'une AP, mais les temps libres de Franck sont quasi exclusivement consacrés à ce que Weber (2009) qualifie de « travail à côté », à savoir un usage du temps libre consacré à l'amélioration des conditions d'existence, qui s'insère ou non dans des réseaux marchands.

Or, l'énergie que prennent le travail et/ou les loisirs populaires n'est pas pensée par les professionnel·les du soin comme une « bonne » AP, parce que non mesurable et contrôlable, mais également parce qu'il est difficile pour ces dernier·ères de se représenter ce que signifient concrètement ces pratiques en termes d'engagement physique (« bricolage » peut recouvrir une grande variété de pratiques, contrairement à une séance d'AP définie). Un patient dont le travail est physique, fatiguant, et qui a des loisirs qu'on pourrait juger « actifs », est toujours vu par les médecins et l'EAPA comme ne respectant pas la bonne sportivité dès lors qu'il n'a pas de temps dédiés à des AP précises. La question du travail et des loisirs est alors rapidement évacuée par les professionnel·les, qui préfèrent se concentrer sur les pratiques d'AP balisées :

> Le patient (Luc, 48 ans, agent municipal chargé des espaces verts) vit dans une maison de plain-pied avec un grenier. Tout au long du rendez-vous médical, les réponses de Luc sont très brèves. L'enseignant en APA lui demande s'il va souvent dans le grenier. Luc répond qu'il y va cinq à six fois par mois pour bricoler, puisqu'il « *retape des motos et des voitures* », et « *retape des pièces, ce genre de choses* ». L'enseignant en APA lui demande, sur une échelle de 0 à 10, 10 étant le plus élevé, la difficulté qu'il y a à monter l'escalier. Le patient répond 1. Il enchaine en lui demandant à quoi est liée cette difficulté de 1 sur 10, si c'est une douleur musculaire ou respiratoire. Luc répond respiratoire. L'enseignant en APA lui demande sa profession, ses horaires et son moyen de déplacement pour se rendre à son travail. Le patient est agent technique à la mairie d'une commune voisine, avec des horaires classiques (8h-12h ; 13h-17h). Il s'y rend en voiture. […]

Enseignant en APA : « *Si vous deviez définir votre activité professionnelle en termes d'activité physique, c'est-à-dire entre debout et sédentaire ?* »

Luc répond que « *ça dépend des saisons* », l'été, il est plutôt à 50/50, beaucoup assis, puisqu'il fait de la tonte, et que l'hiver, comme il y a l'entretien de l'extérieur, c'est plutôt 70% debout. Le professionnel lui demande quelques précisions sur son métier, s'il fait des espaces verts. Le patient répond qu'il fait espaces verts et voiries. [La discussion au sujet du bricolage et de la profession du patient s'arrête ici, à un quart de l'entretien]. […] L'enseignant en APA lui demande si, à part la marche, il fait d'autres activités physiques.

Luc : « *Il y a le travail et sinon la promenade du chien.* »

Enseignant en APA : « *C'est quoi "promenade du chien ?"* ».

Luc : « *C'est 20 minutes tous les jours quand il fait beau* ». L'enseignant en APA veut savoir ce que recouvre exactement « *quand il fait beau* ». Le patient lui répond que c'est de mars à octobre.

Enseignant en APA : « *Donc là, c'est la mauvaise période.* » Le patient confirme et ajoute qu'avec la fatigue due à sa maladie [insuffisance rénale], il a encore moins envie de sortir. L'enseignant en APA lui demande s'il a mis une application compte-pas, en lui faisant savoir qu'il a vu dans le dossier médical que son docteur référent du parcours de soin le lui avait conseillé. Le patient dit ne pas l'avoir fait. L'enseignant en APA lui répond que « *c'est dommage* », puisque l'activité physique seule n'amène pas une perte de poids significative, mais couplée à la diététique, ça peut augmenter l'effet d'une perte de poids.

Observation de consultation APA, novembre 2023.

Présentant une pathologie grave et relativement incapacitante (une insuffisance rénale par rapport à laquelle il doit perdre du poids pour accéder à une greffe), un travail d'agent d'entretien et des loisirs de réparation automobile, Luc est pourtant incité par l'enseignant APA à accroître ses activités physiques, de marche notamment. On voit ici ce qui intéresse particulièrement l'enseignant en APA et le reste de l'équipe médicale, et qui revient à chaque consultation : la possibilité de quantifier l'AP via un compte-pas, permettant de voir du même coup le niveau de dépense physique (estimé), les « progrès » et *in fine* la bonne volonté du patient à participer aux soins.

Les conditions de travail, caractérisées chez les classes populaires par l'engagement corporel qu'elles impliquent bien souvent, les horaires variables et peu ordinaires[294], mais aussi les loisirs et les divisions domestiques du travail reproductif, constituent des conditions matérielles peu favorables à l'acquisition d'une bonne sportivité médicale chez nos enquêté·es. Nous qualifions cet écart, entre des attentes d'agents de l'État et des conditions de réalisation de ces attentes, comme une résistance objective, nichée ici dans les conditions matérielles d'existence de classe et de genre. Cette résistance possède également un volet subjectif visible dans l'interaction médicale, où les patient·es mettent en avant leurs conditions de vie comme un facteur explicatif de leur impossibilité de pratiquer une AP dans les formes attendues, bien que cet argument soit rapidement discrédité. Dans la lutte pour l'imposition de ce qui compte comme une bonne AP, les professionnel·les du soin ont l'avantage institutionnel, culturel et symbolique.

[294] Par rapport au reste des activités sociales (services de l'État, magasins, transports, associations, etc.).

D'un côté plus symbolique, mais non moins important, les activités de la bonne sportivité médicale rentrent en décalage avec les cultures sportives populaires, et masculines, en témoignent la répartition sociale des pratiquant·es des activités les plus couramment promues (cf. Chapitre 2). Si de nombreux·ses patient·es pratiquent des AP de loisirs, toutes ne se valent pas pour les professionnel·les. Les classes populaires sont statistiquement les plus éloignées des activités pratiquées de manière autonome, pour la santé et centrée sur les sensations internes du corps (Pociello 1999), et ce sont leurs cultures sportives qui sont les plus discréditées. C'est aussi parmi les classes populaires que l'on retrouve le plus de patient·es affirmant plus ou moins frontalement une faible appétence pour les activités de la bonne sportivité médicale :

> « *Et est-ce que vous avez vu aussi l'enseignant APA ?*
>
> *Le quoi ?*
>
> *L'enseignant en activité physique, le coach sportif.*
>
> *Ah non, mais non. Non, parce qu'il va essayer de me vendre du vélo. La dernière fois que je suis monté sur un vélo, j'ai crevé le pneu. J'ai horreur de ça. Courir avec mon poids, même avec mon poids de forme, mes genoux ne vont jamais tenir, clairement. Et puis j'ai horreur de ça. Ça ne m'attire pas.* »
>
> Franck, 54 ans, agent de sécurité, BEP, suivi depuis un mois.

Dans le cas de Franck, c'est moins l'effort physique qu'il n'apprécie pas (on l'a vu *supra* avec le temps passé à construire et réparer sa maison), que les activités qu'il cite, la course et le vélo. C'est peut-être davantage la dimension culturelle de ces pratiques qu'il met à distance, en décalage avec son style de vie, que l'effort physiologique qu'elles induisent en tant que telles.

La prise de distance des patient·es avec les AP légitimes a pour conséquence de créer une incompréhension entre patient·es et soignant·es. Avant de faire effectivement pratiquer les patient·es, les professionnel·les doivent donc effectuer un premier travail de réorientation des représentations de ce qu'est une bonne pratique physique d'un point de vue sanitaire. La résistance décrite ici se fait malgré les patient·es, qui pour la plupart admettent l'intérêt à pratiquer des AP, mais qui, dans les faits, ont peu d'appétence pour celles que leur proposent les soignant·es, du fait de socialisations sportives en décalage avec les attentes médicales en la matière.

Les deux pans, matériels et symboliques, d'une résistance populaire aux injonctions à pratiquer certaines AP dévoilent les nombreux obstacles à l'accomplissement d'une socialisation sportive spécifique au domaine médical. Les patient·es sont incité·es, et se forcent bien souvent, à pratiquer des AP pour lesquelles leur socialisation sportive initiale ne les a pas préparé·es, en décalage avec leurs attentes, leur milieu culturel et leurs contraintes matérielles. Ce décalage produit une pratique en dents de scie, et une socialisation à la bonne sportivité laborieuse, heurtée, quand bien même patient·es et professionnel·les sont en accord sur l'intérêt sanitaire à pratiquer.

L'institution hospitalière entend donc modifier par l'individu des pratiques qui trouvent leur source dans « l'environnement » socio-culturel du patient. Contrairement aux institutions

totales, qui modifient les conditions au principe de la perpétuation de la culture des internés (Goffman 1968), le service nutrition observé tente de modifier la culture des patient·es sans avoir de prise sur les conditions de sa genèse et de sa reproduction. Non seulement les patient·es accèdent difficilement à l'AP comme bien de santé, mais en limitant la socialisation à ces mêmes AP, les résistances populaires freinent également l'adoption d'un mode de vie intégrant les AP à plus long terme (en cas de conditions plus favorables).

Le discrédit des patient·es peu investi·es

Si nous avons vu les conséquences personnelles pour les patient·es de leurs difficultés à adopter les pratiques de la bonne sportivité médicale, nous allons maintenant nous pencher sur les conséquences relationnelles liées à l'interaction soignant·es/soigné·e. Parvenir difficilement à intégrer au quotidien la pratique de certaines AP est interprété par les soignant·es comme la marque d'un manque de bonne volonté à l'égard du soin, ce qui discrédite fortement les patient·es concerné·es. Une dégradation de la relation de soin apparait, ce qui restreint pour les patient·es l'accès à d'autres ressources médicales (traitements, suivis réguliers), par ailleurs limitées.

La logique médicale conduit à considérer qu'il n'y a pas de bonnes excuses au fait de ne pas pratiquer les AP recommandées. La non-pratique est ramenée en dernière instance à un choix individuel, une affaire d'implication dans le soin, de motivation. Si blocage il y a, c'est que la solution n'a pas encore été trouvée ou que le patient n'est pas assez coopératif. Les patient·es, en particulier issu·es des classes populaires, sont peu armé·es pour faire valoir un autre narratif : en difficulté dans l'interaction[295], dominé·es statutairement, culturellement, économiquement et épistémiquement (Boltanski 1971). Le message passé en consultation revient à dire aux patient·es qu'ils et elles sont les seul·es responsables de la modification de leurs habitudes de vie :

> Le patient (Luc, 48 ans, agent technique municipal) dit avoir pratiqué la marche par le passé. L'enseignant en APA le questionne sur la durée, la période et la fréquence de cette pratique. « *deux bonnes heures* », répond Luc, le week-end essentiellement. Le professionnel s'interroge sur l'arrêt de cette pratique. Le patient répond que présentement, dans son état, il ne pourrait pas.
>
> Enseignant en APA : « *Est-ce qu'il y a pas des alternatives ?* »
>
> Luc : « *Oui, je pourrais faire le soir.* »
>
> Enseignant en APA : « *Pas forcément le soir, il y a une fatigue. Le week-end y en a moins. Certes, vous avez des activités, vous êtes pas sédentaire, mais là, on est dans l'activité physique. Est-ce qu'on pourrait imaginer qu'on puisse réinstaurer ça ? L'idée, c'est d'en faire un peu plus. Il faut que ce soit plaisant, des modalités plaisantes. Moi, je suis là pour vous accompagner si vous voulez le mettre en place le soir. Est-ce que votre femme, elle pourrait vous accompagner ?* » Impossible pour Luc, sa femme ne peut pas trop marcher, et elle fait des ménages à l'usine, ce qui la fatigue beaucoup.

[295] Malgré les volontés affichées par l'institution médicale d'horizontaliser le soin, la pratique de la consultation reste orchestrée par le médecin, qui questionne et distribue les tours de parole d'autant plus facilement qu'il a en face de lui un patient peu assuré de ses compétences langagières et médicales.

Enseignant en APA : « *L'idée c'est pas que vous repreniez deux heures, mais 10-15 minutes. Qu'est-ce qui pourrait vous motiver ?* ». Le patient répond que, ce qui le motive, c'est la greffe qu'il attend, c'est une question de santé.

Enseignant en APA : « *Pourtant, vous avez pas réussi à le mettre en place*. […] *L'idée, c'est de se demander comment je peux rajouter ces cinq minutes de marche par jour ? Sans ça, si vous ne faites pas ce travail-là, vous allez reproduire ce que vous avez fait avec le docteur M.* [ne pas pratiquer]*, et si vous êtes ici, c'est pour mettre quelque chose en place.* »

Observation de consultation APA, novembre 2023.

Alors même que le patient décrit différentes sources d'une fatigue quotidienne (maladie, travail) et des contraintes organisationnelles fortes (il doit conduire sa femme à son travail très tôt), l'enseignant en APA ne considère pas ces éléments comme des facteurs permettant d'expliquer que ce dernier ait des difficultés à pratiquer. La fin de l'extrait, qui est également la fin de la consultation, sonne comme un jugement assez explicite sur les capacités du patient à faire des efforts. La culpabilisation (« *pourtant, vous avez pas réussi à le mettre en place* ») se mêle à une responsabilisation et une autonomisation du patient (« *si vous êtes ici, c'est pour mettre quelque chose en place* »), dans la mesure où ce qui est visé par les professionnel·les est une action qui se déploie dans la vie quotidienne (Schlegel 2022). Le bilan que fait l'enseignant en APA en salle médicale immédiatement après avoir vu le patient est riche d'enseignement sur les jugements professionnels à l'égard des patient·es récalcitrant·es :

En sortant du rendez-vous avec Luc, l'enseignant en APA me dit : « *Là, typiquement ça sert à rien, il a pas fait avant, il le fera pas non plus* ». Nous entrons dans la salle médicale, il y a le Dr. N, ainsi que le diététicien B. L'enseignant en APA engage la discussion avec le Dr. N au sujet de la non-pratique du patient : « *Au début, il le mettait sur le temps* », avec un regard complice qui me laisse penser que c'est une excuse classique qui n'est pas considérée comme une bonne excuse ni par le Dr. N, ni par l'enseignant en APA. Ce dernier dit ensuite qu'il l'a questionné plus précisément, et que c'est à ce moment-là que le patient lui a dit qu'il ne faisait pas de marche à cause de sa maladie. Que ce soit le temps ou la maladie, l'enseignant en APA et le Dr. N y voient de fausses excuses pour ne pas faire le travail de patient requis. Selon le premier, c'est la femme du patient qui est l'obstacle, puisqu'il doit l'emmener au travail à 4h30 du matin. Les deux professionnels évoquent la possibilité d'un soin de suite et de réadaptation (SSR)[296], qui parait compliqué à envisager, puisque, s'il va là-bas, il ne pourra pas amener sa femme au travail.

Dr. N : « *Ça permettrait de le recadrer.* »

Enseignant en APA : « *Sinon, je peux le revoir dans six mois, je suis sûr qu'il aura rien fait.* »

Finalement, ni l'un ni l'autre ne savent quoi proposer au patient.

Observation de salle médicale de l'hôpital de jour, novembre 2023.

On voit les conséquences pratiques sur le soin de la catégorisation par les soignant·es des justifications des patient·es en « *mauvaises excuses* » : ils ne vont pas insister outre mesure, étant persuadés que le patient n'est pas coopératif. C'est la bonne volonté à participer aux soins qui est mise en cause, et le patient est en dernière instance fautif. S'opposant d'une certaine

[296] Dispositif médical de soin intensif, de courte durée, dans un établissement où les patient·es sont en pension complète.

manière à leur travail, les patient·es qui résistent à l'incitation à adopter de nouveaux modes de vie remettent en cause l'efficacité des professionnel·les de l'obésité.

Cette individualisation des causes de la non-pratique d'AP conduit à masquer les processus sociaux qui fondent les résistances. L'interprétation par les professionnel·les des difficultés à intégrer l'AP au quotidien comme un manque de motivation s'étend aux patient·es, qui l'intègrent et culpabilisent.

> « *Pareil, j'ai dit je vais me mettre au sport… J'ai été, j'ai investi dans du matériel. Plus de 500 balles. Ils sont venus me le monter à la maison et tout. Les enfants sont partis, j'avais une chambre complète. Et j'avais le Domios, le truc, mais costaud, hein. Ils sont venus me le monter. Tu le fais un peu... Après, j'ai eu le vélo. J'ai tout revendu, j'ai tout revendu. J'avais le vélo Btwin, je faisais un peu de vélo. Mais au départ, quand t'as personne qui te motive derrière, c'est… déjà ma motivation à moi, elle était pas super. Mais quand t'as personne derrière... Là, j'ai essayé de voir un groupe de marche, là, avec les bâtons. Il y en a. Mais après, c'est pareil, des fois, t'as pas envie. Des fois, je suis bien toute seule.* »
>
> Régine, 55 ans, secrétaire médicale, baccalauréat, suivie depuis une dizaine d'années.

Le fait de ramener en dernière instance la faute sur le patient n'est pas gage d'une meilleure adoption des pratiques d'AP, mais génère surtout une dépréciation de soi lors des échecs. La patiente interrogée ici manifeste une socialisation sportive antérieure très restreinte, ce qui est également le cas de son conjoint, qu'elle qualifie de très peu aidant sur ce point. Ni familière des AP, ni dans un environnement favorable, et souffrant par ailleurs d'autres pathologies, Régine renvoie pourtant en grande partie ses échecs répétés à satisfaire les attentes médicales à sa propre « motivation ». Ce processus d'individualisation des échecs culpabilise les patient·es (sans que les professionnel·les n'aient cette intention) et protège professionnellement les soignant·es.

Les résistances à la bonne sportivité médicale apparaissent au sein même de la pratique d'AP. Les patient·es sont nombreux·ses, malgré les obstacles, à pratiquer, parfois de manière hachée ou épisodique. Or, le soupçon d'un manque de bonne volonté plane sur les patient·es, qui se sentent obligé·es de fournir les preuves de leur motivation à s'impliquer dans les soins qui les concernent, tout en ayant, pour une part d'entre eux et elles, de faibles dispositions pour s'y atteler effectivement. Cet écart entre un désir de bien faire et des possibilités réduites d'y parvenir crée une tension visible en pratique : les dispositions résistent malgré les individus.

> [Cette scène ethnographique se déroule dans une salle de musculation ordinaire au sein de l'hôpital. Le cours de circuit training, animé par R., enseignant en APA contractuel, consiste en un échauffement « cardio » sur des machines type vélo, vélo elliptique, rameur ou tapis de course, suivi d'une séquence de musculation sur des machines à mouvement guidé (butterflie, tirage). La participation au cours est totalement libre et volontaire de la part des patient·es, qui par contre ne savent pas à quel point l'enseignant en APA est intégré ou non dans l'équipe médicale, et pourrait donc transmettre des informations aux autres professionnel·les sur leur investissement.]
>
> Nous passons à la deuxième séquence, sur les machines de musculation. R. nous met par deux. Je me retrouve seul, jusqu'à ce qu'un autre patient arrive (Walid, 20 ans), très en retard. R. m'annonce que je vais pratiquer avec lui. Ce dernier va se changer pendant un temps assez

> long : j'ai le temps de faire trois séries sur la machine qui m'est dédiée. Il revient après s'être changé, commence à faire quelques répétitions, puis demande à R. de lui réexpliquer le fonctionnement de la machine. R. lui explique, Walid s'exécute. Plus tard, R. vient nous voir pour savoir combien de séries nous avons faites, et si tout se passe bien. Les deux femmes présentes à côtés disent avoir fait trois séries, et R. nous dit à tous les quatre de tourner sur d'autres machines. Walid n'a fait qu'une seule série et ne s'en inquiète pas. L'enseignant en APA doit se douter que Walid n'a pas pratiqué davantage, vu l'heure tardive à laquelle il a commencé.
>
> Observation participante, circuit training, décembre 2023.

Ma position d'observateur est un peu particulière dans cet espace, en tant qu'ancien étudiant en STAPS et pratiquant occasionnel de musculation, je n'ai qu'à suivre ce que le contexte m'invite à faire pour rentrer parfaitement dans le rôle attendu de pratiquant (ce qui est le propre de dispositions incorporées et ajustées au contexte). Je connais les machines et la façon de les utiliser, je sais quels muscles sont mobilisés, quel rythme adopter, quel poids mettre, quelle sensation doit être ressentie, je code positivement cette sensation de muscle qui brûle, en l'associant au « travail bien fait », au respect (scolaire) des consignes et au respect des normes (sanitaires, sportives). Autant de dispositions que ne possèdent pas (encore) mes enquêté·es, pour qui la salle de musculation est un monde de machines peu connues, voire inconnues. Ils sont peu à l'aise dans cet espace, ne savent pas comment utiliser les machines (l'enseignant en APA doit régulièrement rappeler non seulement le déroulé des séances, mais aussi les critères d'exécution des mouvements requis), quels poids mettre, ce qu'est une « série », combien en faire, combien de répétitions pour chacune, combien de repos entre les séries ou encore quelle fréquence de mouvement adopter. Pour eux, comme je peux le voir par ailleurs en entretien, la sensation de muscle qui brûle est simplement interprétée comme une brûlure désagréable, pas plus.

La forme subtile de résistance au dispositif présente ici requiert une analyse de type goffmanienne (Goffman 1973, 1974, 1991) pour saisir dans le détail d'une interaction les contraintes dans lesquelles sont pris les individus. Nous allons nous concentrer sur le cas de Walid, 20 ans, sans emploi, issu des classes populaires, n'ayant jamais pratiqué la musculation, et principal protagoniste de la scène décrite plus haut. Lors du cours, Walid se trouve, à l'instar des autres patient·es, dans un cadre interactionnel avec l'encadrant dont il accepte les principes de base : l'enseignant en APA lui propose des AP qu'il est censé faire dans la mesure de ses capacités. Il ne veut pas, par son non-investissement, rompre ce cours d'interaction, provoquer une « fausse note » (Goffman 1974) qui risquerait de lui faire perdre la face en tant qu'interactant. Apparaitre comme ne respectant pas ses devoirs liés aux règles du jeu interactionnel ferait aussi perdre la face à l'encadrant, en rendant visible son incapacité à faire ce qu'il est censé faire, c'est-à-dire les faire pratiquer. Walid se situe au cœur d'une contrainte triangulaire entre 1) une acceptation du principe de l'activité, 2) une faible disposition à sa mise en pratique et 3) l'exigence interactionnelle de « travail de figuration » pour éviter de faire perdre la face à l'encadrant dont il ne conteste pas la légitimité.

Walid considère comme une bonne chose pour sa santé le fait de pratiquer, mais ne possède pas les dispositions pour le mettre en œuvre pleinement (il n'en a ni le goût, ni l'expertise).

Comme Walid accepte la pertinence de l'AP comme outil de santé, il accepte également la pertinence du rôle de « metteur en mouvement » de l'encadrant.

> [Suite de la séance, je suis toujours en binôme avec Walid]. Nous nous installons au tirage vertical, Walid fait une série, puis s'arrête et me pose beaucoup de questions sur ma thèse et mon enquête. En attendant, nous ne faisons pas d'activité mais l'enseignant en APA ne s'occupe pas de nous, même si je remarque qu'il nous observe parfois.
>
> À la fin de cette séquence du cours, R. s'adresse à nous : « *Ça va les pipelettes ?* », puis à Walid : « *Est-ce que t'as bien bossé ?* ».
>
> Walid : « *Non, j'ai rien fait.* » sur un ton faussement coupable et avec un sourire.
>
> Nous finissons la séance par quelques étirements rapides dans le calme. Avant de sortir, Walid demande à R. des vidéos de sa part pour faire les exercices dans une salle de musculation proche de chez lui. L'encadrant dit qu'il va se filmer et lui envoyer.
>
> Observation participante, circuit training, décembre 2023.

Ma présence ouvre à Walid les portes d'une résolution de la contrainte triangulaire : il peut se placer explicitement dans le cadre interactionnel légitime créé par ma présence comme enquêteur. Contrairement au type d'interaction entre deux participant·es ordinaires, Walid a une « bonne raison » de me parler, puisqu'en faisant cela, il répond à l'injonction de bonne volonté face à une enquête menée par ce qu'il perçoit comme un membre ou partenaire du service hospitalier. On ne peut pas lui reprocher de répondre aux attentes d'interaction induites par ma présence, quand bien même je ne pose pas directement de question[297]. Se placer dans le cadre d'interaction de l'enquête de sociologie lui permet de ne pas pratiquer tout en ne s'opposant pas frontalement au dispositif et en conservant la face de l'encadrant : il ne conteste pas son autorité, il privilégie simplement l'interaction liée à ma présence, présence qui est par ailleurs exceptionnelle (je ne suis pas là sur tous les créneaux, il faut en profiter et c'est donc « normal » que cette interaction passe avant les autres).

La légitimité de cette « esquive » de l'AP est contestée par l'encadrant, qui se permet une remarque sur un ton amical : « *Est-ce que t'as bien bossé ?* ». Cette question n'appelle pas d'autres réponses que celle fournie par Walid : il a bien vu que ce dernier n'a pas beaucoup pratiqué. Cette remarque constitue une forme de rappel à l'ordre de l'interaction première encadrant-patient, une manière de lui signifier que l'interaction patient-enquêteur n'est pas un cadre d'interaction à prioriser. Cela permet de rappeler Walid à son rôle de pratiquant, et de lui indiquer qu'il a fait une fausse note vis-à-vis de ce rôle. La réponse du patient (« *Non, j'ai rien fait* ») sonne alors comme un aveu et une excuse. Cet aveu permet de réparer l'offense précédente, et donc de maintenir la légitimité de l'interaction encadrant-patient et du rôle de metteur en mouvement de l'encadrant. La réparation de l'offense se poursuit par la demande de Walid d'avoir des vidéos pour pratiquer chez lui, signifiant par là sa bonne volonté et son investissement dans la pratique.

Walid représente un type de patient ayant connu des socialisations de classe mêlant des dispositions sportives peu ajustées au contexte, et des dispositions scolaires faibles. Ce

[297] Ma posture lors des cours d'APA est celle d'un observateur pratiquant (sur l'invitation et l'accord de chaque participant·e et de l'encadrant), tout en étant relativement silencieux, sauf interactions inévitables.

couplage produit un brouillage dans la compréhension du rôle que doivent endosser ces patient·es en tant que pratiquant·es, proche d'un rôle d'élève en cours d'éducation physique et sportive : venir à l'heure, faire passer l'interaction avec l'encadrant avant les autres comme signe de docilité vis-à-vis de l'institution, réaliser un nombre « suffisant » de répétitions, de séries, avec les poids « adaptés », ne pas perturber la pratique des autres, etc. Cette résistance à l'adoption du rôle attendu tranche particulièrement avec d'autres participant·es, issu·es des classes moyennes ou supérieures :

> L'enseignant en APA (R.) nous montre le circuit que nous devons effectuer, comprenant deux exercices. Le premier consiste en un développé militaire. Lorsqu'il démontre, Émilien (36 ans, issu des classes supérieures) demande s'il faut ajouter un squat en même temps que le mouvement d'extension des bras. R. lui répond par la négative, arguant qu'il préfère se concentrer sur les épaules. Émilien se fait alors « recadrer » sur un ton humoristique par une autre participante, sous prétexte qu'il demande à en faire plus. Émilien dira « *j'ai l'impression d'être l'élève qui dit au prof "euh on avait des devoirs à faire"* ».
>
> Observation participante, circuit training, janvier 2024.

L'impératif pour les patient·es de donner des gages de leur bonne volonté est particulièrement visible dans les multiples interactions avec les professionnel·les du soin. Comme on le voit pourtant, les capacités à faire effectivement les preuves de son engagement dans la prise en charge sont différenciées selon les patient·es, et les mieux doté·es en termes de dispositions sportives et scolaires sont aussi celles et ceux qui sont le plus en mesure de démontrer leur « motivation », d'être pris au sérieux par les membres de l'équipe médicale et de recevoir davantage de ressources médicales.

*
* *

Nous avons tenté ici de rendre compte des formes de résistances à l'incitation médicale à pratiquer certaines AP, et des conséquences que ces résistances entrainent sur les parcours de soin des patient·es (sur l'interaction avec les professionnel·les et les biens de santé auxquels ils et elles peuvent accéder). Ce faisant, nous nous sommes centrés sur des résistances particulièrement discréditées, celles qui portent à conséquence, et qui se trouvent être celles que manifestent particulièrement les membres des classes populaires. Pris·es dans des conditions d'existence matérielles et symboliques peu propices à l'adoption d'une bonne sportivité médicale, ces dernier·ères sont également jugé·es sur leur manque de bonne volonté à participer activement à leur prise en charge, ce qui, en retour, limite l'investissement que les professionnel·les portent à leur égard, et donc la socialisation qui peut s'opérer.

Conclusion du chapitre 5 : une médecine de classe

La médecine de l'obésité serait-elle située socialement à distance des classes populaires, alors même qu'elle leur est, en théorie, destinée ? Nous avons déjà identifié au chapitre 3 des types de consommation médicale socialement situés, montrant que les classes moyennes et supérieures investissent les institutions médicales de manière préventive, consultant davantage et plus tôt que les classes populaires. Mais qu'en est-il une fois le parcours de soin initié ?

Reprenons les trois types de rapports au travail socialisateur repéré. 1) Les patient·es ajusté·es à ce travail présentent des dispositions liées au corps et à la santé qui leur permettent de se projeter dans des pratiques préventives ayant des effets à long terme. À cela s'ajoute une propension à l'introspection réflexive sur le corps, ses sensations et ses émotions permettant la mise en place rapide et efficace des exigences de régulation de l'alimentation et de l'activité physique. Leurs connaissances du monde médical et l'assurance d'être dans leur « bon droit » peuvent toutefois constituer une entrave à l'interaction médicale, par une contestation du pouvoir des soignant·es. 2) Les patient·es fortement investi·es dans des pratiques d'autocontrôle (règles diététiques, régimes, efforts physiques) manifestent des dispositions ascétiques qui freinent la socialisation recherchée dans la prise en charge, davantage basée sur un relâchement des contrôles, et ce malgré un rapport à la santé qu'on peut qualifier de préventif. En d'autres termes, leur docilité vis-à-vis de l'institution n'empêche pas une forme d'*allodoxia* dans l'importance à accorder à ce qui compte pour réussir le travail de patient. 3) Les patient·es visiblement désajusté·es, mais non moins volontaires, pour qui la prise en charge doit nécessairement être une souffrance et une lutte, résistent bien souvent malgré eux à la socialisation que tentent de mettre en œuvre les soignant·es. Les exigences du travail de patient leur échappent[298] bien souvent, ce qui les amène à culpabiliser et conduit les soignant·es à réduire l'investissement à leur égard.

Or, nous avons pu montrer que ces trois catégories sont doublement situées. D'une part, les patient·es, selon leur origine et position sociale, ne se répartissent pas au hasard dans ces groupes. D'autre part, en lien avec le premier point, les dispositions qui freinent ou facilitent la socialisation sont elles aussi situées. On peut en conclure que plus les individus sont situés haut dans l'espace social, plus ils ont de chance de posséder (et mettre en œuvre) les dispositions adéquates pour satisfaire aux exigences de la prise en charge. Si ce constat est partagé dans d'autres spécialités médicales (Darmon 2021 ; Loretti 2021), on peut tout de même supposer que le format peu contraint de la prise en charge de l'obésité telle qu'elle se pratique dans le service, donnant beaucoup d'autonomie aux patient·es, laisse le « champ libre » aux dispositions incorporées par les individus, et accentue les effets de position sociale.

Si l'on se penche sur la littérature existante, on remarque une tendance générale de la médecine à prendre la forme d'une médecine de classe (Gelly et Pitti 2016 ; Perrin 2025 ; Schlegel 2022). C'est d'abord lié à la position sociale des professionnel·les de la médecine : ce qui leur parait logique, évident et naturel ne l'est qu'à partir d'un point de vue socialement situé. Mais il est frappant de constater que ce phénomène persiste dans les domaines de la médecine dédiés aux classes populaires, qui en constituent théoriquement le public principal. Contre une sociologie de l'État qui peut voir une action socialisatrice homogène des institutions[299], on remarque plutôt que le devenir des individus qui y ont recours peut fortement dépendre de leur passé incorporé. Les patient·es issu·es des classes populaires, ayant plus souvent un rapport à la santé curatif et investissant les prises en charge sur l'initiative de professionnelles de santé qui les

[298] Dans les deux sens du terme : ils ne comprennent pas exactement ce qu'on attend d'eux, et n'ont pas les dispositions pour le mettre en œuvre.

[299] « En tant que structure organisationnelle et instance régulatrice des pratiques, [l'État] exerce en permanence une action formatrice de dispositions durables, à travers toutes les contraintes et les disciplines corporelles et mentales qu'il impose *uniformément* à l'ensemble des agents » (Bourdieu 1994, pp. 124-125, souligné par moi).

suivent, se trouvent être *aussi* les individus qui contestent malgré eux le travail socialisateur et tirent le moins de profits de la prise en charge[300].

L'action de l'institution prend alors la forme d'une lutte (peu probante) contre des produits de la socialisation populaire jugés peu compatibles avec la santé. En produisant des modes de prise en charge dont la position sociale est masquée, l'institution médicale exerce une forme de domination symbolique : elle fait croire à l'évidence des méthodes, des objectifs, des pratiques, des représentations ajustées aux classes supérieures, tout en masquant et déniant (par des discours empreints d'universalisme médical) les mécanismes qui fondent ces choix arbitraires. Cette naturalisation peut avoir pour effet de remettre l'échec de la prise en charge sur la bonne volonté individuelle des patient·es, tout en légitimant des façons dominantes d'appréhender son corps et sa santé.

Si la médecine de l'obésité apparait ainsi comme une médecine de classe, favorisant les individus les moins concernés statistiquement par la pathologie, elle semble également genrée. On l'a vu, les normes et pratiques attendues se situent plutôt du côté du féminin[301] (familiarité avec la culture psychologique, écoute de soi et verbalisation des émotions, valorisation de l'intériorité, rapport réflexif à l'alimentation). Les hommes sont ainsi susceptibles d'être face à un travail de leur masculinité, ce qui permettrait peut-être d'expliquer une part des « *perdus de vue* », et donc une part de la surreprésentation féminine. Genrée, la prise en charge l'est doublement, puisqu'il faut manifester des dispositions plutôt féminines, mais également présenter une forme de docilité institutionnelle vis-à-vis de *soignantes* dans la plupart des cas[302]. Mais genre et classe méritent d'être appréhendés ensemble : les dispositions travaillées sont des dispositions qui ont le plus de chance de se former chez des femmes du haut de l'espace social, expliquant à la fois une part des résistances des hommes de classes supérieures, et des femmes de classes populaires, chacun·e démuni·e à sa manière.

Contribution théorique à la sociologie des socialisations (secondaires)

Nous avons tenté de montrer comment des dispositions liées au corps (exploration somatique, écoute de soi, vision de la santé détachée du poids, etc.) peuvent ou non se transformer, dans le contexte d'une prise en charge en médecine de l'obésité. Nous souhaiterions ici déplacer la question vers les conditions de possibilité d'une transformation dispositionnelle, donc d'une socialisation secondaire. À quelles conditions, dépendantes du contexte et des dispositions préalables, une socialisation peut-elle advenir ? Qu'est-ce qui fait qu'une pratique est adoptée facilement, au point de devenir un penchant « naturel », ou au contraire qu'elle ne s'impose

[300] C'est davantage l'enquête de terrain qualitative qui a permis de révéler qu'il ne suffit pas de consommer des soins pour en retirer quelque chose, là où l'approche quantitative du chapitre 3 se contentait d'objectiver les conditions sociales des consommations médicales.
[301] À comprendre au sens de 1) symboliquement codées comme féminines et (ou parce que) 2) statistiquement plus associées aux femmes.
[302] Pour rappel, les professionnel·les en médecine de l'obésité sont principalement des femmes (Gridaine 2022).

jamais dans la vie de l'individu malgré ses efforts et ceux des personnes qui s'en donnent la mission ?

Les travaux théoriques portant sur la socialisation n'abordent que peu ces sujets. Les travaux de Bourdieu, définissant l'habitus comme le schème de dispositions générateur de pratiques et représentations, se concentrent davantage sur son inertie et l'homologie entre la structure de cet habitus et la structure sociale, davantage que sur les possibilités d'un changement (Bourdieu 1979, 1980)[303]. Discutant cette théorie, Lahire s'est penché sur les incohérences entre dispositions chez les individus, découlant des multiples et contradictoires mondes sociaux investis (Lahire 2006, 2011)[304]. Dans un ouvrage récent, Lignier met la focale sur la façon dont le monde social vient aux individus et peut s'incorporer, dans des pratiques et des manières de penser, notamment dans l'enfance (Lignier 2023a). La question des conditions dans lesquelles le monde social peut nous transformer n'est pas au cœur de ces travaux, et peut constituer un champ de recherche intéressant dans la mesure où c'est l'objectif que se donne une grande partie des institutions (scolaires, médicales, judiciaires…).

Un apport théorique important pour une sociologie du changement dispositionnel (et de la résistance au changement) peut se trouver dans les travaux de Darmon (2008a, 2015, 2021). Reprenant la littérature existante[305] sur les socialisations secondaires, elle élabore un modèle théorique permettant de caractériser les changements qui s'opèrent chez un individu, en tenant ensemble le poids des dispositions préalable et la possibilité d'une socialisation continue (Darmon 2016). C'est notamment le degré de transformation qui est au cœur du modèle, distinguant les socialisations de renforcement, de transformation ou de conversion, en fonction de l'écart entre ce qu'était l'individu et ce qu'il est devenu. Nous souhaitons ici faire travailler ce modèle autrement, non pas pour constater des changements plus ou moins forts, mais plutôt pour comprendre dans quels cas des changements peuvent advenir ou non. En effet, on peut relire nos trois profils de patient·es suivant le type de transformation que la socialisation hospitalière exige d'eux. Les patient·es les moins ajusté·es à la prise en charge sont en quelque sorte face à une injonction pratique à la conversion de leurs dispositions. Pour adopter les pratiques et points de vue valorisés dans le service, il faudrait modifier en profondeur leur rapport au corps et à la santé (ainsi que leurs conditions matérielles d'existence). Dans les cas de réussites conditionnelles, lorsque les patient·es tentent de moins se contrôler sans y parvenir, ou seulement de manière transitoire, on peut dire qu'une transformation est en cours, mais qu'il faudrait là encore une conversion du rapport à la contrainte et à l'effort[306]. Enfin, on peut dire

[303] Il faut toutefois noter que certains passages de ses travaux évoquent les changements possibles d'habitus, notamment leur « retournement » complet (Bourdieu et Passeron 1970, pp. 59-60).
[304] Les cas d'individus qui agissent et pensent dans chaque domaine de manière typique et cohérente par rapport à leur position sociale (en référence à des probabilités statistiques) seraient finalement assez rares.
[305] Dont ses propres travaux, abordant la socialisation de manière processuelle (comment certaines jeunes femmes acquièrent des dispositions anorexiques et comment en retour l'institution hospitalière cherche à les transformer ; comment la classe préparatoire transforme les élèves ; et plus récemment comment les rééducations post-AVC peuvent transformer les patient·es).
[306] D'autant plus improbable que les individus s'appuient sur des pratiques médicales légitimes (comme compter ses pas) pour se contrôler.

que, dans les cas des patient·es ajusté·es, la socialisation renforce (ou transforme à la marge) un certain nombre de dispositions préalables.

On peut alors énoncer une règle de probabilité de la survenue d'une socialisation : une socialisation institutionnelle, selon les buts fixés, est d'autant plus probable (et sans doute rapide et durable) que les dispositions attendues sont proches de celles que possèdent préalablement les individus[307]. C'est d'une certaine manière ce que montrent les travaux de Schlegel (2022) dans le cas du diabète. Comment expliquer ce phénomène, pour lequel une métaphore spatiale (en termes de proximité/distance) semble pertinente ?

Les dispositions sont certes présentes dans l'individu mais s'activent, se renforcent ou s'affaiblissent par leur activation dans des contextes et des dispositifs de socialisation. D'une certaine manière, les contextes et dispositifs « appellent » les dispositions (Lahire 2011). Dans ce cadre, une transformation des dispositions ne peut s'opérer que si les contextes dans lesquels naviguent les individus y sont favorables, ce qui limite fortement les cas de grandes transformations ou de conversions si les conditions de vie et d'interaction ne changent pas[308]. Mais ce qu'on peut remarquer également, c'est que les dispositions sont plus ou moins « ancrées » chez les individus. Qu'entend-on par là ? On dit souvent d'une disposition qu'elle est ancrée lorsqu'elle se manifeste (dans des pratiques, ou des prises de position), alors même que l'individu ne le souhaite pas (sur le mode d'une tension irrépressible). D'une certaine manière, la disposition résiste au changement, soit parce qu'elle est constamment rappelée par un contexte favorable, soit, et c'est l'autre facteur que nous voulons explorer, parce qu'elle est liée à d'autres dispositions qui ne font pas l'objet d'un travail de modification, et donc persistent.

L'idée d'un lien entre des dispositions était au fondement de la théorie de l'habitus de Bourdieu. Selon cette théorie, le principe générateur de toutes pratiques est un ensemble de dispositions cohérentes entre elles et reliées dans un *système*. Chaque pratique ou point de vue, quel qu'il soit, est, selon ce modèle, révélateur d'un rapport au monde plus général produit et entretenu par des conditions sociales particulières, de classe notamment[309]. Cette vision très solidaire des dispositions individuelles, produites par l'abstraction statistique, a été depuis largement discutée, notamment par Lahire (2011). Très pertinente, cette discussion a pourtant eu pour effet d'évacuer la question des relations entre les dispositions pour se recentrer sur les dispositions elles-mêmes, comprises comme des objets relativement indépendants. L'usage que fait Lahire de la métaphore du « stock » de disposition est révélateur d'une vision des dispositions « comme ensemble de marchandises *disponibles* sur un marché ou dans un magasin et comme lieu de conservation de produits en attente » (Lahire 2011, p. 61, souligné par l'auteur). En poussant au bout la métaphore[310], on en conclurait qu'une disposition est

[307] Ce qui ne veut pas dire qu'il soit impossible qu'une véritable conversion puisse advenir.
[308] Par exemple, un patient qui continue de se retrouver dans des situations dans lesquelles il se sent obligé sur un court terme de mincir (pour des raisons d'incarnation de respectabilité), risque fort de ne pas adopter une vision de la perte de poids comme un objectif de long terme (et encore moins de laisser de côté cet objectif).
[309] Bourdieu insiste également sur la capacité de l'habitus à « sélectionner » des contextes favorables, à opérer un filtre des expériences subséquentes en modelant les goûts, les préférences et le champ des possibles de chaque individu (Bourdieu 1980, p. 102).
[310] Ce que recommande de faire ce même auteur (Lahire 2007, chapitre 3).

modifiable, transformable, sans que ça n'affecte toutes les autres, comme des « marchandises » qu'on pourrait retirer d'un étalage et remplacer par d'autres. Penser en termes de stock masque alors les liens possibles entre les dispositions, qui peuvent être interdépendantes (la modification de l'une impliquerait la modification de certaines autres).

Qu'est-ce qui ferait que des dispositions puissent être liées ? Pour répondre à cette question, il faut revenir aux conditions de la genèse de dispositions. C'est par la pratique répétée, dans des contextes favorables tels que des dispositifs de socialisation explicites[311], que des dispositions peuvent se former. Or, certaines pratiques sont communes à plusieurs domaines de l'existence (comme la marche), tandis que d'autres sont plus localisées[312]. Mais les pratiques elles-mêmes peuvent être plus ou moins complexes, donc impliquer pour leur réalisation un nombre important de dispositions. On le voit à partir de nos données si l'on décrit ce qu'« écouter son corps » nécessite : des dispositions langagières et réflexives (il ne suffit pas d'avoir une inclination à l'introspection, mais aussi une inclination à la verbalisation des ressentis corporels). La première conséquence de ce constat, c'est qu'adopter une pratique complexe implique une modification de *plusieurs* dispositions, expliquant alors l'inertie au changement chez certains individus : modifier plusieurs dispositions est un travail bien plus important qu'en modifier une seule (les patient·es que nous qualifions de très ajusté·es n'ont bien souvent qu'à renforcer une disposition à l'introspection pour parvenir à réguler leur alimentation par leurs sensations, puisque les dispositions langagières adéquates sont déjà présentes). La seconde conséquence, cette fois-ci un peu plus hypothétique, c'est que des dispositions, lorsqu'elles sont appelées fréquemment ensemble, peuvent devenir en quelque sorte *solidaires*. Par exemple, une pratique sanitaire préventive fait intervenir une disposition corporelle ascétique (un coût actuel pour un gain plus tard) et une disposition à la docilité institutionnelle. Le mélange des deux dispositions, fréquemment mobilisées conjointement, produit un *rapport préventif à la santé* qui va s'appliquer dans les multiples dimensions que l'individu attribue à la santé.

Il y aurait donc d'un côté des dispositions assez localisées dans des pratiques précises, peu liées à d'autres, et des dispositions impliquées avec d'autres dans de multiples pratiques, pouvant former un réseau solidaire[313]. On peut formuler la règle suivante : certaines dispositions, pour être modifiées, impliquent obligatoirement des réactions en chaine, très coûteuses (en termes de pratiques et de temps socialisateur, en termes de « perte » subjective identitaire que peut ressentir l'individu, mais aussi en termes de modifications matérielles de l'existence). Changer fortement une disposition nécessite de changer les règles de fonctionnement du système dans lequel elle est insérée, donc les autres objets du système. C'est le cas des dispositions langagières et scripturales, imbriquées avec les dispositions somatiques d'écoute des

[311] Un dispositif de socialisation peut être défini comme un ensemble de pratiques, de discours et d'objets qui permettent de construire des dispositions particulières.
[312] « Un schème d'action […] est général lorsqu'il trouve une multitude de situations sociales propices à son déploiement (à son transfert) ; il est partiel et local lorsqu'il ne trouve à s'activer que dans des situations limitées, particulières et peu fréquentes dans l'espace social » (Lahire 2011, p. 150).
[313] Certain·es auteur·ices utilisent la notion de schéma dispositionnel (Chanteau 2022 ; Lahire 2011), moins pour comprendre la possibilité d'une socialisation que pour comprendre des différences d'attitude, de pratiques et de représentations d'un même individu suivant les contextes. Différents schémas dispositionnels cohabiteraient et seraient appelés dans tel ou tel contexte.

sensations. On peut parler de *noyaux dispositionnels*, par opposition à des dispositions qui seraient *périphériques* et plus facilement modifiables.

On peut retrouver cette idée de système de dispositions à plusieurs passages de la littérature en sociologie de la socialisation. Lignier distingue ainsi « des dispositions qu'on peut qualifier d'*élémentaires* et des dispositions de plus en plus *complexes »* (Lignier 2023a, p. 35, souligné par l'auteur), puis plus loin « des dispositions générales allant au-delà de l'apprentissage spécifique d'un usage » et des « grandes dispositions » (Lignier 2023a, p. 110), comme celles qui résultent de l'incorporation pratique d'un ordre du genre. On retrouve cette idée de dispositions générales, ou élémentaires, dans les travaux d'inspiration bourdieusienne qui se penchent sur des « rapports à », comme ceux de Longchamp sur les rapports à santé, dont il donne une définition :

> « C'est par le concept de rapport à la santé que nous tentons de rendre compte ici de cette forme de culture intériorisée propre à retraduire les conditions de vie d'un individu ou d'un groupe social en pratiques de santé. Nous définissons le rapport à la santé comme un ensemble de dispositions socialement acquises (dispositions corporelles, schèmes de perception et d'évaluation des signes morbides, dispositions temporelles, etc.) susceptibles de s'actualiser dans des pratiques de santé comprises comme l'ensemble des dimensions du style de vie en tant qu'elles sont subjectivement investies comme participant, pour partie au moins, du recouvrement, du maintien ou de l'amélioration de l'état de santé. » (Longchamp 2009, p. 46)

Si des dispositions peuvent former des « rapports à », c'est qu'elles sont liées ensemble. Nous proposons ainsi de porter le regard sur la plus ou moins grande solidarité que les dispositions manifestent entre elles, pour comprendre à la fois ce qu'une pratique implique comme « paquets » de socialisations, mais aussi le nombre de dispositions qui doivent être travaillées pour qu'une socialisation advienne. On comprend mieux à partir de ce point de vue les résistances au travail socialisateur repérables en médecine de l'obésité : pour une partie des patient·es, adopter telle ou telle pratique de santé requiert une transformation d'un nombre trop important de dispositions, qui ne font pas pour la plupart l'objet d'un travail, puisqu'elles ne sont pas perçues par les professionnel·les comme impliquées dans la pratique (on peut penser aux dispositions langagières pour l'écoute du corps). C'est le cas par exemple des dispositions morales des patient·es de classes moyennes (les « cocottes-minute »), prompts à voir dans leurs efforts une voie de salut, qui ne sont qu'indirectement (et incomplètement) travaillées par la prise en charge, alors même qu'elles sont impliquées dans le relâchement des auto-contraintes exigé.

Pour éviter de supposer l'existence d'une disposition au changement, dont il serait difficile d'objectiver la genèse et la présence, et qui ne ferait pas beaucoup avancer une simple description des résistances au changement, il semble plus pertinent de décomposer les pratiques et les représentations qui s'opposent aux changements désirés, et de voir ce qui les lie. Ce ne sont pas nécessairement les patient·es les plus éloigné·es dans leurs pratiques et représentations qui changent le moins, mais ce sont celles et ceux dont les pratiques et représentations sont liées à des dispositions qui ne sont pas l'objet d'un travail dans l'institution. Certaines

dispositions conditionnent les changements possibles, en les favorisant (comme la docilité institutionnelle), ou en les entravant. Quand bien même l'action du service nutrition est complexe, portant sur plusieurs pratiques et représentations, elle laisse de côté un certain nombre d'éléments, par exemple l'*ethos* du mérite par l'effort des membres des classes moyennes[314], ou l'*ethos* de la lutte nécessaire dans les classes populaires. Cet « oubli » par les soignant·es donne une forme particulière au dispositif de socialisation, conduisant à ce que la possibilité même d'une transformation serait inscrite dans ce qui a déjà été intériorisé par l'individu.

[314] Qui peut par certains côtés être renforcé : on peut penser par exemple à la logique comptable déployée en AP d'incitation à dénombrer les pas quotidiens effectués.

Conclusion de la partie II

La partie II a permis de rentrer dans le détail des prises en charge, d'abord en interrogeant le public des dispositifs de soin en obésité (qui sont les patient·es ?), puis la composition des parcours de soin (qu'est-ce qui est proposé aux patient·es ?) et enfin la façon dont les patient·es l'ont vécu (qu'est-ce que la prise en charge fait aux patient·es ?).

Il s'agissait d'appréhender l'adéquation plus ou moins forte entre des rapports à la santé et à la médecine multiples et une offre de soin. Nous avons tout d'abord exploré l'hétérogénéité du groupe des personnes obèses, grâce à deux grandes enquêtes nationales récentes. Si l'obésité concerne tous les groupes sociaux, elle est présente majoritairement au sein des classes populaires. À cet égard, la corpulence semble devenir un marqueur fort de classe, quel que soit le sexe. Contrairement à ce qu'on pouvait constater il y a une vingtaine d'années, la pression à l'évitement des fortes corpulences semble bien présente chez les hommes du haut de l'espace social. On comprend alors un peu mieux le surinvestissement des classes supérieures dans les dispositifs de prise en charge de l'obésité : plus prompts à penser leur corpulence en décalage avec leur position sociale, les individus du haut de l'espace social seraient plus enclins à vouloir accorder leur corps à leur classe.

Mais l'hétérogénéité des personnes obèses ne s'arrête pas là, puisqu'elle concerne également leurs rapports à la santé, visibles dans leurs modes de consommation médicale. Si les personnes obèses sont dans l'ensemble consommatrices de biens de santé, les liens avec des dispositifs de soin et avec les professionnel·les de santé varient fortement suivant les milieux sociaux. Les femmes et les classes diplômées manifestent ainsi un rapport à la santé plus préventif, et des consommations médicales plus régulières. À l'inverse, les personnes obèses de classes populaires présentent des modes de consommations médicales plus contraints. Ces résultats sont largement confirmés lorsqu'on se penche sur les modes d'entrée dans une prise en charge spécialisée dans l'obésité : les patient·es qui viennent de leur propre initiative, en anticipant les conséquences sanitaires probables d'une forte corpulence, appartiennent plus majoritairement aux classes moyennes et supérieures. À l'inverse, les individus qui deviennent patient·es de l'initiative d'autres professionnel·les de santé, de manière « tardive » selon les modes d'appréciation médicaux, se situent plus fréquemment dans les classes populaires. Comme dans d'autres institutions, les individus ayant objectivement le plus de raisons de recourir à l'État, les membres des classes populaires, sont ceux qui le font le moins.

Mais quelle est l'influence de ces rapports à la santé différenciés sur les parcours de soin, une fois les individus pris en charge ? Le chapitre quatre s'intéresse aux interactions concrètes de soin et aux logiques sociales qui les sous-tendent. À travers la métaphore de la « focalisation », nous avons montré que les professionnel·les cherchent à créer une cohérence entre les différents dispositifs médicaux et partenaires extérieurs, de manière à guider les patient·es vers des espaces de soin compatibles avec la philosophie du service. Cette cohérence s'appuie sur une culture professionnelle commune, non culpabilisante et centrée sur les maladies chroniques, ainsi que sur une coordination des dispositifs que les patient·es sont invité·es à investir.

Or, lorsqu'on se penche sur les moyens effectivement mis en œuvre, on remarque que cette socialisation n'est pas neutre : elle s'inscrit dans des pratiques situées socialement en haut de l'espace social. Trois grands axes structurent le travail des professionnel·les : apprendre aux patient·es à penser la santé sur le long terme plutôt qu'à travers la perte de poids rapide ; promouvoir une activité physique fondée sur l'écoute du corps ; et encourager une alimentation régulée par les sensations internes plutôt que par des règles strictes. Ces formes de socialisation valorisent la réflexivité et le contrôle de soi, caractéristiques des classes moyennes et supérieures, et correspondent à une vision de la santé sur un mode préventif. En outre, les professionnel·les arbitrent la répartition des ressources de santé, en s'appuyant sur des catégorisations sociales implicites des patient·es, issues d'une « sociologie profane » forgée par l'expérience. Ces jugements, tout en se réclamant du principe médical d'individualisation des soins, révèlent la manière dont le social s'inscrit dans la pratique médicale. Structurée autour des modes de vie, socialement situés, la pratique médicale d'individualisation des soins contribue à produire des parcours de soin différenciés selon des caractéristiques sociales qui se retrouvent médicalisées, comme la position de classe ou de genre. Ne pas venir de soi-même dans le service et présenter un rapport à la santé de type curatif sont alors largement dévalorisés par l'équipe soignante, réduisant l'investissement des soignant·es envers les individus qui les manifestent. Ainsi, la position sociale des individus ne joue pas que sur la probabilité plus ou moins grande d'entrer dans un service médical, mais aussi sur leurs parcours de soin, dans la mesure où ceux-ci prennent pour référence des pratiques situées en haut de l'espace social, et du côté du féminin, et que la position sociale fonde une part des catégorisations médicales.

Enfin, le chapitre 5 montre que les différents rapports à la santé identifiés au chapitre 3 continuent d'influencer la prise en charge, au-delà de la manière d'y entrer et des dévalorisations dont ils font l'objet. Trois profils de patient·es ont été identifiés selon leur rapport au travail de socialisation médicale effectué dans le service. D'abord, les patient·es « ajusté·es » disposent de ressources culturelles et corporelles favorisant l'introspection, l'écoute des sensations et la projection dans des pratiques de santé préventives, même si leur position dominante peut parfois créer des tensions avec les soignant·es. Ensuite, les patient·es « surinvesti·es » dans des pratiques de contrôle corporel (régimes, activité physique), appartenant aux classes moyennes ou en ascension sociale, peinent à adopter des normes médicales qui valorisent le relâchement et l'écoute de soi. Ils et elles se trouvent alors en difficulté malgré un rapport à la santé préventif et une docilité à l'égard de l'institution. Enfin, les patient·es « désajusté·es », souvent issus des milieux populaires et manifestant un rapport à la santé curatif, vivent la prise en charge comme une lutte, se sentent en échec et peuvent finir par susciter un désengagement des professionnel·les.

Toutes les prises en charge n'ont pas le même effet, et il ne suffit pas de faciliter l'accès à un service spécialisé pour que les inégalités sociales s'estompent. De fait, plus les patient·es occupent une position élevée dans l'espace social, plus ils possèdent les dispositions nécessaires pour répondre aux attentes implicites du service. Le modèle de soin, laissant une grande autonomie aux patient·es, renforce ces écarts, car il valorise des compétences intériorisées – réflexivité, gestion émotionnelle, autonomie – typiques des classes moyennes et supérieures. Ainsi, la médecine de l'obésité illustre la tendance plus large d'une médecine de

classe. Ce biais, dissimulé derrière un discours universaliste, conduit à attribuer l'échec des prises en charge à la responsabilité individuelle des patient·es, tout en légitimant des normes de santé issues des classes dominantes. Enfin, cette médecine est aussi genrée : elle valorise des dispositions associées au féminin – introspection, verbalisation des émotions, écoute du corps –, plaçant les hommes face à un travail de leur masculinité et expliquant en partie leur moindre participation ou leur *exit*. Le croisement des rapports de classe et de genre montre que les patient·es les plus en phase avec les attentes du dispositif sont souvent des femmes des classes supérieures, tandis que les autres catégories, masculines ou populaires, rencontrent davantage d'obstacles dans la prise en charge. Au final, la prise en charge de l'obésité semble surtout profiter aux fractions de l'espace social les moins concernées statistiquement par cette pathologie

Reste à savoir jusqu'où les inégalités sociales peuvent se loger. On peut prendre au sérieux le point de vue médical et se demander qui met effectivement en pratique le style de vie promu comme « sain ». Au-delà des prises en charge, qui est en mesure de s'approprier l'activité physique, considérée depuis peu comme un bien de santé à part entière ? Les personnes obèses sont-elles toutes en bonne position pour mettre en pratique la « bonne sportivité médicale » ? À quelles conditions peuvent-elles s'y engager plus ou moins durablement ? Peuvent-elles toutes en retirer les mêmes profits ? C'est à ce questionnement que la dernière partie de la thèse sera consacrée.

Partie III. Adopter la bonne sportivité médicale

La partie II nous a permis de comprendre que tous les individus n'ont pas les mêmes chances d'accéder à un service nutrition (et d'y accéder de la « bonne » manière, à savoir de façon préventive). Ils n'y sont pas non plus logés à la même enseigne, du fait de catégorisations médicales basées sur les positions de genre et de classe des patient·es ; et ils ne se transforment pas de la même façon ni avec la même intensité au cours du suivi. La prise en charge médicale de l'obésité semble favoriser les femmes et les membres des classes supérieures, qui y ont d'ailleurs davantage recours. Mais cet « avantage » se traduit-il, si l'on adopte le point de vue médical, par une adoption plus marquée et/ou durable du style de vie « sain » érigé en idéal à atteindre (tel que nous l'avons décrit au chapitre 2) ? Si, en population générale, ce style de vie parait associé aux classes moyennes et supérieures, qu'en est-il pour les personnes obèses ? Qui est en mesure de s'approprier le style de vie légitime ? Selon quelles conditions ? Et pour quels profits ?

Pour répondre à ces interrogations, nous nous pencherons sur un aspect de ce style de vie, la pratique d'activités physiques (AP), afin de voir en détail comment la bonne sportivité médicale peut ou non se diffuser parmi les personnes catégorisées comme obèses. Si l'on a vu dans les parties précédentes la façon dont la norme médicale de pratique s'était construite, et comment elle est transmise dans un dispositif médical, nous chercherons ici à voir comment elle est diversement appropriée par celles et ceux qui constituent la cible de l'action médicale.

Le **chapitre 6** permettra de prendre un peu de hauteur, en interrogeant les pratiques physiques des personnes considérées comme obèses à l'échelle nationale. Il s'agit de prendre au sérieux le fait que les AP sont des pratiques culturelles, et pas uniquement des biens de santé, afin de comprendre comment elles se diffusent et sont appropriées. Le recours à une grande enquête nationale sur la pratique sportive des Français·es permet d'une part de situer la pratique des personnes obèses par rapport à l'ensemble de la population, et d'autre part de dévoiler l'hétérogénéité de ce groupe, souvent perçu comme un ensemble homogène. Ces deux points nous conduisent à appréhender les pratiques, modalités de pratiques, et rapports aux pratiques d'AP des individus. Comment peut-on expliquer sociologiquement des différences de pratique entre personnes de corpulences variées ? Peut-on situer l'effet d'une incitation sanitaire et morale à la pratique d'AP envers les personnes obèses ? Qui accède aux pratiques de la « bonne sportivité médicale » ? Quelle partie de l'espace social, au sein des personnes obèses, répond objectivement aux réquisits d'une prise en charge médicale de l'obésité ?

À la lumière des résultats issus de ce questionnement, le **chapitre 7** se penche plus précisément sur les différentes manières de devenir pratiquant·e d'AP, que l'on peut dès lors situer dans l'espace social plus large des pratiquant·es. En prenant des cas détaillés, grâce à l'observation de pratiques d'AP (dans l'association APA ou le service hospitalier), nous chercherons à comprendre comment certains individus, et pas d'autres, s'engagent plus ou moins durablement dans des AP dont la légitimité médicale est variable. En mobilisant la notion de carrière, il

s’agira de rentrer dans les processus d’engagement multiples dans une ou des AP, d’en saisir les temporalités et les effets socialisateurs sur les individus.

Comment devient-on un·e pratiquant·e ? En quoi l’obésité (tout à la fois pathologisation, caractéristique corporelle et stigmate) peut-elle modifier les carrières de pratiquant·es ? À quelles conditions peut-on s’engager, continuer et persévérer dans une AP, notamment une AP de la bonne sportivité médicale ? Quels sont les effets de potentielles trajectoires médicalisées sur la façon d’appréhender son corps, sa santé et la pratique d’AP ?

Pour finir, le **chapitre 8** abordera la question des profits distinctifs que peuvent retirer certains individus lorsqu’ils mettent en œuvre la bonne sportivité médicale. Parce que le style de vie est valorisé, ceux et celles qui le manifestent peuvent en tirer des avantages, notamment dans la présentation de soi, en se distinguant de ceux et celles qui ne font pas les choses « comme il faut ». Les stéréotypes associés à la grosseur définissent a priori les personnes grosses comme peu aptes à la pratique et comme manquant de bonne volonté. Comment les personnes qui pratiquent se placent-elles par rapport à ces présupposés, parfois intériorisés ? Quelles dispositions permettent de mettre à distance le stigmate de l’obésité par la pratique d’AP ? Nous verrons que les comparaisons mutuelles constituent des stratégies individuelles de distinction par corps et de mise à distance du stigmate, principalement mobilisées par des femmes de classes moyennes et supérieures, au détriment d’autres individus moins bien classés dans les hiérarchies sociales.

Chapitre 6. Pratiquer malgré son corps. La différenciation sociale des personnes obèses dans la pratique d'activités physiques

La partie II de cette thèse a pu montrer que, dans le cadre d'un suivi médical, tous les individus n'ont pas les mêmes chances de se saisir des activités physiques (AP) valorisées, selon leur position sociale. Mais qu'en est-il en dehors des dispositifs de soin ? Qui parvient à adopter les pratiques physiques jugées « saines » ? À quelles conditions ? Peut-on objectiver l'effet des incitations médicales à la pratique chez les personnes obèses ?

Il nous semble important à cette étape de la thèse de rebasculer vers l'analyse de l'espace social dans son ensemble. Étudier en détail les rapports à la pratique d'AP des personnes obèses implique tout d'abord de les situer dans l'espace plus large des pratiques de l'ensemble des individus. La pratique des Français·es est régulièrement analysée par les enquêtes en sciences sociales, qu'elles soient quantitatives (Lefèvre et Raffin 2023), qualitatives (Nicaise, Mennesson, et Bertrand 2020) ou utilisant des méthodes mixtes (Garcia et al. 2023). L'enjeu principal de ces études est de comprendre les déterminants sociaux mais aussi les conséquences, en termes de profits symboliques, esthétiques, sanitaires, éducatifs, des multiples pratiques d'AP[315]. Ces activités sont considérées comme des objets culturels, ce qui marque une distance avec le point de vue médical. Toutefois, très peu d'enquêtes se sont attachées à prendre en compte la corpulence des individus afin de comprendre comment pouvait varier leur rapport aux AP selon s'ils sont « normopondérés », en « surpoids » ou « obèses ». Certaines études se penchent sur des dispositifs de prise en charge (Jacolin-Nackaerts 2018 ; Knobé 2024), sans explorer ce que peut être plus globalement la pratique d'AP chez les personnes obèses.

Le premier objectif de ce chapitre est de cartographier la pratique des personnes obèses à l'échelle nationale, et non plus uniquement à l'échelle locale des patient·es d'un service hospitalier, et d'en identifier les spécificités par rapport à la pratique des personnes ayant d'autres types de corpulence. Cela nous permettra de situer les données d'entretiens et d'observation recueillies dans un espace social plus large. Il s'agit de déceler les déterminants sociaux de la pratique d'AP et d'identifier si la corpulence peut, elle-même, être considérée comme un déterminant social de la pratique. En quoi la corpulence structure-t-elle les pratiques culturelles, et corporelles en particulier, notamment dans le cadre de l'AP ?

Nous proposons d'inverser la perspective par rapport aux études épidémiologiques. Classiquement, ces dernières étudient l'effet de l'AP, entendue au singulier comme un processus physiologique, sur la corpulence[316]. Si la pratique d'une AP joue effectivement sur la dynamique pondérale, certaines études de grande ampleur montrent que, lorsqu'il y a perte de poids, c'est dans des proportions faibles et sur un temps long (Elagizi et al. 2020). Or, nous

[315] Nous pourrions rajouter à ce stade l'adjectif « sportives » à « activités physiques », pour insister sur les dimensions culturelles de ces pratiques. Nous faisons le choix, par souci de cohérence avec les autres chapitres de cette thèse, de conserver l'expression « activités physiques (AP) ».
[316] Voir par exemple Chin, Kahathuduwa, et Binks 2016.

allons nous appuyer sur une enquête ponctuelle qui retrace les pratiques d'AP des Français·es au cours des 12 derniers moins (détaillée ci-dessous). En considérant la corpulence des individus comme globalement stable sur 12 mois, l'enquête renseigne bien davantage sur ce que la corpulence fait à la pratique d'AP, plutôt que l'inverse. Ce qui ne veut pas dire qu'à plus long terme, la pratique ne puisse pas influencer la corpulence. Seules des enquêtes longitudinales portant sur une période importante pourraient appréhender la pratique sportive comme une variable explicative de la corpulence[317]. Nous nous inspirons ici de ce qui a pu être fait dans le cadre du handicap, où les pratiques d'AP des individus sont reconsidérées par rapport à leurs déficiences et comparées au reste de la population (Banens 2014).

Il s'agit également de prendre une certaine distance avec les analyses couramment appliquées à l'Activité Physique Adaptée (APA). Les AP y sont moins pensées comme des pratiques sociales que comme des pratiques médicalement justifiées, et donc fondamentalement différentes des AP « standards ». Nous souhaitons ici montrer tout l'intérêt à penser l'ensemble des AP, APA incluses, comme des biens culturels, historiquement construits, que les individus peuvent ou non s'approprier selon des usages multiples.

Après avoir analysé la corpulence en tant qu'elle influence les pratiques d'AP, il s'agira de replacer celle-ci dans l'ensemble des rapports de classe, d'âge et de genre qui structurent les pratiques. L'étude des effets propres de la corpulence sera ainsi suivie d'une étude de la corpulence imbriquée avec des rapports de domination, afin d'en étudier les interactions multiples. Il s'agit *in fine* d'objectiver les mécanismes et processus qui conduisent les individus à pratiquer ou non une ou plusieurs activités physiques, et les profits espérés par ce ou ces engagements. L'analyse de la pratique d'AP – saisie comme un loisir culturel – permettra ainsi d'appréhender des rapports de genre, de classe, d'âge et de corpulence à partir des éventuels bénéfices (symboliques, sanitaires, esthétiques, etc.) escomptés par les pratiquant·es (Bourdieu 1980).

Pour ce faire, deux corpus de données seront croisés :

- Un corpus de données qualitatives recueillies lors des entretiens biographiques menés avec les patient·es du service nutrition et les adhérent·es de l'association APA (cf. Encadré n°1). Ces données permettent de retracer les trajectoires sportives d'un ensemble varié d'individus, ainsi que les vécus personnels associés.
- Un corpus de données quantitatives recueillies dans le cadre de l'enquête ENPPS de 2020[318], dont l'échantillon est de 12 034 individus. Bien que reconduite tous les dix ans depuis 2000, cette enquête présente des données d'IMC des individus uniquement dans l'édition de 2020. Les variables explicatives utilisées sont l'IMC, le sexe, l'âge, la profession, le niveau de diplôme, le revenu, la situation familiale et le lieu de résidence.

[317] Le point de vue adopté est analogue aux études courantes en sociologie de la culture, qui observent par exemple les pratiques de lecture selon la position de classe (Poissenot 2019). Les pratiques de lecture peuvent influencer la position de classe, mais sur une étude ponctuelle la position de classe est considérée comme stable et les chercheur·ses tentent d'en identifier les effets.
[318] INJEP/Ministère chargé des Sports, ENPPS 2020.

Les variables expliquées sont la pratique ou non d'une activité physique, le nombre, la nature et la fréquence des pratiques déclarées, les raisons et freins à la pratique, les modalités de pratique (seul·e ou à plusieurs, en club, en loisir, en compétition) et les infrastructures utilisées. Bien qu'étant un indicateur imparfait, puisque renseignant uniquement sur un rapport taille-poids, l'IMC sera utilisé comme un *proxy* de la corpulence des individus. Dans leurs rapports, les enquêteurs de l'INJEP retirent les individus qui déclarent la « marche / balade », la « baignade » et la « relaxation » de leur définition des pratiquant·es d'AP. Dans notre cas, ces pratiques seront intégrées, puisqu'elles appartiennent à la définition de l'AP recommandée dans les parcours de soins. Les professionnel·les de santé incitent par exemple couramment les individus à marcher, en leur disant que « *ça compte* » comme une AP. En intégrant ces trois pratiques, nous pouvons observer pleinement ce qui relève de la « bonne sportivité médicale » au sein de cette enquête. Par contre, tout comme les enquêteurs de l'INJEP, le choix est fait de supprimer la pratique des échecs de la définition des pratiquant·es d'AP.

Encadré n°1 : L'enquête dans l'association APA.

Ce chapitre se base en partie sur une ethnographie réalisée au sein d'une association d'activité physique adaptée (APA) explicitement dédiée aux personnes en surpoids et obèses, avec pour objectif de rendre compte des socialisations corporelles produites dans et par l'obésité. L'association d'APA observée comporte environ 200 membres, dont plus de 80% de femmes, à qui elle propose des cours de gymnastique, circuit-training, aquagym ou yoga, quelles que soient les corpulences ou les pathologies, même si la majorité des participant·es sont des personnes grosses. Suivant les cours, entre 5 et 15 personnes pratiquent régulièrement. La faible proportion d'hommes dans l'association correspond à ce qui est observé dans d'autres travaux déjà menés sur des dispositifs similaires (Knobé 2024) ou sur la prise en charge médicale de l'obésité (Gridaine 2022). Orienté·es pour un peu moins de la moitié par des dispositifs médicaux ou un professionnel de santé[a], les membres ont une moyenne d'âge qui se situe autour de 50 ans. Ainsi, ce terrain d'enquête est à la fois associatif et médical, dans le sens où la grosseur est pensée comme une pathologie (l'obésité) et que de nombreux liens institutionnels existent avec des dispositifs médicaux, sans pour autant qu'il y ait de personnel médical directement impliqué dans l'organisation des activités. Elle se situe donc sur un cadrage à la fois « médical » et « de santé » pour reprendre la typologie de Carof (2025). En s'engageant, les membres ont en commun d'accepter l'idée que l'activité physique est nécessaire pour leur santé et que maigrir serait une bonne chose. Si ces personnes viennent dans l'association pour y pratiquer des activités physiques dans un cadre bienveillant et adapté, les sociabilités qui peuvent se créer sont limitées au seul temps des cours : elles ne se côtoient pas dans d'autres espaces, exception faite des personnes déjà proches auparavant. L'association produit ainsi une offre d'activités physiques, à l'instar d'un club traditionnel, plus cadrée et personnalisée qu'une salle de sport, mais qui ne constitue pas un espace d'organisation politique où la grosseur serait revendiquée dans une perspective militante.

Une observation participante a été réalisée pendant cinq mois, à raison de quatre à cinq créneaux d'APA observés par semaine, répartis sur plusieurs jours. Cette observation est croisée avec 18 entretiens avec des adhérent·es de l'association : 16 femmes et 2 hommes, de 20 à 89 ans, dont 8 de classes supérieures, 6 de classes moyennes et 4 de classes populaires. Les entretiens, réalisés dans des cafés ou au domicile des enquêté·es, ont une durée moyenne d'une heure trente, et portent principalement sur le parcours biographique et les pratiques sportives, sanitaires et corporelles. Ils ont été traités par une analyse thématique classique (Paillé et Mucchielli 2021). La faible proportion d'individus de classes populaires s'explique à la fois par la position géographique de l'association, au cœur d'une métropole, par le coût économique de l'adhésion (plusieurs centaines d'euros à l'année) et par le fait que la structure soit reliée à un service hospitalier, impliquant une familiarité des individus avec les espaces médicaux socialement classée.

[a] L'autre partie des adhérent·es est venue d'elle-même, après avoir eu connaissance de l'association par divers biais (Internet, proches, mairie…).

L'intérêt de croiser ces deux méthodes réside dans le fait de pouvoir à la fois objectiver un « effet propre » de la corpulence, tout en retraçant, par les données qualitatives, les effets d'autres variables lorsqu'elles agissent les unes avec les autres dans une configuration sociale singulière. Contre des techniques statistiques qui incitent à penser que des variables puissent agir de manière « pure », indépendamment d'un contexte, les méthodes qualitatives permettent de retisser l'intrication de déterminations sociales conjointes.

Du fait que les personnes enquêtées dans l'association et dans le service hospitalier sont explicitement caractérisées comme « obèses », et que l'enquête ENPPS utilise des classes d'IMC renvoyant également à la catégorie médicale de « l'obésité », nous ferons le choix de conserver cette terminologie médicale, malgré les controverses qu'elle suscite (Basdevant 2009). Nous utiliserons par ailleurs les termes de « classes de corpulence », pour insister à la fois sur l'aspect construit et en partie arbitraire de ces catégories, mais aussi pour souligner la pertinence sociologique de délimiter les groupes selon leur corpulence, à la manière des classes sociales ou des classes de genre.

Nous procéderons en deux temps. Premièrement, nous explorerons l'effet de l'interaction entre des pratiques historiquement construites dans une valorisation de la minceur et des corps inégalement valorisés et répartis socialement. En croisant un cadre de sociologie du handicap et de sociologie de la culture, nous tenterons de considérer ce qui peut freiner l'accès de certains individus à un bien de santé et un bien culturel.

Ensuite, nous explorerons l'hypothèse selon laquelle l'engagement dans les AP des personnes obèses se fonde principalement sur un rapport de contrainte ou d'auto-contrainte, ainsi que les différentes formes que peut prendre cette (auto-)contrainte selon la position de classe, de genre et d'âge des individus. Cette imbrication de rapports sociaux ne contribue-t-elle pas à produire des ressorts d'engagement différents dans les AP selon la position sociale, conditionnés par des rapports au corps et à la santé plus généraux et socialement situés ? Finalement, qui accède aux

pratiques d'AP valorisées en médecine de l'obésité ? Quelles dispositions, associées à des positions sociales particulières, favorisent l'investissement dans ces pratiques ?

I. Un « environnement » peu propice à la pratique des personnes obèses ?

Cette première section se penche sur les formes générales de la pratique d'AP des individus selon leur corpulence (nombre et type d'AP pratiquées, fréquences, modalités). Quelles peuvent-être les spécificités de la pratique des personnes obèses par rapport aux autres classes de corpulence ? Nous tenterons d'expliquer les différences observées par la forme même que prennent les AP les plus courantes, dont celles promues par l'institution médicale, produisant une sous-pratique relative des individus aux corpulences les plus importantes.

A. Une pratique courante mais spécifique

Les tests d'association[319] entre le fait de pratiquer ou non une AP et la classe d'IMC révèlent une dépendance entre ces deux variables (cf. Table n°1).

Table n°1 : Statut de pratique en fonction de l'IMC (pourcentages ligne).

p-value <0,001[2]	**Pratiquant** N = 9 132	**Utilitaire uniquement[1]** N = 152	**Non-pratiquant** N = 896	**Total**
Maigreur N = 562	90.8 %	0.7 %	8.5 %	100
Corpulence normale N = 5 647	92.7 %	1.2 %	6.1 %	100
Surpoids N = 2 860	87.8 %	1.9 %	10.3 %	100
Obésité N = 1 112	78.3 %	2.5 %	19.2 %	100
Ensemble N = 10 181	89.7 %	1.5 %	8.8 %	100

Lecture : 78,3% des personnes obèses ont déclaré avoir pratiqué une activité physique au cours des 12 derniers mois.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.
[1] Les pratiques utilitaires regroupent les activités effectuées non comme un loisir mais pour une autre fin (comme marcher pour se déplacer).
[2] Test de χ^2 d'indépendance des variables.

[319] Tests de χ^2 d'indépendance des variables (* : p-valeur < 0,05 ; ** : p-valeur < 0,01 ; *** : p-valeur < 0,001).

Contrairement à un stéréotype couramment repris, qui voudrait que les personnes obèses ne pratiquent pas d'AP, ce premier résultat montre que la grande majorité des personnes ayant un IMC correspondant à l'obésité (78,3%) déclare avoir pratiqué une activité physique au cours des 12 derniers mois. Ce qui n'empêche pas qu'il y ait effectivement une différence significative avec les autres classes d'IMC. Si les personnes obèses sont dans l'ensemble des pratiquant·es d'AP, elles sont statistiquement moins nombreuses à l'être que les personnes en surpoids, normopondérées ou maigres.

Si l'on se penche cette fois-ci sur les pratiquant·es uniquement, et que l'on regarde le nombre de pratiques déclarées au cours des 12 derniers mois (cf. Table n°2) et la fréquence de pratique (cf. Table n°3), on observe là encore une dépendance statistique à la classe d'IMC :

Table n°2 : Parmi les pratiquant·es, nombre de pratiques déclarées en fonction de l'IMC (pourcentages ligne).

p-value <0,001[1]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	> 15
Maigreur N = 562	10.5%	14.4%	9.7%	10.5%	9.1%	6.6%	7.0%	4.9%	6.2%	3.3%	3.1%	2.0%	1.8%	2.7%	1.4%	6.8%
Corpulence normale N = 5 647	9.2%	10.4%	10.8%	10.3%	9.5%	8.1%	7.2%	6.5%	5.6%	4.2%	3.2%	2.6%	2.2%	1.7%	1.3%	7.2%
Surpoids N = 2 860	13.3%	13.3%	13.5%	12.3%	9.8%	6.9%	6.7%	5.6%	4.8%	3.3%	2.5%	1.6%	1.4%	1.4%	0.9%	2.7%
Obésité N = 1 112	21.7%	18.0%	14.1%	9.7%	8.9%	6.3%	5.2%	5.1%	2.9%	1.7%	1.7%	0.6%	1.0%	0.7%	0.8%	1.7%
Ensemble N = 10 181	11.6%	12.1%	11.8%	10.8%	9.5%	7.5%	6.8%	6.0%	5.1%	3.7%	2.9%	2.1%	1.8%	1.6%	1.1%	5.4%

Lecture : 21,7% des personnes obèses qui ont pratiqué une AP au cours des 12 derniers mois déclarent avoir pratiqué un seul type d'AP.
Champ : Toutes les personnes de 15 ans et plus ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (9 132 individus).
Source : ENPPS 2020.
[1] Test de χ^2 d'indépendance des variables.

Table n°3 : Parmi les pratiquant·es, fréquence de pratique d'AP au cours des 12 derniers mois en fonction de l'IMC (pourcentages ligne).

p-value <0,001[1]	**Moins d'une fois par mois** N = 937	**1 à 3 fois par mois** N = 1 548	**Une fois par semaine** N = 1 965	**2 à 3 fois par semaine** N = 3 258	**Plus de 3 fois par semaine** N = 2 484	**Total**
Maigreur N = 562	10.7 %	14.4 %	21.2 %	28.6 %	25.1 %	100
Corpulence normale N = 5 647	7.8 %	14.6 %	18.6 %	33.3 %	25.7 %	100
Surpoids N = 2 860	9.8 %	15.6 %	20.1 %	31.4 %	23.2 %	100
Obésité N = 1 112	15.0 %	17.5 %	19.8 %	28.3 %	19.5 %	100
Ensemble N = 10 181	9.2 %	15.2 %	19.3 %	32.0 %	24.4 %	100

Lecture : 9,8% des personnes en surpoids qui ont pratiqué une activité physique au cours des 12 derniers mois déclarent le faire moins d'une fois par mois.
Champ : Toutes les personnes de 15 ans et plus ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (9 132 individus).
Source : ENPPS 2020.
[1] Test de χ^2 d'indépendance des variables.

En plus d'être moins nombreuses à pratiquer, les personnes obèses qui le font sont plus nombreuses à le faire rarement (15,0% pratiquent moins d'une fois par mois contre 7,8% des personnes normopondérées) et moins nombreuses à le faire très fréquemment (19,5% déclarent pratiquer plus de 3 fois par semaine contre 25,7% des personnes normopondérées). Les personnes obèses sont également davantage que les autres mono-pratiquantes (21,7% contre 9,2% des personnes normopondérées), c'est-à-dire qu'elles sont plus nombreuses à déclarer un seul type d'AP au cours des 12 derniers mois. Il est malgré tout intéressant de constater que les personnes obèses pratiquantes sont 67,6% à le faire au moins une fois par semaine (contre 77,6% des personnes normopondérées). Non seulement les personnes obèses sont en grande majorité des pratiquant·es d'AP, mais aussi bien souvent des pratiquant·es régulier·ères (cf. Encadré n°2).

Ainsi, la pratique des personnes obèses, en plus d'être moins courante que dans les autres classes d'IMC, est également spécifique dans ses modalités. La classe d'IMC semble une variable explicative pertinente pour comprendre une partie de l'engagement des individus dans des AP. En effet, les régressions logistiques[320] complémentaires (cf. Annexe n°17), appliquées au statut de la pratique, au nombre de pratiques et à la fréquence de celles-ci, révèlent que la

[320] Les variables dont l'effet est neutralisé sont la profession, le niveau de diplôme, le sexe, l'âge, la configuration familiale, le lieu de résidence et le niveau de vie.

classe d'IMC possède un effet propre et pourrait donc être conçue comme une variable explicative à part entière.

Encadré n°2 : Le stigmate intériorisé.

La croyance selon laquelle les personnes obèses ne pratiquent pas, ou très peu, est largement diffusée au point de se retrouver dans les discours des principaux·les concerné·es

> « *J'ai connu des personnes qui faisaient de l'athlétisme, vous savez, le marteau, les trucs comme ça, qui étaient très massifs. Ils arrêtaient le sport et ils devenaient… On avait des entraineurs parfois, on se demandait si eux, ils étaient vraiment sportifs dans leur vie.* »
>
> Jovana, 56 ans, Manipulatrice en radiologie, Licence [Service nutrition].

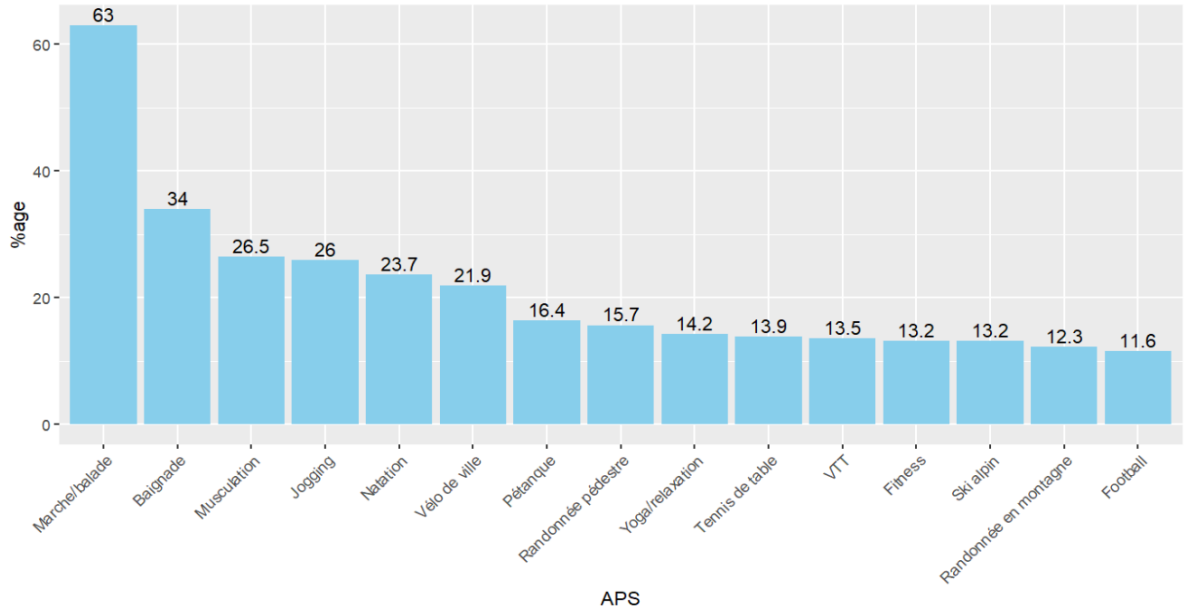
Même les enquêté·es comme Jovana (qui a fait du sport de compétition en athlétisme étant jeune) reproduisent un présupposé de sens commun sur l'absence de pratique des personnes obèses, par ailleurs contredit par les données de l'enquête ENPPS.

La différence entre des pratiquant·es omnivores (multipratiquant·es) et univores (mono-pratiquant·es) a déjà été explorée dans la littérature (Lefèvre et Ohl 2007), en mobilisant un cadre d'analyse plus large des pratiques culturelles (Coulangeon 2010). Selon ces auteurs, la pratique de différentes activités constitue une forme de distinction sociale des classes supérieures. Dans le cas qui nous intéresse ici, l'une des spécificités de la pratique d'AP des personnes obèses réside en partie dans le fait d'être davantage que pour les autres une pratique unique et occasionnelle, qui ne s'explique pas uniquement par d'autres variables classiquement explicatives de l'IMC et de la pratique d'AP, comme le niveau de diplôme ou la classe sociale. La suite du chapitre vise à comprendre plus précisément cette spécificité liée à l'obésité, et ce qu'elle peut révéler d'un rapport au corps, au sport et à la santé des individus porteurs d'un stigmate pathologisé (Carof 2019), selon leur appartenance de classe et de genre.

B. Une structuration historique des AP défavorable aux fortes corpulences

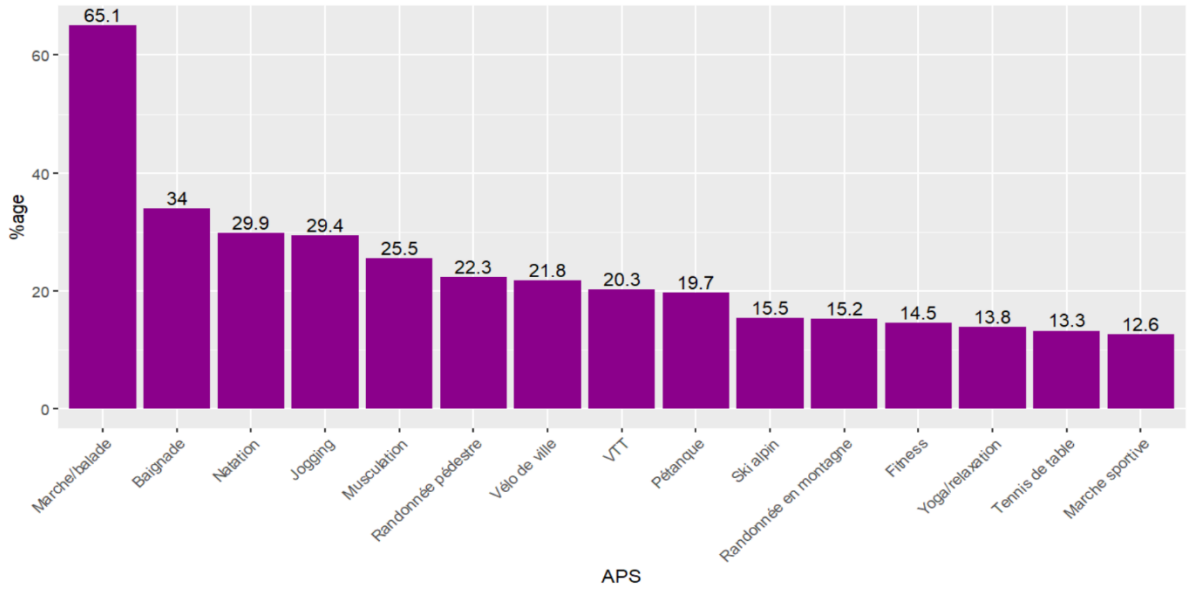
Les différences de pratique d'AP ne se limitent pas aux nombres et fréquences de pratiques, mais se déploient jusque dans les types d'activités déclarés. Porter l'attention sur les activités pratiquées permet de fournir des explications quant aux formes différenciées de pratique d'AP étudiées plus haut. Penchons-nous tout d'abord sur les 15 activités les plus pratiquées en fonction des classes de corpulence (Figures n°4, 5, 6 et 7) :

Figure n°4 *: 15 activités les plus pratiquées par les personnes « maigres ».*



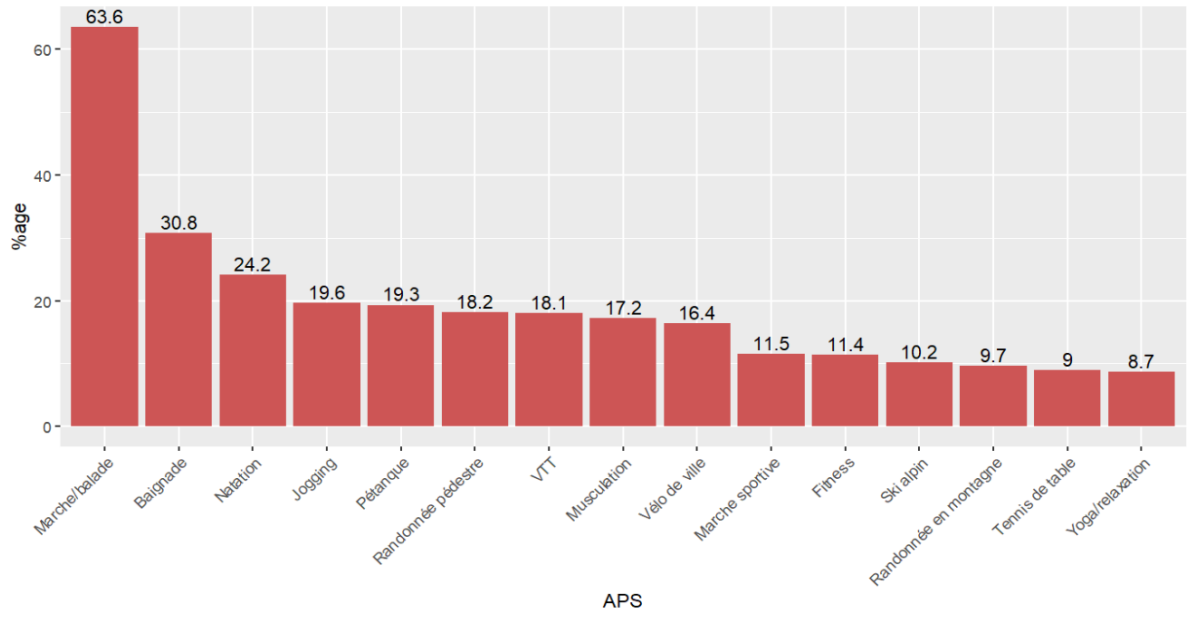
Lecture : 26% des personnes « maigres » qui ont pratiqué une AP au cours des 12 derniers mois déclarent avoir pratiqué du jogging.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC inférieur à 18, de 15 ans et plus, ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (510 individus).
Source : ENPPS 2020.

Figure n°5 *: 15 activités les plus pratiquées chez les individus « normopondérés ».*



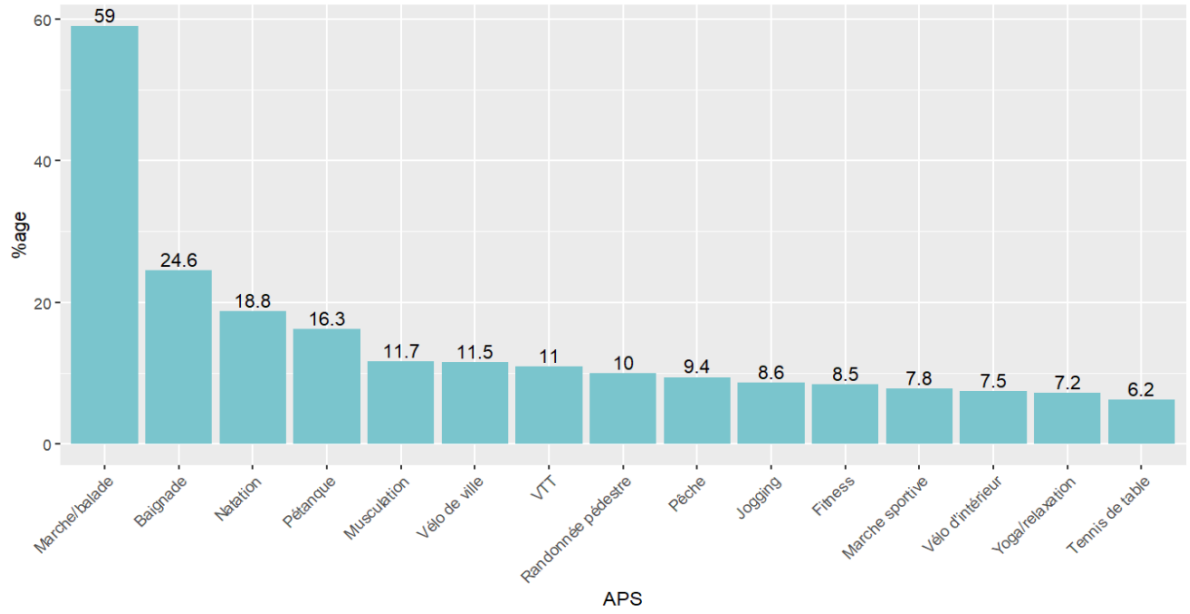
Lecture : 29,4% des personnes « normopondérées » qui ont pratiqué une AP au cours des 12 derniers mois déclarent avoir pratiqué du jogging.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC entre 18 et 25, de 15 ans et plus, ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (5 235 individus).
Source : ENPPS 2020.

Figure n°6 *: 15 activités les plus pratiquées chez les personnes en « surpoids ».*



Lecture : 19,6% des personnes en « surpoids » qui ont pratiqué une AP au cours des 12 derniers mois déclarent avoir pratiqué du jogging.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC compris entre 25 et 30, de 15 ans et plus, ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (2 511 individus).
Source : ENPPS 2020.

Figure n°7 *: 15 activités les plus pratiquées chez les personnes « obèses ».*



Lecture : 8,6% des personnes « obèses » qui ont pratiqué une AP au cours des 12 derniers mois déclarent avoir pratiqué du jogging.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC supérieur à 30, de 15 ans et plus, ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (871 individus).
Source : ENPPS 2020.

On observe tout d'abord des pourcentages globaux de pratique plus élevés chez les individus normopondérés que chez les personnes obèses, ce qui est cohérent avec le fait qu'ils pratiquent plus fréquemment un nombre plus élevé d'AP différentes. Mais on observe également un changement de nature des activités les plus pratiquées : le ski alpin et le vélo de ville disparaissent du classement concernant les personnes obèses, alors que ces activités sont présentes dans les autres classes de corpulence. De la même manière, le jogging passe de la 4ème à la 10ème place entre les personnes normopondérées et les personnes obèses, et la randonnée pédestre de la 6ème à la 8ème position. À l'inverse, la pêche et le vélo d'intérieur n'apparaissent que dans le classement des 15 activités les plus pratiquées par les personnes obèses.

Plusieurs types d'explications sont possibles pour rendre compte de ces différences concernant les activités les plus pratiquées. Tout d'abord, la corpulence étant liée à un gradient social (Poulain 2009a), ce qui est observé ne serait pas un effet de la corpulence mais de la position sociale. La corpulence jouerait alors comme un *proxy* de celle-ci. Ce type d'explication est assez convaincant pour rendre compte de la disparition du ski et de l'apparition de la pêche, deux pratiques respectivement classées en haut et en bas de l'espace social. Il est toutefois difficile de comprendre, dans ce cadre, la chute du classement du jogging et du vélo de ville, et l'apparition du vélo d'intérieur, qui sont trois pratiques peu classées socialement. Le deuxième type d'explication tient compte du fait que la corpulence n'est pas qu'un *proxy* de la position sociale, mais qu'elle possède un effet propre lié au stigmate, à la pathologie et à la forme du corps, à la fois dans un engagement à un instant T et dans les socialisations antérieures. C'est ce deuxième type d'explication que nous allons chercher à approfondir, grâce à d'autres indicateurs liés aux lieux et modalités de pratique (cf. Table n°4).

Table n°4 : Parmi les pratiquant·es, lieux de pratiques déclarés en fonction de la classe d'IMC.

	Maigreur N = 510	**Corpulence normale N = 5 235**	**Surpoids N = 2 511**	**Obésité N = 871**	Total	**p-value**[1]
Pratiquer dans une installation sportive						<0.001
Oui	62.3%	62.4%	52.3%	42.7%	57.6%	
Non	37.7%	37.6%	47.7%	57.3%	42.4%	
Pratiquer en milieu naturel						<0.001
Oui	84.1%	84.4%	82.6%	72.4%	82.6%	
Non	15.9%	15.6%	17.4%	27.6%	17.4%	
Pratiquer dans un espace urbain						<0.001
Oui	62.0%	57.4%	51.4%	46.1%	54.8%	
Non	38.0%	42.6%	48.6%	53.9%	45.2%	
Pratiquer dans un domicile						<0.001
Oui	64.2%	57.1%	50.7%	51.6%	55.1%	
Non	35.8%	42.9%	49.3%	48.4%	44.9%	

Pratiquer sur le lieu de travail						<0.001
Oui	22.3%	18.1%	13.5%	13.2%	16.5%	
Non	77.7%	81.9%	86.5%	86.8%	83.5%	
Pratiquer dans un autre lieu						0.13
Oui	11.5%	11.6%	12.1%	15.1%	12.1%	
Non	88.5%	88.4%	87.9%	84.9%	87.9%	

[1] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 72,4% des personnes obèses qui ont pratiqué une activité physique au cours des 12 derniers mois déclarent l'avoir fait en milieu naturel, contre 84,4% des personnes normopondérées.
Champ : Toutes les personnes de 15 ans et plus ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (9 132 individus).
Source : ENPPS 2020.

On observe plus de 20 points d'écart entre les individus obèses et les personnes normopondérées quant au fait d'avoir pratiqué une AP dans une installation sportive au cours de l'année (42,7% contre 62,4%), et 11 points d'écart quant au fait de pratiquer à l'extérieur dans un espace urbain (46,1% contre 57,4%)[321]. La pratique d'AP des personnes obèses pourrait être plus solitaire, ou moins exposée aux regards extérieurs.

Lorsque l'on analyse par des régressions les raisons de la non-pratique (cf. Annexe n°18), on observe que la difficulté à être accepté par les autres et la peur du regard des autres sont plus de deux fois plus fréquemment invoquées par les personnes obèses que par les personnes normopondérées[322]. L'(auto-)exclusion des espaces de pratique collectifs et exposés au regard n'est-elle pas liée au stigmate de la grosseur, d'autant plus fort lorsqu'il s'agit de pratiquer une activité où le corps est au centre et en mouvement ?

La question de l'image de soi (esthétique) dans la pratique d'une AP se double d'une contrainte liée au mouvement lui-même. En effet, la grosseur n'est pas qu'une pathologie et un stigmate, c'est également une masse et des formes corporelles qui peuvent, dans de nombreuses situations, entraver les mouvements et empêcher une forme de performance dans l'activité physique, ce qui réduit un intérêt qu'on pourrait y trouver et peut générer une forme de gêne, sinon de honte liée à une incapacité.

[321] Les tests d'indépendance du χ^2 permettent de conclure à une association entre ces deux variables et la classe d'IMC (p-valeur < 0,001).
[322] La régression logistique indique des rapports de cote de respectivement 2,17 et 2,57 par référence aux personnes normopondérées (p-valeur issue du test de χ^2 inférieure à 0,001 dans les deux cas quant à l'indépendance entre ces deux variables et la classe d'IMC).

Table n°5 : Parmi les pratiquant·es, modalités de pratiques déclarées en fonction de la classe d'IMC.

	Maigreur N = 510	Corpulence normale N = 5 235	Surpoids N = 2 511	Obésité N = 871	Total	p-value[1]
Membre d'une association ou d'un club public						<0.001
Oui	35.2%	32.0%	24.7%	20.0%	28.8%	
Non	64.8%	68.0%	75.3%	80.0%	71.2%	
Membre d'une structure privée						<0.001
Oui	14.9%	16.3%	13.3%	11.0%	14.8%	
Non	85.1%	83.7%	86.7%	89.0%	85.2%	
Pratique encadrée						<0.001
Oui	26.6%	20.5%	14.0%	11.5%	17.8%	
Non	73.4%	79.5%	86.0%	88.5%	82.2%	
Posséder une licence						<0.001
Oui	23.0%	22.1%	18.7%	11.0%	20.0%	
Non	77.0%	77.9%	81.3%	89.0%	80.0%	
Pratiquer dans un cadre compétitif						<0.001
Oui	14.3%	14.0%	9.5%	4.0%	11.7%	
Non	85.7%	86.0%	90.5%	96.0%	88.3%	
Participer à des rassemblements non-compétitifs						<0.001
Oui	10.7%	14.6%	12.2%	6.5%	12.9%	
Non	89.3%	85.4%	87.8%	93.5%	87.1%	

[1] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 20,0% des personnes obèses qui ont pratiqué une activité physique au cours des 12 derniers mois sont membres d'une association sportive, contre 32,0% des personnes normopondérées.

Champ : Toutes les personnes de 15 ans et plus ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (9 132 individus).

Source : ENPPS 2020.

On observe dix points d'écarts au sujet de la pratique en compétition entre les personnes normopondérées et les personnes obèses : 14,0% des premières déclarent au moins une pratique compétitive dans les 12 derniers mois contre 4,0% des secondes (cf. Table n°5). Ce résultat indique le faible investissement des personnes obèses dans une pratique physique et sportive liée à la performance. On peut illustrer ce résultat par le récit que fait Vanessa de sa pratique de la natation lorsqu'elle était plus jeune :

> « *J'ai toujours aimé nager, j'aime être dans l'eau.*
>
> *Et là, du coup, tu y allais parce qu'il y avait un groupe ou pour être dans l'eau et c'est l'activité en elle-même qui te plaisait ?*

[Réfléchit] *J'y allais pour être dans l'eau, parce que j'étais avec un groupe, ils étaient tous plus vieux, donc moi, j'avais 14-15 ans et eux avaient déjà 18-19 ans, ils me traçaient dans la ligne. Parce que c'était, je ne voulais pas faire de compétition, je ne voulais vraiment* [insiste] *pas faire de compétition, c'était le seul groupe qui était sans compétition. Et euh… bon, j'étais un peu introvertie, donc voilà, j'étais pas super à l'aise. C'était certainement plus pour nager et le plaisir d'être dans l'eau que pour les gens.*

Ouais, et t'as jamais voulu faire de compétition, même en danse, des galas, ce genre de chose ?

Non, non, non, parce qu'encore une fois, ça, vraiment c'était ancré, je suis pas performante en sport, c'est… Pourquoi faire une compétition quand je sais que je vais perdre ? Quel intérêt ? Voilà. »

Vanessa, 30 ans, infirmière en reconversion, Licence [Association APA].

On peut ici faire intervenir une analyse des principes, règles et modes de fonctionnement des AP pour comprendre leur structuration différenciée selon les corpulences. Lorsque l'on observe la pratique de haut-niveau, et bien qu'elle ne soit pas un aboutissement, ni que toutes les activités aient une dimension de haut-niveau, on observe que la quasi-totalité des pratiques favorise (après un processus poussé de sélection) des individus de corpulence normale, ou qui s'en rapprochent.

Plus généralement, la plupart des sports, par leurs règlements, favorisent certains types de corps (les corps grands au volleyball et au basket-ball, les plus petits à la gymnastique artistique et à l'équitation, les plus corpulents au sumo, dans certains sports de combat et lancers athlétiques). Cette « sélection » des corps par la pratique est liée aux déterminants de la performance, qui s'expliquent biomécaniquement. Or, les règlements et les déterminants de la performance n'ont rien d'une évidence naturelle, mais sont le produit d'une histoire et d'un ensemble de choix. De nombreux travaux (Defrance 1987 ; Faure et Suaud 2015) montrent en quoi les règles sportives sont construites à partir d'un ensemble varié de justifications (liées au spectacle, à l'équité, à la préservation de la santé des sportifs, etc.).

Si, dans le cas de la corpulence, on peut arguer que c'est la pratique intensive de haut-niveau elle-même qui rend mince, des contre-exemples viennent fragiliser cet argument : les épreuves de lancer athlétique comme les sports à catégorie de poids (judo, haltérophilie…) autorisent, voire avantagent, des personnes qui apparaissent comme grosses, même (et peut-être surtout) à haut-niveau. Dans ces activités, ce sont les règlements et logiques internes des activités, issus d'un processus historique de construction et de valorisation de certains aspects de la pratique, qui font du poids un facteur de performance (augmentant une inertie des mouvements et la possibilité de produire de la force) et permettent aux personnes grosses d'être performantes.

Or, ces activités représentent une faible part des activités possibles (comme en témoigne leur faible part dans l'éventail des pratiques disponibles en réponse au questionnaire distribué dans l'enquête ENPPS) et sont, sauf exception, peu médiatisées et peu rémunératrices. Cet état de fait n'a rien d'évident ni de naturel, et il suffit de penser à la pratique du sumo au Japon pour se rendre compte que c'est davantage le produit d'un processus de valorisation différencié des activités physiques. Nous appliquons ici le même type de raisonnement constructiviste que l'on

peut retrouver dans l'analyse du niveau d'accessibilité des espaces publics aux personnes grosses (Oliver et Barnes 2012 ; Sobal et Maurer 1999b) ou porteuses d'un handicap. Ces travaux déplacent la focale des individus vers les environnements, en les analysant comme structurellement inadaptés, construits par et pour des corps valides normopondérés.

La sociologie du handicap peut ici être convoquée, en particulier le courant des *disability studies* qu'on retrouve outre-Atlantique. Dans ce courant, le regard porte moins sur les caractéristiques des individus, et leurs incapacités, que sur l'environnement (Ville, Fillion, et Ravaud 2020b). Le handicap y est alors défini comme l'ensemble des barrières imposées par les environnements sociaux à certains individus, ce qui dénaturalise et désindividualise le handicap, en mettant l'accent sur les situations[323]. Ce ne sont plus les individus qui sont vus comme porteurs d'incapacités par leurs déficiences, mais l'environnement social qui se trouve incapacitant, au point de modifier en profondeur l'expérience vécue du handicap (Swain et al. 2014). On peut alors importer ce regard analytique dans le cas de la corpulence et de la pratique d'AP[324]. Il semble pertinent de considérer les AP non comme de simples contextes mais comme des environnements, produits historiquement et plus ou moins capacitants selon les individus (Banens 2014).

Le caractère capacitant des AP se joue sur deux niveaux, qu'on retrouve aussi dans le cas du VIH (Ferez et Thomas 2012) : les capacités des individus requises dans les situations et la visibilité potentielle des déficiences. Ainsi, en France, en plus de constituer des situations rendant particulièrement visible le stigmate, la grande majorité des activités physiques sont, par leur système de règles, excluantes vis-à-vis des personnes grosses, ou en tous cas excluent les personnes grosses d'un accès à la performance. La plupart des AP, en plus d'être un espace de discrimination, ne sont pas « faites » (au sens de fabriquées historiquement) pour que les personnes grosses puissent y être performantes. On retrouve cette double contrainte (du stigmate visible et de l'environnement inadapté) dans les récits de pratique des enquêté·es :

> « *Mais finalement, je me suis rendu compte que je ne pouvais pas y retourner* [à la salle de sport, pour des cours de fitness] *parce que j'ai pris trop de poids et que, du coup, je peux pas faire du sport. En tout cas, je ne peux pas faire le sport que j'aimerais faire là-bas aujourd'hui avec le poids que j'ai. Et donc, du coup, j'ai résilié. Et je me suis inscrit à de l'aquabike. Où là, je pense que c'est peut-être plus adapté pour quelqu'un qui a du surpoids.* »
>
> Christopher, 39 ans, cadre de santé, Maitrise [Service nutrition].

> « *Je me souviens que c'était difficile* [les cours d'EPS]*, parce que d'un point de vue purement des performances physiques à avoir, j'arrivais pas à atteindre les objectifs qui étaient demandés. Donc j'avais des mauvaises notes à cause de ça.* […] *Des souvenirs de moqueries aussi, mais j'ai eu la chance au collège d'être dans une classe,*

[323] Pour une précision historique des débats politiques sur les différentes conceptualisations du handicap, voir Winance, Ville, et Ravaud (2007).

[324] Pourrait-on alors considérer l'obésité comme un handicap ? Si certains courants le revendiquent (Aphramor 2009), l'obésité est plus souvent considérée 1) comme le résultat de déviances individuelles et 2) un état potentiellement transitoire. Pourtant, les personnes obèses elles-mêmes peuvent interpréter leur expérience comme un handicap, et dans le cas d'une perte de poids, d'un « déshandicap » (Troisoeufs 2020).

j'étais dans une classe bilingue et, du coup, on a été en fait l'entièreté de notre scolarité ensemble, et donc, du coup, en fait les premières moqueries qu'il y a pu y avoir en sixième ont vite finit par disparaitre parce qu'on était un groupe classe qui était très soudé, puisqu'on était constamment ensemble. Mais je me souviens qu'en élémentaire, j'ai très souvent fait semblant de me blesser à la cour de récréation pour éviter de faire sport, j'avais une cheville, toujours la cheville qui était blessée étrangement [ton ironique]*, et je boitais jusqu'à l'infirmerie, c'est vraiment des souvenirs que j'ai d'essayer… Surtout quand on avait gymnastique, c'était ma hantise, parce que je savais que j'étais nulle en gymnastique, contrairement aux sports d'équipe et des choses comme ça.* »

Audrey, 30 ans, professeure des écoles, Master [Service nutrition].

On remarque bien dans les deux cas l'importance accordée par les enquêté·es au fait de pouvoir pratiquer « normalement » des AP, c'est-à-dire sans sous-performer, vis-à-vis de soi et des autres. Cela les conduit à éviter les situations sportives dans lesquelles ils et elles peuvent se sentir (ou apparaitre aux yeux des autres) en difficulté. Lorsque l'on regarde les activités dans lesquelles les personnes obèses sont surreprésentées, on remarque ainsi que ce sont des activités dans lesquelles le poids n'a pas d'incidence sur la performance, voire où un poids important peut constituer un avantage (cf. Table n°6).

Table n°6 : Parmi les pratiquant·es, part d'individus pratiquant certaines activités selon la classe de corpulence.

	Maigreur N = 510	Corpulence normale N = 5 235	Surpoids N = 2 511	Obésité N = 871	p-value[2]
Aikido[1]	0.2%	0.4%	0.2%	0.4%	0.3
Cerf-volant[1]	1.0%	1.8%	1.3%	1.5%	0.2
Chasse[1]	0.4%	1.3%	3.2%	2.9%	<0.001
Course automobile[1]	0.2%	0.4%	0.4%	0.5%	0.7
Aquagym[1]	2.2%	3.9%	3.0%	4.5%	0.054
Tir Sportif[1]	0.2%	0.6%	0.7%	1.1%	0.14
Judo[1]	0.4%	1.1%	1.0%	1.2%	0.6
Pêche[1]	4.1%	7.5%	8.2%	10.2%	0.002
Vélo d'intérieur	3.2%	5.3%	5.6%	8.0%	0.005

[1] Ces activités ont été choisies parce qu'elles impliquent un pourcentage d'individus obèses plus important que le pourcentage d'individus d'autres corpulences.
[2] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction
Lecture : 8,0% des personnes obèses qui ont pratiqué une activité physique au cours des 12 derniers mois ont pratiqué du vélo d'intérieur, contre 5,3% des personnes normopondérées.
Champ : Toutes les personnes de 15 ans et plus ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (9 132 individus).
Source : ENPPS 2020.

Parmi ces activités, trois présentent des pratiquant·es statistiquement inégalement réparti·es selon leur corpulence : la chasse, la pêche et le vélo d'intérieur. Les régressions logistiques (cf. Annexe n°19) indiquent par ailleurs qu'en contrôlant les variables socio-démographiques classiques, le rugby (*) et le vélo d'intérieur (**) sont plus pratiqués par les personnes en surpoids et obèses. Les personnes grosses semblent donc investir davantage que les autres, sans

que ce soit toujours significatif, les pratiques où un poids important ne constitue pas un désavantage. Dans le cas du vélo d'intérieur, on peut aussi supposer un effet de socialisation à la prise en charge d'une pathologie chronique (l'obésité), dans la mesure où cette activité est thématisée comme une AP idéale pour prendre en charge l'obésité.

Si l'on se penche maintenant plus spécifiquement sur les activités où un poids important peut constituer un avantage[325], on remarque que ces activités sont très situées socialement (cf. Table n°7) :

[325] Nous incluons dans ces activités les sports de combat, le rugby et les lancers athlétiques (approchés par la catégorie « Athlétisme »).

Table n°7 : Répartition sociale des pratiquant·es d'AP valorisant un poids important.

	Aikido	Athlétisme	Boxe	Boxe thaï	Judo	Karate	Lutte	MMA	Rugby	Pratiquant	Non-pratiquant	Population totale
Sexe	*	***	***	***	***	***	ns	*	***	***		
Femme	35.6%	35.0%	31.5%	19.7%	25.3%	30.8%	29.5%	16.0%	19.5%	50.8%	63.0%	52.3%
Homme	64.4%	65.0%	68.5%	80.3%	74.7%	69.2%	70.5%	84.0%	80.5%	49.2%	37.0%	47.7%
Diplôme	*	***	ns	ns	*	ns	ns	ns	**	***		
< CAP	19.4%	44.6%	27.5%	22.2%	36.7%	25.7%	25.0%	28.9%	42.2%	27.0%	51.5%	30.0%
CAP/BEP	9.8%	8.6%	17.9%	22.3%	12.2%	20.3%	15.9%	26.3%	10.4%	22.1%	28.7%	22.9%
Bac	24.2%	15.2%	22.2%	21.2%	26.4%	17.4%	24.5%	5.4%	15.1%	19.4%	9.8%	18.2%
Bac +2/+3	29.7%	19.0%	18.7%	26.8%	14.1%	22.0%	25.3%	27.8%	22.0%	20.8%	7.8%	19.2%
> Bac+3	16.9%	12.7%	13.7%	7.5%	10.6%	14.5%	9.2%	11.7%	10.3%	10.7%	2.2%	9.7%
Classe d'âge	**	***	***	***	***	***	***	ns	***	***		
15-24	32.7%	54.5%	38.6%	40.8%	39.6%	30.7%	45.5%	30.3%	47.5%	15.7%	5.1%	14.4%
25-34	16.5%	16.6%	27.2%	33.8%	15.7%	19.9%	38.8%	38.5%	13.5%	14.5%	7.1%	13.6%
35-44	17.3%	12.4%	21.4%	18.8%	16.6%	14.6%	9.1%	16.0%	20.6%	16.7%	8.7%	15.7%
45-54	18.7%	8.0%	6.2%	5.1%	14.9%	18.2%	0.0%	12.3%	5.5%	17.1%	10.0%	16.2%
55-64	10.5%	5.7%	5.2%	1.5%	7.5%	12.8%	0.0%	2.9%	3.3%	15.4%	13.0%	15.3%
65-74	4.3%	1.8%	0.7%	0.0%	3.2%	1.9%	0.0%	0.0%	3.2%	12.6%	18.0%	13.3%
> 74	0.0%	1.0%	0.6%	0.0%	2.5%	1.9%	6.6%	0.0%	6.4%	8.1%	38.1%	11.5%
Classes sociales	***	**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	***		
Classes populaires	24.5%	43.9%	51.7%	48.5%	52.6%	51.1%	57.7%	65.6%	47.7%	49.9%	67.6%	52.1%
Classes moyennes	31.6%	26.5%	25.5%	30.5%	25.9%	29.7%	13.8%	18.3%	27.9%	28.5%	20.5%	27.4%
Classes supérieures	37.5%	27.8%	21.0%	18.2%	19.4%	14.0%	28.5%	13.2%	23.7%	19.2%	6.6%	17.6%
Autres	6.4%	1.9%	1.8%	2.8%	2.1%	5.2%	0.0%	2.9%	0.6%	2.5%	5.4%	2.8%
Classe d'IMC	*ns*	***	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	***		
Maigreur	2.2%	7.4%	3.6%	6.4%	1.8%	6.2%	0.3%	0.0%	2.7%	4.8%	4.9%	4.8%
Corpulence normale	66.6%	74.0%	60.5%	69.8%	57.3%	56.1%	78.4%	72.7%	57.4%	56.8%	38.2%	54.6%
Surpoids	17.5%	14.6%	25.7%	19.5%	27.5%	28.1%	21.4%	19.9%	29.0%	28.5%	34.0%	29.2%
Obésité	13.6%	4.1%	10.2%	4.3%	13.4%	9.5%	0.0%	7.3%	10.8%	9.9%	22.9%	11.5%

Champ : Pour chaque AP, toutes les personnes de 15 ans et plus ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois. Pour Pratiquant d'AP, toutes les personnes ayant déclaré avoir pratiqué au moins une AP au cours des 12 derniers mois, hors échecs et pratiques uniquement utilitaires. Toutes les variables sont pondérées (se rapporter au descriptif des données ENPPS 2020 pour davantage de détail).

Lecture : 74,7% des pratiquant.es de judo sont des hommes.

*Les * représentent le taux de significativité du test X^2 d'indépendance entre une variable explicative (ex. le sexe) et une variable à expliquer (ex. pratiquer du judo).*

** : p-valeur <0,05 ; ** : p-valeur<0,01 ; *** : p-valeur<0,001 ; ns : non-significatif.*

Ces activités ont en commun d'être davantage investies en population générale par des hommes et des personnes jeunes. Peu d'entre elles semblent classées ou structurées par le diplôme. Les activités qui valorisent les personnes grosses sont des activités d'opposition dans lesquelles la force physique possède une grande importance et où, sauf pour les lancers, le contact avec un adversaire est direct. Ces caractéristiques en font des activités plus investies par des individus qui sont en capacité physiologique de produire beaucoup de force, c'est-à-dire les plus jeunes[326]. Mais ce sont aussi ces caractéristiques qui en font des activités symboliquement masculines[327], expliquant l'engagement prépondérant des hommes. De fait, ces activités n'attirent à elles qu'une fraction d'individus qui possède les dispositions ajustées à des contextes d'affrontement et/ou d'expression d'une force physique, activités régulièrement associées à la masculinité[328]. Non seulement les pratiques dans lesquelles les personnes grosses peuvent être performantes sont rares, mais elles sont en plus socialement situées du côté du masculin et de la jeunesse. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'activités vues comme féminines qui permettraient aux femmes grosses d'être performantes. Cela n'empêche pas un certain nombre de femmes grosses de s'engager dans ces activités « masculines », sous certaines conditions de socialisation sans doute analogues à celles identifiées par Mennesson (2005) dans le cas des footballeuses et des boxeuses ; ou par Court (2010) dans le cas de filles qui développent par une socialisation spécifique des dispositions sportives atypiques de leur classe de sexe.

Mais ces pratiques ne sont pas uniquement genrées et situées dans des hiérarchies d'âge, elles sont également positionnées par rapport aux logiques de la bonne sportivité médicale décrite dans les chapitres précédents. Tout semble opposer les pratiques qui valorisent les fortes corpulences d'un côté, et les pratiques recommandées aux personnes obèses par l'institution médicale de l'autre : l'opposition *vs* la pratique individuelle ; le combat *vs* la protection de l'intégrité physique ; l'incertitude *vs* le contrôle des mouvements ; la dépense physique maximale *vs* la retenue ; la prise de risque *vs* la sécurité[329]. Là où les logiques médicales tendent à préconiser des pratiques individuelles socialement situées du côté du féminin, des classes supérieures diplômées et des classes d'âge autour de 40 ans, les AP qui mettent les personnes grosses en situation favorable pour produire des performances se situent davantage du côté du masculin, des classes d'âge les plus jeunes, et plus bas dans la hiérarchie sociale.

---

[326] Nous savons par exemple que la force physique, objectivée par tout un ensemble de tests, décroit corrélativement avec l'avancée en âge (Keller et Engelhardt 2013).

[327] Il existe deux significations au couple d'opposition masculin/féminin dans le domaine des AP : une première associée à la répartition sociale des pratiquant·es des deux sexes dans les activités, une seconde associée à leur valence symbolique. Les deux facettes sont toutefois intimement liées, en ce qu'une pratique vue comme masculine aura d'autant plus de chances d'attirer des hommes aux socialisations masculines, et que des pratiques fortement investies par des hommes auront d'autant plus de chance d'être perçues comme masculines.

[328] Notamment du fait que la domination masculine se fonde sur l'exercice d'une violence d'abord physique (Connell 2000 ; Gilmore 1990).

[329] Les pratiques de force athlétique, similaires dans leur forme à la musculation, pourraient faire penser à un lien entre des pratiques qui permettent aux personnes grosses d'être performantes et des pratiques recommandées en médecine de l'obésité. Mais là encore, une différente importante subsiste : il s'agit dans un cas de battre des records de charge soulevée (les siens ou ceux des autres) en prenant des risques (et parfois des produits dopants), et dans l'autre de contrôler les mouvements effectués et d'adapter la charge, non pour la performance, mais pour un effet désiré sur la santé et l'autonomie.

Parmi les activités de la bonne sportivité médicale, celles qui sont les plus pratiquées par les personnes obèses sont l'aquagym et le vélo d'intérieur. Ce sont deux pratiques où le poids de l'individu est porté et où, sans être un avantage, un poids important n'a d'incidence ni sur la performance, ni sur les chocs potentiels subis par les articulations. Si l'on fait abstraction de ces deux pratiques, la construction historique des activités a créé les conditions d'une exclusion des personnes grosses de la majorité des AP, et notamment celles de la « bonne sportivité médicale ». Elles ne peuvent pas être performantes (ou très difficilement) dans la grande majorité des activités pourtant promues dans les services spécialisés de l'obésité, comme nous l'avons montré dans les chapitres 4 et 5 dans le cas d'un service nutrition.

Il existe donc un paradoxe, qui se transforme pour les personnes grosses en une double injonction contradictoire : le travail d'incitation, principalement sanitaire, pousse les personnes obèses à pratiquer, alors même que les conditions d'une pratique valorisante et sans discrimination ne sont pas réunies. Dans ce cadre, les AP peuvent apparaitre comme une contrainte qu'il faut se forcer à effectuer.

Cette lecture permet de remettre au centre de l'analyse la dimension corporelle de l'obésité, paradoxalement souvent oubliée. Penser les caractéristiques corporelles de l'obésité permet de s'interroger sur ce que les situations, ici relatives aux AP, engendrent comme obstacles à l'engagement ou facilitent celui-ci, en plus de la visibilité du stigmate déjà mentionnée. On peut s'inspirer en cela de certains travaux en sociologie de la santé (Darmon 2021 ; Timmermans et Haas 2008), qui appréhendent les effets de la maladie en tant que réalité biologique, pour appliquer ce type de raisonnement aux corpulences. Les corps ne sauraient être réduits à des symboles perçus, valorisés, interprétés et classés, ils sont aussi des réalités physiques plus ou moins adaptées aux contextes et environnements sociaux dans lesquels ils évoluent. En l'occurrence, la manière dont les AP sont structurées produit peu de contextes dans lesquels réaliser une performance est aisée pour les personnes obèses, où dans lesquels le corps gros peut être constitué en avantage plutôt qu'apparaitre comme un inconvénient.

Pourquoi se focaliser autant sur la performance ? Parce que c'est une des raisons, parmi d'autres, qui permettent de rendre compte de la sous-représentation des personnes obèses parmi les pratiquant·es d'une part, et parmi les pratiquant·es régulier·ères de multiples AP d'autre part. Les notions de performance et de comparaison (à un standard, à d'autres individus présents ou non) sont fortement associées au sport et aux AP (Schotté 2012, 2022). Ne pas parvenir à réaliser une activité de manière « normale »[330] peut alors facilement induire un désengagement de l'activité, d'autant plus si la pratique se déroule en présence et sous le regard d'autres pratiquant·es. C'est sans doute de cette manière qu'il faut comprendre une partie des résultats précédemment évoqués en ce qui concerne la sur-déclaration des personnes obèses quant au fait de ne pas pratiquer à cause du regard des autres. Le stigmate associé à la grosseur ne provient pas uniquement de l'image du corps, mais aussi des incapacités, qu'elles soient réelles ou supposées.

Dans ce cadre, on peut comprendre que les personnes grosses non-pratiquantes déclarent plus que les autres ne pas pratiquer parce qu'elles n'arrivent pas à s'y mettre (cf. Annexe n°18).

[330] C'est-à-dire aussi bien que ce qu'on pense être le minimum que la majorité des individus sont capables de faire.

N'expriment-elles pas ainsi leur difficulté à concilier un corps gros et des environnements faits pour les corpulences minces, source par ailleurs de culpabilisation ? Ce principe de performance et de comparaison fortement associé aux AP rend également très compliqué la pratique de celles et ceux dont les capacités physiques, au sens large, déclinent, notamment avec l'avancée en âge.

L'attention à l'inadaptation des AP aux fortes corpulences permet par ailleurs de mettre en valeur l'importance que peuvent avoir les lieux de pratiques adaptés, comme l'association d'APA enquêtée, où la performance n'est pas un enjeu central et où les discriminations sont minimisées :

> « *Donc j'ai toujours aimé ça, et là, le fait de faire de l'aquagym, avant je m'en sentais pas capable, du point de vue souffle. Parce que j'étais allée dans un aquagym normal, une fois j'avais fait l'expérience, mais j'étais pas restée parce que la personne elle s'en fichait de ce que j'avais. Je lui avais pourtant dit, mais elle me poussait, ça j'avais horreur de ça, quoi. Les gens qui n'entendent pas que quand t'as un problème, si tu ne fais pas l'exercice, c'est pas parce que t'es fainéante, c'est parce que tu peux pas le faire ! Quand tu sais pas ça… voilà, donc c'était pas du tout le cadre qu'il me fallait, il me fallait quelqu'un qui soit… Voilà, comme là* [l'enseignant en activité physique adaptée]*, il repère très bien quand on bosse, quand on bosse pas et il pousse pas. Il cherche à motiver, mais il cherche pas du tout à… il a pas de regard critique, il est très… y a beaucoup de bienveillance en fait.* »
>
> Francine, 66 ans, psychologue du travail à la retraite, Master [Association APA].

Francine évoque deux freins à la pratique chez les personnes obèses non pratiquantes également mis en lumière par l'enquête ENPPS. En effet, les régressions logistiques (cf. Annexe n°18) indiquent que les problèmes de santé et les mauvaises expériences antérieures sont davantage mentionnés par les personnes obèses que par les autres. Dans ce cadre, les associations APA telles que celle qui a été étudiée représentent une offre rare, et limitée pour l'instant aux grandes métropoles. Les AP proposées répondent à l'injonction de santé tout en limitant les discriminations et les possibles expériences négatives, même si elles sont assez éloignées de celles où les personnes grosses peuvent être avantagées. Il est d'ailleurs intéressant de noter que, dans l'enquête ENPPS, les personnes obèses ne mentionnent pas davantage que les autres l'inadaptation des lieux de pratique d'AP comme un frein, alors même qu'elles déclarent davantage des problèmes de santé qui pourraient nécessiter une adaptation. Il est possible que les personnes obèses n'aient pas conscience de l'existence de lieux et de pratiques adaptés, d'où le travail actif de l'institution hospitalière pour faire connaitre une offre d'APA, comme on l'a vu au chapitre 4.

Le fait que les AP soient très largement favorables aux personnes minces, valides et en bonne santé semble relever d'une naturalisation de processus historiques de constitution et valorisation de formes spécifiques de pratiques. Ces processus ont conduit à faire de la possibilité pour les personnes grosses de trouver des AP dans lesquelles elles ne sont pas d'emblée discréditées par de faibles performances un impensé.

II. La variation sociale d'une pratique contrainte

Après avoir dressé le panorama de la pratique sportive des personnes obèses, et tenter d'expliquer un investissement moindre et différent, il s'agit ici de rendre compte des logiques qui président à ce qu'un grand nombre d'individus, malgré les contraintes évoquées, s'engagent tout de même dans des AP. Qui, malgré les obstacles évoqués, adopte les comportements d'AP promus en médecine de l'obésité ? Quelles conditions sociales favorisent cet engagement ?

A. L'incitation médicale à la pratique

Nous explorerons ce que la pratique d'AP a de sanitairement orienté pour les individus, en testant l'hypothèse selon laquelle l'association faite entre la santé, les AP et la minceur[331] produit des effets très concrets sur les modes d'engagement des personnes obèses.

Nous avons pu montrer, notamment aux chapitres 4 et 5, qu'il existe un travail assez poussé d'incitation à la pratique d'une AP de la part du corps médical. L'activité physique y est présentée comme un devoir à faire pour sa santé, puisqu'associée à la prévention d'un ensemble de pathologies, dont les comorbidités couramment liées à l'obésité (diabète, cholestérol, pathologies cardiaques, etc.) :

> La patiente parle très peu, acquiesce. Le médecin insiste sur l'activité physique. La patiente dit qu'elle a un vélo elliptique chez elle, et qu'elle peut faire entre 1h30 et 2h de vélo. Le médecin lui dit que faire 3x20 minutes, c'est déjà bien : « *Il faut faire petit, au début, pour être sûre d'atteindre les objectifs* ».
>
> Observation de consultation médicale, Sylvie, 58 ans, classes populaires, septembre 2023.

Le travail d'incitation à la pratique passe par la construction d'une représentation de la pratique d'AP comme quelque chose de bon pour la santé et d'indispensable, même à petites doses. Les « *bienfaits* » de l'AP sont régulièrement mentionnés pour convaincre du bien-fondé d'une telle pratique, que ce soit sur la santé physique ou la santé mentale et le bien-être, tout en valorisant ce que font déjà les patient·es, et en associant l'arrêt de l'AP à une « *erreur* » à ne pas commettre. L'AP est bien souvent présentée comme un devoir qu'il convient de réaliser pour sa santé, quand bien même la notion de plaisir est fréquemment évoquée, surtout par l'enseignant en APA. La possibilité d'une activité physique récréative, de loisir, qui puisse être faite sans (auto) contrainte, et pour des profits qui ne soient pas uniquement sanitaires, est ainsi secondaire dans les consultations. Le plaisir est surtout pensé comme un moyen d'amener une pratique durable, dont la finalité reste la santé.

Les différentes actions d'incitation à pratiquer produisent des effets sur les patient·es, dont une partie, principalement des femmes de classes moyennes, nous y reviendrons, s'engage dans des activités physiques – qu'elles soient encadrées, dans des dispositifs présentés à l'hôpital, ou non. Je retrouve ainsi des patient·es du service nutrition dans l'association d'APA étudiée, où environ la moitié des adhérent·es viennent sur les conseils de médecins ou de professionnel·les de santé. On voit toute l'importance de replacer les engagements dans les AP dans des trajectoires associées à des parcours de soins, c'est-à-dire marquées par la fréquentation

[331] Association produite dans une logique de santé publique, que nous avons mise en avant au chapitre 1.

d'espaces médicaux qui sont construits, on l'a vu, pour produire une focalisation de leur action socialisatrice dans une même direction.

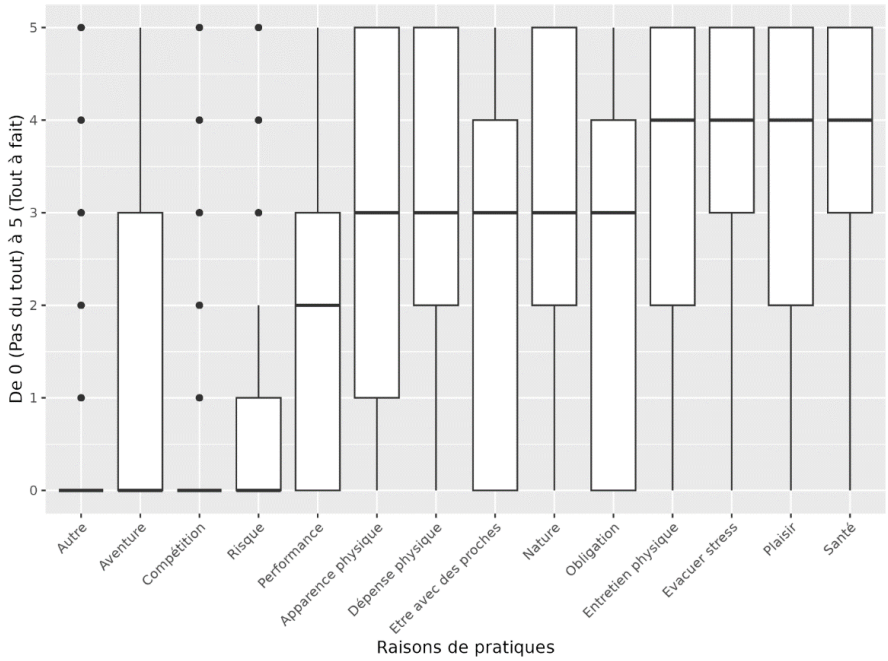
Si l'engagement dans une AP semble conditionné par le fait de fréquenter des espaces médicaux, on peut à juste titre rappeler certains résultats statistiques présentés au chapitre 3. En effet, toutes les personnes obèses ne consomment pas de la même manière des soins, dans lesquels on inclut la consultation de professionnel·les de santé. On a pu dégager une typologie de consommateurs de soin qui croise les pathologies et incapacités avec le recours plus ou moins prononcé à l'institution médicale. Plus les personnes obèses ont de pathologies et/ou d'incapacités, plus elles fréquentent l'institution médicale. Mais, plus elles sont diplômées, âgées, au niveau de vie aisé, et d'autant plus qu'elles sont des femmes, plus elles manifestent un rapport préventif à la santé, les amenant à consulter et pratiquer des examens sans pour autant avoir de pathologies ou d'incapacités. Au contraire, les membres des classes populaires, âgés et peu diplômés manifestent plus fréquemment un rapport à la santé qu'on peut dire curatif, et des consommations médicales davantage forcées. À la lumière de ces résultats, on peut supposer que les femmes du haut de l'espace social ont davantage de chance d'être confrontées à des dispositifs de soin qui les incitent à la pratique d'AP. Au contraire, les hommes du bas de l'espace social sont plus fréquemment de faibles consommateurs de soin, et auraient moins de chances d'être socialisés à la pratique de certaines AP jugées idéales pour la santé. On sait aussi, grâce aux chapitres 4 et 5, que des logiques de classe et de genre conditionnent l'efficacité des socialisations à l'AP pendant la prise en charge.

Nous allons tenter d'estimer à quel point les rapports à la santé et la structuration particulière des prises en charge peuvent avoir des effets sur les pratiques d'AP des personnes obèses, en regardant les différences de pratique d'AP et les logiques qui les sous-tendent.

B. Un rapport contraint à l'activité physique

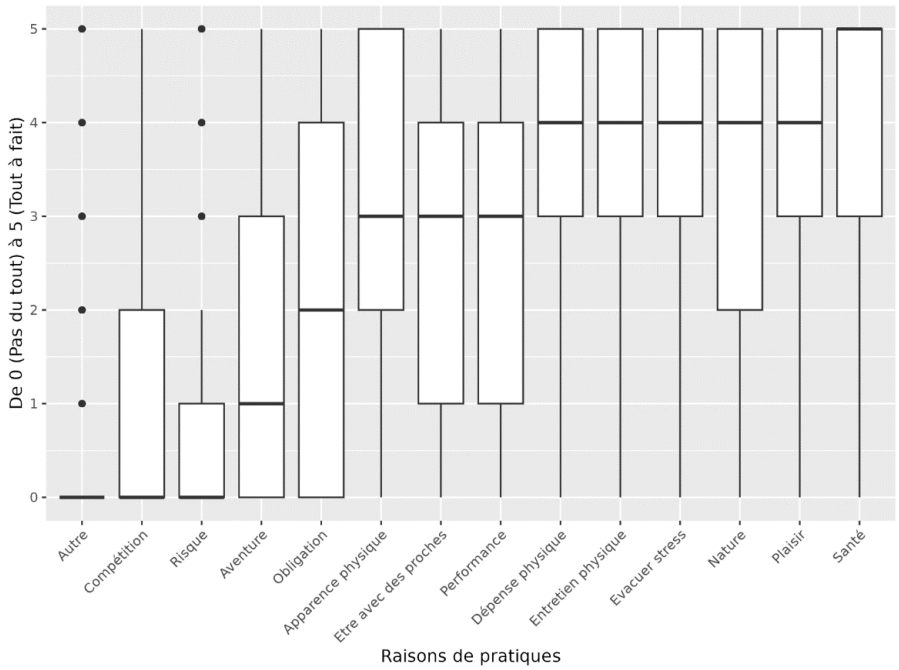
La pratique d'AP représente-t-elle un devoir de santé pour les personnes obèses ? Les raisons de pratiquer mises en avant par les répondant·es de l'enquête ENPPS révèlent la prégnance d'une vision de la pratique d'AP comme une contrainte à s'appliquer. L'enquête demandait ainsi aux personnes déclarant une pratique de classer de 0 (pas du tout) à 5 (tout à fait) 14 propositions de raisons de pratiquer. Les résultats chez les personnes obèses et les personnes normopondérées peuvent être résumés ainsi (Figures n°8, 9 et 10) :

Figure n°8 *: Raisons de pratiquer chez les personnes obèses.*



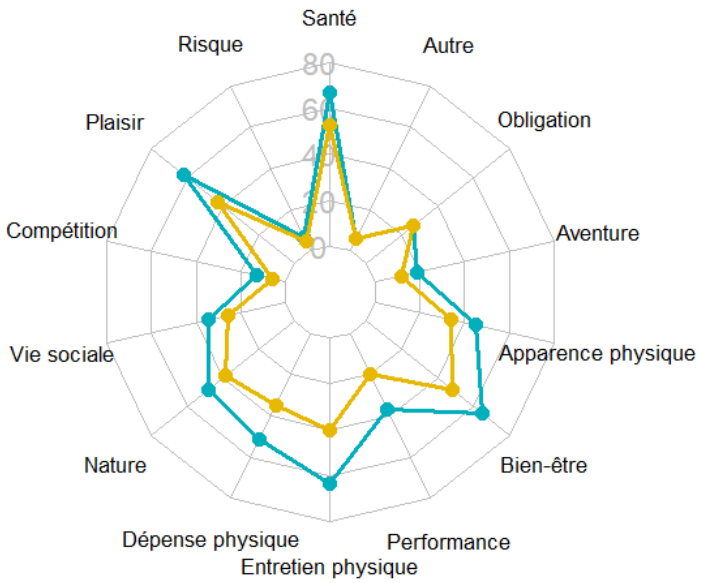
Lecture : 50% des personnes obèses ayant déclaré une pratique d'AP au cours des 12 derniers mois déclarent le faire « plutôt » (3), « vraiment » (4) ou « tout à fait » (5) par obligation.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC supérieur à 30, de 15 ans et plus, ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (871 individus).
Source : ENPPS 2020.

Figure n°9 *: Raisons de pratiquer chez les personnes normopondérées.*



Lecture : 50% des personnes normopondérées ayant déclaré une pratique d'AP au cours des 12 derniers mois déclarent le faire « plutôt pas » (2), « pas vraiment » (1) ou « pas du tout » (0) par obligation.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC compris entre 18 et 25, de 15 ans et plus, ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (5 235 individus).
Source : ENPPS 2020.

Figure n°10 *: Pour chaque motif de pratique, pourcentage d'individus le considérant comme important ou très important selon la corpulence (jaune : obésité ; bleu : normopondéré).*



Lecture : Parmi les pratiquant·es, les personnes normopondérées déclarent davantage le plaisir comme une raison importante ou très importante à leur pratique (≈60%) que les personnes obèses (≈40%).
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC supérieur à 30 ou compris entre 18 et 25, de 15 ans et plus, ayant répondu avoir pratiqué au moins une fois cette AP au cours des 12 derniers mois (6 106 individus).
Source : ENPPS 2020.

Cette représentation des résultats, si elle permet de saisir les différentes raisons de pratiquer les unes par rapport aux autres, donne également des indications sur une potentielle différence selon la classe d'IMC. Dans la figure n°10, si l'on compare la surface occupée par chaque classe de corpulence, on remarque que les personnes obèses semblent systématiquement moins nombreuses (en proportion) à déclarer comme important ou très important chaque motif. Tester l'indépendance de chaque raison à la variable de classe d'IMC est alors nécessaire pour tenter d'objectiver un effet de cette dernière.

Il semble ainsi que les personnes obèses pratiquent davantage que les personnes maigres et de corpulence normale par obligation (***) ; autant pour l'apparence, la santé et la nature ; et moins pour le plaisir (***), l'aventure (***), le risque (**), la performance (***)[332], la compétition (***), la gestion du stress (***), les sociabilités (**) ou la dépense (**) et l'entretien physique (***). Les scores liés aux différentes raisons sont donc, sauf pour l'obligation, l'apparence, la santé et la nature, statistiquement moins élevés pour les personnes obèses que pour les autres. On peut supposer que pour les personnes obèses, il y a moins de

[332] Ce qui semble assez logique par rapport aux analyses décrites *supra*, les personnes obèses seraient moins enclines à pratiquer pour la performance dans des activités qui réduisent la possibilité pour les fortes corpulences d'être effectivement performantes.

motifs très importants à la pratique, ce qui peut plaider soit pour une forme d'obligation, de devoir qu'on s'impose ou qu'on nous impose, soit pour un ensemble de « petites » raisons cumulées. Les personnes obèses trouveraient donc dans leur ensemble moins de profits à la pratique d'AP.

Si la contrainte n'est pas l'unique raison de l'AP des personnes obèses, elle est malgré tout très présente dans les discours des enquêté·es, que ce soit les patient·es de l'hôpital ou les adhérent·es de l'association d'activité physique adaptée. Toutes et tous semblent s'accorder pour dire qu'il « *faut* » faire une AP.

C. Une autocontrainte socialement située

Si la contrainte à pratiquer une AP semble ainsi bien présente chez les personnes obèses, comment se décline-t-elle selon la position sociale des individus ? Nous nous appuierons ici sur le concept de « bonne volonté sanitaire », développé entre autres par Arborio et Lechien (2019), pour déterminer des rapports spécifiques à la santé qui sont entretenus selon les positions sociales, et leurs effets sur la pratique d'AP.

En ce qui concerne le niveau de diplôme, on observe que mettre en avant la pratique d'une AP par obligation est davantage le fait d'individus obèses ayant peu voire pas de diplôme (**). Ce point indique peut-être une différence de perception de la contrainte selon le niveau de diplôme : les personnes faiblement diplômées seraient plus enclines à percevoir la pratique d'AP comme une obligation, là où les personnes plus diplômées manifesteraient une forme de bonne volonté sanitaire qui se traduirait dans une auto-contrainte plus ou moins plaisante et pas nécessairement perçue comme une obligation. C'est peut-être également la marque d'une intériorisation du discours médical qui met l'accent sur l'importance du plaisir dans la pratique, discours médical dont on a vu qu'il résonnait particulièrement aux oreilles des plus diplômé·es. On peut rappeler qu'au sein du service hospitalier enquêté, les patient·es issu·es des classes populaires viennent davantage après y avoir été fortement incité·es par un·e professionnel·le de santé, du fait d'une pathologie rendant la perte de poids urgente, là où les membres des classes moyennes et supérieures viennent davantage d'eux-mêmes, dans une perspective plus préventive que curative[333]. Dans ce cadre, les membres des classes populaires percevraient davantage la réalisation d'une AP comme un devoir qu'on leur impose, de la même manière qu'on leur « impose » en quelque sorte de consulter des services médicaux spécialisés.

[333] Cf. Chapitre 3. On peut aussi rappeler que les personnes faiblement diplômées ont moins tendance à fréquenter l'institution médicale.

Le niveau de diplôme a également un lien fort avec le fait de pratiquer ou non une activité physique chez les personnes obèses (cf. Table n°8) :

Table n°8 : Être un·e pratiquant·e ou non parmi les personnes obèses.

	OR[1]	**95% CI**[1]	**p-value**
Sexe			0.2
Femme	—	—	
Homme	1.34	0.87, 2.08	
Classe sociale			0.5
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	1.35	0.79, 2.31	
Classes supérieures	1.09	0.49, 2.45	
Niveau de diplôme			0.005
< CAP	—	—	
CAP/BEP	1.10	0.65, 1.86	
Bac	1.59	0.85, 2.97	
Bac +2/+3	1.55	0.70, 3.43	
> Bac+3	54.5	6.60, 450	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	0.34	0.07, 1.65	
35-44	0.81	0.16, 4.07	
45-54	0.59	0.13, 2.73	
55-64	0.40	0.09, 1.71	
65-74	0.31	0.08, 1.23	
> 74	0.09	0.02, 0.36	
Niveau de vie (auto-d.)			0.046
À l'aise	—	—	
Suffisant	1.06	0.49, 2.26	
Juste	0.72	0.33, 1.57	
Difficile	0.38	0.15, 0.95	
Critique	0.76	0.15, 3.74	
Situation familiale			0.021
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	0.53	0.27, 1.04	
En couple sans enfant	0.97	0.56, 1.68	
En couple avec enfant(s)	1.91	0.91, 4.03	
Résidence principale			0.2
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	1.53	0.86, 2.74	
Plus de 100 000 hab.	1.02	0.59, 1.78	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les personnes obèses au niveau de vie difficile ont 0,38 fois plus de chances d'être pratiquantes que les personnes qui se disent à l'aise financièrement.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC supérieur à 30, de 15 ans et plus (1 112 individus).
Source : ENPPS 2020.

Le fait d'être une personne obèse ayant au moins un bac+3 est, toutes choses égales par ailleurs, quasiment synonyme d'être un·e pratiquant·e d'AP[334]. Par contre, contrairement à ce qui peut être démontré en population générale (Lefèvre et Raffin 2023 ; Annexe n°17), il n'y a pas d'effet statistique de la variable sexe sur le fait d'être ou non un·e pratiquant·e : les femmes obèses pratiquent autant que leurs homologues masculins, alors qu'en population générale, elles sont moins nombreuses. Ces deux points permettent d'étayer l'hypothèse de la prépondérance d'une bonne volonté sanitaire chez les femmes obèses diplômées, les incitant plus que les autres à pratiquer une AP.

Ce point peut être exploré grâce aux régressions ordinales concernant chaque raison de pratiquer chez les personnes obèses (cf. Annexe n°20). Il s'avère que les femmes pratiquent davantage pour la santé (**), l'apparence (*) et moins pour le plaisir (*) que les hommes. Ainsi, les femmes obèses présenteraient une forme de bonne volonté sanitaire, mais aussi peut-être esthétique, qui s'exprimerait dans le fait de pratiquer une activité physique. On peut faire intervenir les rapports différenciés à la santé selon le sexe pour comprendre ces résultats. Du fait de leur position dans un rapport de domination, les femmes sont en charge du travail de santé dans la sphère domestique (Cousteaux 2011), qui implique d'anticiper les consultations, de prévenir un certain nombre de risques et de pathologies, de dialoguer avec les acteurs de l'institution médicale, etc. Or, dans le cas de l'obésité, nous avons pu voir que le travail de santé englobe un travail de soi par la mise en activité physique. Davantage investies dans les espaces médicaux, paramédicaux ou associatifs en lien avec l'obésité (Carof 2017 ; Gridaine 2022 ; Knobé 2024), les femmes seraient davantage sensibilisées à ce travail de santé qui implique la pratique d'AP, comme nous avons pu le montrer dans la partie II.

À cela s'ajoute le fait que les femmes, plus que des hommes, voient leur corps fonctionner comme un capital valorisable (Vandebroeck 2016), à la fois sur le marché matrimonial (de Saint Pol 2010a), mais aussi sur le marché de l'emploi (Collins 1992 ; Hidri-Neys 2005). L'intériorisation de normes de genre peut même conduire, dans certains cas, à faire du corps des femmes un « capital total » (Darmon 2008a). L'importance du corps comme ressource symbolique produit chez elles un enjeu plus marqué pour l'apparence physique. Les AP peuvent, dans ce cadre, tenir le rôle d'un outil de modification corporelle sous trois aspects : sanitaire, esthétique et symbolique.

Le fait que les AP soient davantage pensées comme une contrainte à s'appliquer chez les femmes, que ce soit pour la santé ou bien pour l'apparence, s'observe également chez les non-pratiquantes. Elles sont statistiquement plus nombreuses que les hommes non-pratiquants à déclarer comme un frein à la pratique le fait de ne pas aimer les AP. Alors même que les pratiquantes déclarent moins faire des AP par plaisir, et que les non-pratiquantes déclarent davantage ne pas aimer la pratique, il n'y a pas de différence quant à l'engagement ou même la fréquence de pratique. La pratique d'AP représenterait donc moins une fin en soi pour les femmes obèses, liée à des profits immédiats qu'il serait possible d'obtenir en situation

[334] 96,3% des personnes obèses ayant au moins un bac+3 sont pratiquant.es contre 66,4% des personnes ayant un diplôme inférieur au CAP.

d'activité, qu'une fin reportée à un futur anticipé et lié au corps, que ce soit pour la santé ou l'apparence.

C'est par exemple le cas pour Martine (63 ans, professeure des écoles à la retraite, rencontrée dans l'association), qui ne serait « *pas une sportive dans l'âme* » et pratiquerait uniquement pour des raisons de santé ; ou pour Béatrice (50 ans, traductrice, rencontrée dans l'association), qui n'a « *jamais aimé le sport* » et a « *du mal à* [s]*'y mettre* », mais pratique tout de même plusieurs fois par semaine. Les entretiens avec ces femmes des classes moyennes diplômées sont régulièrement ponctués de remarques sur ce qu'il « *faudrait* » qu'elles fassent en termes d'AP, désignant bien la contrainte qu'elles tentent de s'appliquer pour répondre à une norme qu'elles perçoivent comme incontournable.

Les femmes diplômées représentent ainsi la majorité des adhérent·es de l'association enquêtée et sont particulièrement présentes dans le service de nutrition (dans les deux cas, les femmes représentent près de 80% des usager·ères). Ce sont donc principalement des femmes des classes moyennes et supérieures qui investissent ces espaces d'incitation et de mise en pratique d'une norme d'AP orientée vers la santé.

Le cas de Simone (52 ans, commerciale), rencontrée dans l'association APA, illustre très bien la présence de cette autocontrainte sanitaire s'exprimant dans le rapport aux activités physiques. C'est sur les conseils d'un médecin que Simone a commencé à pratiquer une activité physique dans cette association. Si, au début, elle n'avait « *pas trop envie d'y aller, à l'aquagym* », l'idée a « *fait son chemin* ». Au moment de l'enquête, elle est inscrite dans l'association depuis plusieurs années. Son entretien est révélateur de la façon dont les femmes des classes moyennes et supérieures enquêtées s'engagent dans la pratique d'une AP dans le cadre d'un rapport d'autocontrainte :

> « *Et en dehors de ça, est-ce que vous comptez le nombre de pas que vous faites dans la journée ?*
>
> *Non, à un moment j'ai pensé à ça, mais après il faut peut-être que je m'achète un petit système. Mais je serais intéressée, oui. Je sais qu'il faut faire 10 000, c'est ça ?* […] *C'est vrai que ça ce serait pas mal. À un moment j'y ai pensé, à m'acheter un système, mais après je sais pas si sur les smartphones on peut mettre quelque chose… peut-être, je sais pas. Donc j'ai jamais compté mes pas. À un moment j'y ai pensé, mais, du coup, ce que vous dites, ça me remet un petit peu ça dans la tête.*
>
> *Ah ben, je veux pas vous inciter à quoi que ce soit !* [rires]
>
> *Nan, mais c'est vrai que ça m'est venu plusieurs fois, mais je l'ai jamais fait* [à ce moment, elle note sur un papier]*, mais ça devrait être bien. Ça, par contre, je pense que je pourrais le faire. C'est une bonne idée ! bon bah, là, vous voyez, je la renote. Nan, mais c'est vrai, si y a des choses bonnes à prendre et si on est dans la période où on pense qu'on peut le faire, il faut le faire !* [rires] […]
>
> *Et est-ce que ça vous arrive de faire des activités physiques chez vous ?*
>
> *Non, ça aussi, un moment je me suis dit : "Ah, mais alors, les mouvements d'aquagym, c'est dans l'aqua mais je pourrais faire ces mouvements-là". Et un moment je*

commençais à en faire un petit peu, les mêmes qu'on fait à l'aquagym. Mais j'ai pas encore, ça s'est pas… mais c'est un peu dans la tête. [Je le comprends comme : c'est en projet] […] *Mais je me suis dit, une fois… d'ailleurs les médecins m'avaient dit, une heure c'est pas suffisant, il faudrait rebouger intensément encore une autre heure dans la semaine, en plus de la marche. Alors voilà, faudrait que je fasse un petit peu, peut-être chaque jour. C'est dans ma tête là, j'y pense, mais c'est pas encore bien au point. Ça va sûrement venir, hein.* »

Simone, 52 ans, commerciale, Doctorat [Association APA].

C'est ainsi en notant, en y pensant (« *c'est dans ma tête* ») ou en ayant le projet d'acheter un « compteur de pas » que Simone manifeste et renforce une autocontrainte liée à la santé dans le domaine des activités physiques, qui est toutefois accentuée par « *les médecins* » qui l'incitent à s'engager dans cette direction. Elle se saisit même de la situation d'entretien pour tenter de déceler ce que sont les « bonnes » pratiques à effectuer et comment les mettre en œuvre.

Les propriétés sociales de Simone permettent de comprendre cet attachement au respect des normes médicales et recommandations en termes d'AP : titulaire d'un doctorat, elle possède des dispositions scolaires marquées autorisant une forme de « bonne volonté sanitaire » pour satisfaire aux injonctions médicales. Étant perçue comme légitime, l'institution médicale produit et diffuse des normes légitimement suivies, malgré les difficultés de leur mise en pratique dans son quotidien. La pratique d'une AP seule, chez soi, est pour Simone une contrainte qui est jugée comme pertinente, mais qu'elle ne parvient pas à s'imposer dans son mode de vie, contrairement au fait de structurer son alimentation et de pratiquer une AP dans un cadre relativement contraignant. Les dispositions sociales qui sont au principe des pratiques quotidiennes de Simone résistent, d'une certaine manière, à ces changements induits par le travail de patiente qu'elle s'impose.

Les hommes de l'enquête ENPPS sont moins soumis que les femmes à cette autocontrainte sportive. Ceux qui se rapprochent le plus d'une forme de bonne volonté sanitaire sont les hommes de classes moyennes ou en ascension sociale. C'est le cas de Christopher (39 ans, cadre de santé, rencontré dans le service nutrition), qui cherche à se « *remettre dans de bonnes habitudes* » et pratique de manière assez intense de la gymnastique/musculation dans une salle de sport :

« *Et c'était quoi, votre motivation, à la base, pour vous inscrire à la salle de sport ?*

Perdre du poids.

Ouais, c'était ça l'objectif ?

Perdre du poids. Et puis, prendre des bonnes habitudes de vie, quoi. Des habitudes saines. Et finalement, après, on ne devient pas accro, mais je dirais que je... Si j'allais pas au sport trois fois dans la semaine, ça me gênait, en fait. Parce que je... Je ne sais pas comment expliquer ça. Je sentais que, dans mon corps, s'accumulaient, finalement, des déchets, quoi. Parce que quand on va à la salle de sport et qu'on transpire, etc., les vêtements derrière, ils puent l'ammoniaque ou je sais pas, ça sent pas bon quand ça

sèche. Et je me dis que, finalement, quand on fait du sport, on élimine... plein de choses, quoi. »

Christopher, 39 ans, cadre de santé, Maitrise [Service nutrition].

Ainsi, Christopher va régulièrement à la salle de sport pour pratiquer des cours collectifs encadrés, sans pour autant y rechercher un plaisir, mais bien pour sa santé. Son rapport au sport est particulièrement lié aux fonctions supposées de l'AP, qui éliminerait des « *déchets* » et purifierait en quelque sorte l'organisme, sans lien immédiat avec le poids. Contrairement à Simone, évoquée précédemment, Christopher ne cherche pas à se contraindre à pratiquer davantage d'AP seul et souhaite surtout être guidé et encadré.

Les hommes de l'enquête de terrain ressentent bien moins que les femmes une auto-contrainte à pratiquer une AP, quelle que soit la classe sociale. Ceux qui se rapprochent le plus d'une forme de bonne volonté sanitaire liée à l'AP appartiennent aux classes moyennes en ascension, de la même manière que les femmes qui manifestent le plus clairement une auto-contrainte forte à pratiquer appartiennent aux classes moyennes (et supérieures dans certains cas). En ce qui concerne la bonne volonté sanitaire à pratiquer des AP chez les personnes obèses, tout se passe donc comme si les hommes présentaient une version atténuée de ce que mettent en place les femmes, avec les mêmes écarts intra-classe. On peut ainsi penser les rapports à l'AP des personnes obèses selon un continuum de classe sociale, allant d'une contrainte perçue comme externe et d'une résistance aux injonctions sanitaire chez les classes populaires[335] (voire d'une résignation) à une auto-contrainte modérée chez les classes supérieures, en passant par une auto-contrainte forte chez les classes moyennes ; ce continuum se déclinant dans deux versions genrées, une version forte pour les femmes, une version faible pour les hommes.

Le genre n'est pas la seule variable pertinente pour comprendre la stratification de la pratique d'AP chez les personnes obèses. Comme en population générale (Lefèvre et Raffin 2021), l'âge joue beaucoup sur les pratiques, modes de pratique et profits escomptés. Il existe un gradient d'âge qui fait que plus les individus sont âgés, moins ils ont de chance d'être pratiquants, de pratiquer fréquemment ou de s'engager dans de multiples activités différentes. Ce gradient d'âge opère également sur les raisons à la pratique invoquées. Plus les individus sont jeunes, plus ils déclarent pratiquer pour la performance, l'entretien physique, la dépense physique, ou pour évacuer le stress. Les plus âgé·es évoquent davantage ne pas pratiquer pour des raisons de santé et d'isolement social, qui peuvent se cumuler avec des formes de précarité. L'obésité ne semble pas produire de modification de nature des rapports d'âge : la pratique d'AP est plus associée à la jeunesse, d'autant plus lorsqu'elle a une visée de performance, et l'apparence physique tient une importance moindre avec l'avancée en âge. Contrairement au genre, qui semble s'imbriquer d'une manière spécifique avec la corpulence, les rapports d'âge ne semblent pas recomposés dans le cas de l'obésité.

[335] Comme nous l'avons vu au chapitre 5, les membres des classes populaires sont plus enclins que les autres à remettre en question les préconisations à pratiquer des médecins, du fait d'un mode de vie qu'ils considèrent comme déjà actif (« *s'occuper de la maison* », « *bricoler* », « *retaper la maison* ») ou de contraintes matérielles (notamment temporelles). Ils représentent également les rares cas d'individus pratiquants pour le plaisir avant la santé.

Un point est tout de même intéressant à noter. Quelques régressions (en rapport avec la fréquence de pratique notamment) semblent indiquer avec une force statistique faible que le gradient d'âge n'est pas complètement linéaire. Si la fréquence de pratique des personnes obèses diminue effectivement avec l'avancée en âge, on observe tout de même un rebond dans la tranche d'âge 34-44 ans. C'est possiblement l'enjeu de santé qui peut expliquer ce léger sursaut. Les personnes situées dans la tranche d'âge 34-44 se sentiraient assez jeunes pour se penser comme pratiquantes potentielles, mais commenceraient également à percevoir, ou anticiper, des effets possibles de l'obésité sur leur santé. Elles se situeraient ainsi dans un interstice favorable à la pratique, ce qui est sans doute accentué par une pression médicale à prendre en charge sa corpulence qui croît au fil des années[336].

Nous pouvons ici relier les deux principaux résultats évoqués au cours de ce chapitre : un ensemble de contraintes restreint l'accès à la pratique d'AP chez les personnes obèses et, parmi ceux et celles qui pratiquent malgré tout, les femmes le font autant que les hommes et les plus diplômé·es bien davantage que les autres. Comment expliquer que certain·es, malgré les contraintes, s'engagent dans des AP ? Une des réponses se trouve dans l'incitation à pratiquer, plus ou moins intériorisée, que l'institution médicale parvient à créer chez une part des personnes obèses. Cette forme de pouvoir médical touche particulièrement les femmes, qui en viennent à pratiquer autant que les hommes, et les plus diplômé·es, du fait de socialisations médicales et rapports au corps et à la santé différenciés, que nous avons mis en avant dans la partie II.

Au chapitre 3, nous avons relevé le fait que les membres des classes supérieures fréquentent régulièrement l'institution médicale sans en être des « surconsommateurs » (avec des contrôles réguliers mais peu fréquents). Si on s'arrêtait à ce seul résultat, on pourrait postuler qu'ils accordent un intérêt certain à leur santé, mais dans une forme de relâchement, et sans en faire un devoir quotidien. Or, prendre au sérieux les AP comme des potentiels biens de santé permet d'affiner la lecture des rapports à la santé des individus. Parmi les personnes obèses, les plus diplômés, les classes supérieures et les femmes manifestent une auto-contrainte sanitaire forte. Parce que ces individus semblent se forcer à pratiquer régulièrement pour leur santé, on peut dire qu'ils se font les relais, au jour le jour, de l'institution médicale, dont l'action parait très efficace (comme nous l'avons d'ailleurs noté au chapitre 5). Ces individus incarnent finalement l'idéal de la médecine de l'obésité : disposés à consulter des généralistes et spécialistes de manière préventive, tout en s'astreignant au quotidien à pratiquer des AP dans une optique de santé, là aussi préventive.

Conclusion du chapitre 6 : porter en soi l'institution médicale

Nous avons vu que tous les individus ne bénéficiaient pas au même degré d'une prise en charge de l'obésité. Mais restait à savoir qui, concrètement, parvient à mettre en œuvre l'idéal sanitaire visé, notamment en termes d'AP. C'est ce que nous avons essayé de traiter dans ce chapitre 6,

[336] La probabilité d'avoir rencontré un·e professionnel·le de santé qui « alerte » l'individu sur son poids augmente logiquement avec le temps, de même que la probabilité de manifester des signes d'une dégradation potentielle de l'état de santé.

au croisement d'une sociologie de la santé (qui s'intéresse aux façons différenciées qu'ont les individus de réagir aux préconisations, recommandations et prescriptions), d'une sociologie du handicap (en convoquant les notions d'environnement et d'inadaptation des pratiques d'AP) et d'une sociologie du sport attentive aux processus genrés et classés d'engagement dans l'activité physique.

Le croisement de deux méthodes d'enquête, quantitative et qualitative, éclaire en profondeur la façon dont une norme d'AP peut prendre des dimensions spécifiques, sanitaires notamment, lorsque l'on se place du côté des personnes obèses. Contre une vision naïve de la pratique des personnes obèses, on remarque que ces dernières pratiquent effectivement des AP, et qu'une majorité le fait régulièrement. La pratique des personnes obèses est toutefois spécifique : moins fréquente, moins courante, moins variée que celle des personnes non-obèses.

Pour tenter d'expliquer ces résultats, nous nous sommes penchés, en nous inspirant de la sociologie du handicap, sur la façon dont les AP sont conçues, par des règles et logiques internes, en défaveur des personnes obèses. Ces dernières se trouvent face à deux contraintes dans la pratique d'AP : mettre en mouvement un corps qui est aussi un stigmate, et pratiquer dans des AP qui leur sont en grande majorité défavorables du fait de leur poids. Ayant cette double contrainte en tête, on comprend mieux les types d'AP pratiqués par les personnes obèses (où le poids joue moins), les contextes de pratique (rarement à la vue d'autrui), et les freins à la pratique (le regard des autres notamment).

Certaines personnes, malgré tout, s'engagent dans des AP, et notamment dans les AP valorisées par le corps médical. Une piste pour comprendre cet engagement consiste à reconsidérer les AP comme des biens de santé, pour étudier comment les rapports à la santé peuvent conditionner la pratique.

Les personnes obèses semblent ainsi plus que les autres travaillées par des injonctions à pratiquer pour leur santé (que ce soit dans une optique de perte de poids, de prévention de pathologies associées ou de maintien d'une autonomie et d'une mobilité), avec des spécificités selon la position sociale dans des rapports de classe et de genre. Les femmes et les membres des classes supérieures, notamment les plus diplômés, semblent mettre en œuvre au quotidien un devoir de santé vis-à-vis des AP. On aperçoit alors toute l'étendue du pouvoir médical, capable de définir ce qui est sain et ce qui doit être fait pour la santé, mais en même temps ses limites, dans la mesure où les personnes qui y sont le plus sensibles sont bien plus présentes en haut de l'espace social qu'en bas, là où l'obésité est pourtant plus fréquente.

Ce chapitre permet de voir en détail les inégalités d'accès à la pratique d'AP, et notamment aux pratiques qui constituent la bonne sportivité médicale. La « bonne volonté sanitaire » semble centrale pour comprendre cet engagement différencié, plus important chez les femmes du haut de l'espace social. Leurs pratiques seraient en partie un effet de socialisations médicales. Mais le tableau parait bien uniforme, alors même que les motifs de pratiques et les logiques de l'engagement peuvent être multiples, et ne pas intervenir de la même manière à chaque moment, ce que ne permet pas de voir une enquête quantitative comme celle de l'ENPPS. Il y a sans doute des conditions sociales qui permettent de s'engager, et de maintenir l'engagement dans une AP. Comment devient-on pratiquant d'AP, malgré l'obésité ? À quelles conditions des

individus peuvent-ils s’engager dans des AP, et adopter (en partie) un mode de vie sain ? Quelles peuvent être les étapes de cet engagement, à court, moyen et long terme ?

Chapitre 7. S'engager, persévérer, adhérer. Carrières de pratiquant·es dans des espaces sportifs variés[337]

Nous approchons ici de la « fin de l'entonnoir ». Tous les individus ne deviennent pas patient·es d'un service nutrition (chapitre 3), ni ne sont la cible d'investissements importants en ressources médicales de la part des professionnel·les (chapitre 4). Tous ne disposent pas non plus des dispositions corporelles et sanitaires nécessaires pour répondre positivement aux attentes médicales en matière d'usages du corps (chapitre 5). Dans le même temps, les activités physiques (AP) préconisées par le corps médical présentent un certain nombre d'obstacles à la pratique des fortes corpulences (chapitre 6). Et pourtant, certain·es pratiquent des AP. Quelles configurations sociales favorisent l'engagement dans une AP, valorisée ou non par l'institution médicale ? Comment certains individus en viennent-ils à s'engager parfois intensivement dans des AP qui ne sont « pas faites » pour eux ? Quels dispositions et contextes favorables sont-ils nécessaires pour s'engager ? En retour, dans quelle mesure la pratique d'AP peut-elle induire une socialisation corporelle spécifique ?

Encadré n°1 : Passage analytique de l'obésité à la grosseur.

Jusqu'à présent, nous nous sommes centrés majoritairement sur l'obésité en tant que pathologie, par l'étude des dispositifs sanitaires de prise en charge. L'angle de vue évolue à partir d'ici : nous commençons à aborder les effets d'un type de corps (la grosseur, le fait d'être gros·se), certes pathologisé, mais qui constitue aussi une caractéristique corporelle et un stigmate. Ce changement de point de vue sur l'objet de recherche qui, on le verra, n'évacue pas complètement la question de la santé et de la pathologie, impose selon nous un changement sémantique. C'est pourquoi nous parlerons à partir de ce chapitre de grosseur (plutôt que d'obésité), pour insister sur les effets sociaux autres que strictement sanitaires de ce type de corps, et malgré le fait que les terrains enquêtés catégorisent leurs usager·ères comme « obèses ».

Ce chapitre examine la mise en pratique de l'injonction sanitaire et esthétique à l'activité physique chez les personnes grosses (cf. Encadré n°1). L'analyse adopte une approche sociologique de l'engagement qui s'éloigne d'une lecture psychologisante centrée sur la motivation individuelle. Nous souhaitons explorer ce que cet engagement peut avoir de socialement contraint et situé, dans des étapes de « carrière » orientées par des rapports sociaux, de classe et de genre notamment. Loin d'être le produit d'une motivation individuelle ou une simple application de messages de santé publique, l'engagement dans l'AP est, en effet, le résultat d'un ensemble de conditions sociales qui peuvent être explorées par la sociologie.

[337] Ce chapitre reprend en partie un article publié dans la revue *Sciences sociales et sport* (Rougnant 2025a).

Comment, en tant que personne grosse, devient-on pratiquante d'une AP organisée ?[338] Et, en retour, qu'est-ce que la pratique peut produire comme effet de socialisation ?

Le concept de « carrière », issu de la sociologie interactionniste (Becker 2020 ; Goffman 1968), est mobilisé ici pour comprendre les différentes étapes qui jalonnent l'engagement dans une pratique d'AP pour les personnes grosses. Saisissant à la fois le commun et le singulier, la carrière permet de mettre au jour une succession de phases que traverse un même groupe d'individus, ainsi que les modifications personnelles qui en découlent. Interroger le processus général d'un engagement dans l'AP avec le concept de carrière permet de révéler les conditions sociales qui font que la poursuite de la carrière est possible, et qu'elle ne relève pas d'une simple suite logique (Darmon 2008b). Cet ancrage théorique se prête particulièrement bien à l'analyse des changements de pratiques, de goûts et de représentations qui accompagnent chaque étape de la carrière (Darmon 2008a) ainsi qu'à celle des effets de socialisation qu'elle engendre, ou non, sur les dispositions individuelles. Ces effets de socialisation représentent les conditions à l'entrée et au maintien dans la carrière, mais aussi les produits de cette même carrière, pouvant prendre des formes différentes et plus ou moins ancrées selon la position des individus dans des rapports sociaux, de classe et de genre notamment.

La carrière qui est étudiée ici se distingue de celle appréhendée dans des travaux déjà effectués sur la question des carrières sportives. En effet, l'objet d'étude est une pratique amateur hebdomadaire, peu contrainte et dont l'abandon peut se faire à tout moment, là où les travaux existants portent majoritairement sur les carrières de haut niveau d'individus pris dans des institutions enveloppantes (Bertrand 2008, 2011 ; Brissonneau, Aubel et Ohl 2008 ; Forté 2020), ou qui se dédient très fortement à leur activité (Knobé 2007) – faisant intervenir les notions de vocation et d'engagement total. Le support de l'AP analysé ici, de type associatif, est peu contraignant, contrairement aux pratiques amateurs qui se déroulent en prison (Gras 2003) ou dans une institution hospitalière « totale » et de courte durée (Jacolin-Nackaerts 2012). Les individus étudiés réalisent ainsi une activité volontaire, non contrainte par une institution et de laquelle ils n'espèrent pas de profits économiques directs, à l'instar des carrières de pratiquant·es d'équitation étudiées par Chevalier (1998).

La carrière étudiée dans ce chapitre se distingue également de celles considérées dans les travaux interactionnistes centrés sur la déviance – puisqu'elle ne s'inscrit pas dans une trajectoire déviante. Elle relève plutôt d'un processus de mise en conformité aux normes sanitaires, esthétiques et morales chez des individus perçus comme déviants sur le plan corporel. La carrière analysée est ainsi le fait d'individus dont le corps gros symbolise un triple obstacle à cette mise en pratique de normes d'AP : être éloigné de l'image du pratiquant sportif type ; mettre en jeu son corps et l'exposer malgré un stigmate visible ; être confronté à des usages sociaux du corps historiquement construits par et pour les personnes minces et/ou en bonne santé.

[338] Nous nous centrons volontairement sur les formes d'activités physiques se pratiquant à fréquence régulière et en groupe, sous la supervision et l'animation d'un ou plusieurs individus considéré·s comme encadrant·es légitime·s. Cette focale permet, contrairement aux pratiques autonomes ou auto-organisées, d'identifier les effets socialisateurs des interactions au sein du groupe et avec un personnel encadrant, vu comme compétent et autorisé à mettre en mouvement les corps des pratiquant·es selon des principes définis (santé, efficacité, performance, etc.).

Les travaux sur la question des rapports à l'activité physique d'individus concernés par des questions de santé sont alors importants à mobiliser et peuvent se distinguer en deux ensembles. Une partie analyse le rapport à l'activité physique d'individus pris dans une « trajectoire de maladie » au sens de Strauss (1992), en dehors de dispositifs sportifs ou médicaux précis. Ces travaux, concernant par exemple la mucoviscidose (Fuchs 2014), le cancer du sein (Mino et Lefève 2016) ou encore le VIH (Thomas et al. 2014), renseignent sur les changements de pratiques et de rapport à l'AP des individus selon l'évolution à long terme de leur pathologie, et sur les façons dont l'AP peut être pleinement utilisée comme un outil de prise en charge sanitaire en fonction de certaines configurations sociales. En ce qui concerne la grosseur, cette approche – qui analyse conjointement l'évolution de la maladie (l'obésité) et l'évolution du travail de prise en charge – nous semble moins pertinente dans la mesure où l'obésité n'évolue pas, ou que très lentement, et n'implique généralement pas de symptômes ou de traitements qui modifieraient les habitudes de vie.

Un autre ensemble de travaux explore plus précisément l'engagement d'individus pris dans des dispositifs médicaux contraignants de durée limitée (Barth et Lefebvre 2016 ; Barth, Perrin, et Camy 2014 ; Knobé 2019). Ces recherches mettent en avant les différentes étapes d'un engagement dans une activité physique adaptée (APA) chez des individus possédant une pathologie spécifique qui peuvent se résumer ainsi : s'engager malgré des contraintes, percevoir les effets de la pratique (donnant un sentiment de contrôle sur la maladie et un corps vu comme transformable), développer un goût lié au contexte social et au plaisir de la pratique. Toutefois, si ces travaux mettent en avant l'obstacle que constitue une faible socialisation sportive ou une situation sociale précaire dans la poursuite de la pratique, les formes que peuvent prendre les engagements en dehors de dispositifs contraignants, ou à leur sortie, sont rarement appréhendées.

Dans le cas de la grosseur, les recherches portent en effet principalement sur la participation d'individus à des dispositifs médicaux, où ces derniers sont considérés comme « obèses ». C'est le cas des travaux de Knobé, analysant un dispositif médico-sportif d'accompagnement de l'obésité par l'activité physique, mis en place dans une université à destination des étudiants (Knobé 2020, 2024). Ces travaux mettent en avant l'importance de la socialisation sportive antérieure dans les différentes appropriations du programme, en lien avec l'histoire pondérale des individus. D'autres études se penchent sur l'effet de dispositifs médicaux incluant une sensibilisation et une initiation à l'AP, permettant ou non un (ré)engagement dans la pratique d'une AP, là encore selon la socialisation sportive passée et des contraintes liées au stigmate (Marcellini et al. 2016). Les travaux de Jacolin-Nackaerts (2012, 2018) montrent également la pluralité des rapports à l'AP selon les socialisations antérieures des personnes grosses, mais aussi le fait que, pour des dispositifs contraignants de courte durée, seuls les individus déjà sportifs sont en mesure d'en bénéficier pour se réengager dans une activité régulière. Le temps court du dispositif ne suffit pas à construire chez les individus un goût durable pour la pratique.

Nous cherchons à prolonger ces travaux pour nous intéresser aux individus qui s'engagent d'eux-mêmes dans une AP associative non directement médicale, à la suite d'une prise en charge ou non, et à explorer ce qui fait que certains peuvent pratiquer de manière autonome sur plusieurs mois ou années. Il s'agit ainsi de comprendre les mécanismes sociaux qui conduisent

à l'engagement autonome d'individus dans des AP organisées, adaptées ou non aux personnes grosses. Les travaux de Darmon (2010) soulignent le pouvoir que peut exercer un dispositif d'amincissement sur ses usagères. Elle montre bien l'intérêt qu'il y a à prendre en compte les configurations sociales et contextuelles dans lesquelles se situent les individus pour expliquer leur engagement dans une entreprise de transformation de soi. Nous souhaitons explorer ce qui, dans le contexte de la pratique et des interactions, mais aussi dans la position sociale des individus, facilite leur engagement, et leur permet de se représenter l'AP et leur santé de telle manière que cela facilite leur participation à plus ou moins long terme. À quelles conditions une carrière de pratiquant·e d'AP peut-elle démarrer et se poursuivre dans le temps ? Comment cet engagement évolue-t-il ? Qu'est-ce que les individus retirent de cet engagement ?

Nous mobiliserons pour commencer (I) les résultats de traitements statistiques de l'enquête ENPPS (analyse géométrique des données) afin de dégager une typologie globale de pratiquant·es. Cette typologie permet d'une part d'approcher les différents modes d'engagement dans des AP, de les situer socialement, et de contextualiser les données d'enquêtes de terrain en situant les enquêté·es les un·es par rapport aux autres dans l'espace des pratiquant·es. Cette typologie servira de base pour traiter de manière plus détaillée les carrières de pratiquant·es.

Les données qualitatives issues des deux enquêtes dans le service hospitalier et l'association APA (cf. Encadré n°2) donneront ensuite à voir des personnes grosses (toutes étiquetées comme « obèses ») situées à différentes étapes de la carrière de pratiquant·es d'AP et dans des contextes d'engagement volontaire, dans des pratiques variées non directement médicales. Ces individus, du fait de la spécificité des deux terrains d'enquête, acceptent au moins en partie la définition de leur corpulence comme une pathologie à prendre en charge.

Encadré n°2 : Observer des séances d'AP.

En plus des entretiens déjà mobilisés dans les chapitres précédents, nous nous appuyons dans ce chapitre sur des données issues d'observations de séances d'AP, dans l'association APA et dans le cadre hospitalier. Les observations répétées de séances de gymnastique, circuit-training, yoga, aquagym, gi-gong et tai-chi ont été effectuées en tant qu'enquêteur-bénévole, à découvert, invité par le personnel encadrant et les membres à participer aux séances sur chaque cours investigué. Je me suis donc placé dans une position d'observation participante, dans un rôle accepté par tous qui me permettait d'étudier les comportements des membres de manière moins gênante qu'une observation extérieure (Arborio et Fournier 2011). Si j'étais parfois confondu avec les encadrants, partageant avec eux certaines caractéristiques physiques, chaque personne était au courant de mon projet de recherche. Je tenais mon carnet de terrain à la suite immédiate des séances d'APA, afin de ne pas perturber le cours des interactions dans cet espace qui aurait rendu étrange une prise de notes.

À partir de l'analyse de ces éléments de terrain, nous verrons que la carrière de pratiquant·e d'AP pour les personnes grosses débute, dans les terrains étudiés, par l'adoption conjointe d'une

définition de son corps comme devant changer et de l'AP comme un outil crédible pour y parvenir. Cette représentation initiale de la finalité de l'AP, en adéquation avec les messages de prévention de l'obésité, ne se forme chez les individus qu'au sein de configurations biographiques spécifiques situées dans des rapports sociaux (II). Ensuite, la poursuite de l'engagement dans l'AP à moyen terme s'accompagne chez nos enquêté·es d'une modification de la définition de la santé, détachée de l'idée de minceur, permettant de persister dans la pratique par la recherche de profits moins directement visibles (III). Enfin, l'engagement à long terme implique l'adoption d'une nouvelle finalité de l'AP, orientée vers le plaisir issu des sensations éprouvées dans la pratique (IV). La carrière étudiée ici constitue ainsi une conversion (Darmon 2016) des représentations liées à l'AP et à la santé couplée à une modification des goûts et perceptions liés à la pratique physique.

I. La pluralité des modes de pratiques

Si les traitements statistiques se basant sur un type de raisonnement « toutes choses égales par ailleurs » présentés au chapitre 6 peuvent être pertinents pour cibler des « effets propres » de certaines variables, ils ne permettent pas de comprendre l'effet conjugué de phénomènes sociaux qui, dans la réalité, n'agissent jamais indépendamment les uns des autres. Suivant Halbwachs, on peut se demander s'il est pertinent de savoir « comment vivrait un chameau, si, restant chameau, il était transporté dans les régions polaires, et comment vivrait un renne si, restant renne, il était transporté dans le Sahara » (Halbwachs 1944, p. 122). Dans notre cas, y a-t-il un sens à déterminer l'effet propre du diplôme indépendamment de la position professionnelle, du genre, de l'âge, alors même que le diplôme dépend justement de ces variables[339] ? Si les raisonnements liés aux régressions nous apprennent quelque chose, les résultats gagnent à être replacés dans l'interdépendance qui lie les variables les unes aux autres. C'est ce que permettent de faire les méthodes qualitatives, s'intéressant à des cas individuels nécessairement complexes et replacés en contexte, mais aussi les méthodes quantitatives d'analyse géométrique des données.

Nous souhaitons donc poursuivre l'analyse effectuée afin de déconstruire davantage l'homogénéité du groupe des personnes obèses, par le recours à une classification ascendante hiérarchique (CAH) portant sur le sous-groupe des individus ayant un IMC supérieur à 30. Cet outil statistique permet dans notre cas de dégager des typologies de pratiquant·es selon un certain nombre de variables prédéfinies. Pour ce faire, nous avons choisi les variables de statut de pratiquant, fréquence, nombre de pratiques, type de pratiques, raison de pratique et modalités de pratique. En appliquant une CAH utilisant la distance de Gower[340] à cet ensemble de

[339] On peut aussi se demander, d'un point de vue analytique, ce qu'il y a de pertinent à neutraliser des choses qui nous intéressent : « si on élimine ou neutralise toutes les différences […] on peut se demander ce qu'il reste, et si, d'élimination en élimination, on n'en est pas arrivé à se retirer toute matière d'observation » (Halbwachs 1923, p. 365).

[340] Le choix de la distance de Gower par rapport à la distance du phi² s'explique par la volonté de minimiser l'influence des modalités très rares, comme par exemple le fait de pratiquer des sports de combat. Les modalités très rares n'étant pas les plus pertinentes, appliquer une distance de Gower permet d'éviter qu'elles se trouvent au principe des groupes créés.

variables, cinq profils de pratiquants ont été dégagés, puis caractérisés grâce aux variables explicatives traditionnelles (cf. Annexe n°21 pour plus de détails).

Le premier groupe, que l'on peut appeler les « monopratiquants réguliers », se constitue d'individus qui pratiquent majoritairement entre une et deux AP, au moins une fois par semaine. S'ils ne se distinguent pas par des types de pratiques spécifiques, malgré un tiers d'individus pratiquants des activités gymniques, ils sont 96% à pratiquer pour des raisons qui s'apparentent à la santé. Ces individus pratiquent rarement dans des structures organisées (associations ou structures privées) et quasi jamais en compétition. Enfin, ce sont plus majoritairement des femmes (56%), peu diplômées et appartenant aux classes populaires, ayant entre 45 et 74 ans et vivant en couple et en ville. Ce profil correspond en partie aux individus de mon enquête rencontrés dans l'association d'APA et à l'hôpital, pratiquant une activité physique douce, souvent de la gymnastique ou ce qui s'en rapproche, dans une optique de santé ou à la suite d'un problème médical. Ce sont des types de pratiquant·s valorisé·es par les professionnel·les de santé, mettant en œuvre les « bonnes » pratiques pour les « bonnes » raisons. Nous en verrons une partie dans ce chapitre, comme Françoise (68 ans, secrétaire à la retraite) ou Laeticia (46 ans, fonctionnaire de catégorie B).

Le second groupe est constitué d'individus non-pratiquants. Ce sont majoritairement des femmes (63%) de classes populaires, très peu diplômées, ayant entre 55 et 74 ans et au niveau de revenu faible. Les caractéristiques de ce groupe concordent avec les résultats de la littérature concernant les personnes non-pratiquantes en population générale (Lefèvre et Raffin 2021). C'est un profil que je rencontre dans le service médical enquêté, présentant une distance assez marquée aux normes corporelles et médicales légitimes, bien que cette distance se réduise à mesure que ces personnes fréquentent l'institution médicale. Le moment où je rencontre ces personnes correspond à un point de bascule vers un groupe de pratiquants, après un travail actif de la part des médecins et de l'équipe soignante pour « convertir » à une activité physique. On peut penser par exemple à Aïda (67 ans, ouvrière retraitée)[341], incitée par les professionnel·les à adopter quotidiennement des pratiques de marche pendant son suivi :

> « *Elle* [Dr. C] *m'a conseillée de faire des activités, des trucs, mais ça, je ne peux pas.*
>
> *Ça, vous ne pouvez pas ?*
>
> *Non, j'ai mal. J'ai arthrose de partout, presque. Et les épaules, les jambes, mon dos, les genoux, ça va partout. Là, je ne peux pas.* […] *Mais ici ils m'ont donné des choses, un rendez-vous* [avec l'enseignant en APA]*, j'y vais pour cet après-midi. J'ai marche et j'ai des trucs de qi gong, c'est ça ? C'est marqué là* [me montre un document]*. Voilà.* »
>
> Aïda, 67 ans, ouvrière retraitée (couture, ménage, service), sans diplôme, non pratiquante [Service nutrition].

Le troisième groupe peut être nommé le groupe des « touche-à-tout autonomes ». Ces individus pratiquent majoritairement entre trois et cinq AP, sans fréquence particulière et avec une variété importante d'univers de pratique (marche, activités aquatiques, gymniques, sports collectifs, sports de raquette), sans pour autant que cela ne se traduise par un engagement dans des

[341] Évoquée au chapitre 5 pour son alimentation peu alignée avec les préconisations du service hospitalier.

structures organisées ou compétitives. Les pratiquants de ce groupe le font pour des raisons liées à la santé (à 82%) et au corps (à 51%). Ce profil regroupe en légère majorité des hommes (53%), plutôt de classes populaires et moyennes, relativement diplômés, ayant entre 35 et 64 ans et vivant en couple dans des petites villes ou à la campagne. Dans mon enquête qualitative, ce profil correspond à certaines femmes que je peux rencontrer dans l'association d'APA et à l'hôpital, pratiquant de multiples activités dans une optique de santé préventive, sans attendre nécessairement d'effets directs sur le poids, mais aussi par plaisir. Ce sont des pratiquant·es valorisé·es dans l'institution médicale, lorsqu'ils et elles la fréquentent, à condition qu'au moins une de leur pratique soit une AP de la bonne sportivité médicale. Sinon, ils et elles sont incité·es à l'ajouter à leur panel de pratiques. On retrouve par exemple dans cette catégorie Chistopher (39 ans, cadre de santé) ou Vanessa (30 ans, infirmière en reconversion), que nous verrons par la suite, ou de Claire (38 ans, agent comptable), rencontrée dans le service hospitalier :

> « *Et avant, vous faisiez quoi comme activités physiques ?*
>
> *J'allais à la salle. Donc, je faisais un peu de vélo. J'allais en groupe quand ils faisaient des... Le pilate. Je faisais le pilate, je faisais tout ça. Et puis voilà. Après, comme la salle a fermé d'un coup, donc, ça aussi m'a un peu freiné aussi. La salle, elle a fermé. Donc, à partir de là, j'allais nulle part d'autre. Je reste là. Voilà. Je n'avais pas l'envie et puis... Et les douleurs aussi, les douleurs d'endométriose aiguë je souhaite à personne d'avoir ça, du tout.*
>
> *Et c'est quoi qui vous plaisait à la salle ?*
>
> *La salle on voyait des personnes et il y avait des coachs aussi qui donnaient la motivation, de continuer. Et puis les machines aussi, moi j'aimais le vélo, moi le vélo, j'aime bien. Ça, j'aime bien, même le tapis aussi, je le fais très très bien sans problème.* »
>
> Claire, 38 ans, agent comptable, Baccalauréat [Service nutrition].

Dans le cas de Claire, ses activités passées (qu'elle a stoppées pour différentes raisons dont elle présente une partie ici) correspondent complètement aux activités de la bonne sportivité médicale réalisées dans une optique de santé, typique du troisième groupe révélé par la CAH.

Le quatrième groupe, composé d'individus que l'on peut qualifier de « multi-pratiquants intensifs », se caractérise par un engagement dans de multiples activités (entre six et dix pour 65% d'entre eux) et au moins une fois par semaine. Tous les univers de pratique sont investis, et ce sont les seuls individus à pratiquer des sports de combat (16%) ou des sports d'hiver (41%). Ainsi, les multiples activités pratiquées dénotent d'un certain éclectisme. Les raisons invoquées à la pratique sont très centrées sur la santé (94%) et le corps (72%), mais aussi sur un enjeu sportif (51%), ce qui est renforcé par le fait que ce soit le groupe qui présente le plus de pratiquants en compétition (13%). Ces individus sont, en outre, investis plus que les autres dans des structures encadrant la pratique sportive. Ce sont majoritairement des hommes (62%) de classes moyennes et supérieures, diplômés, ayant entre 15 et 54 ans, vivant en couple, à la campagne ou dans des grandes agglomérations.

Ce profil est très peu présent dans mon enquête pour plusieurs raisons. Du fait d'une approximation des corpulences par l'IMC, il est tout à fait possible que les individus de ce

groupe soient des personnes très musclées, ce qui les ferait rentrer dans une catégorie d'IMC correspondant à l'obésité, sans pour autant porter le stigmate de la grosseur ni être considérés comme médicalement en excès de poids. Ensuite, ce sont sans doute des individus – et notamment des hommes[342] – qui ne sont pas suivis par une structure hospitalière pour leur santé et qui sont les plus éloignés, dans leurs pratiques et leurs représentations, d'un sport-santé qui les amènerait à investir une association d'APA. Quelques cas peuvent toutefois être assimilés à ce groupe, comme celui de Geneviève (56 ans, directrice de maison d'édition), rencontrée dans le service hospitalier :

> « *Et donc depuis le mois de septembre, je pense que c'est fait partie des choses qu'ils veulent tester là, je fais de la natation le lundi, du ping-pong le mardi, de l'escrime le mercredi, du golf du paragolfe tout ça handi bien sûr, du paragolfe le jeudi et du ping-pong après et je vais à la salle le vendredi. Voilà, donc je travaille la journée jusqu'à 18h le vendredi, après je vais faire du sport au cercle sportif. Donc, du coup, j'ai été élue secrétaire générale au cercle, parce que je passe ma vie là-bas et que, voilà, pour représenter tout le monde.* »
>
> Geneviève, 56 ans, directrice de maison d'édition, Master, pratiquante depuis un an [Service nutrition].

Enfin, le dernier groupe se compose des « monopratiquants malgré eux ». Cette dénomination vise à souligner le fait que les individus qui composent ce groupe pratiquent quasi-exclusivement entre une et deux AP, des activités de marche principalement, tout en mettant en avant bien moins que les autres des raisons à leur pratique. La santé est en effet moins invoquée (à 57%), tout comme les raisons liées au corps ou à un enjeu sportif. Ces individus se distinguent également par le fait de ne quasiment jamais pratiquer dans une structure ou de manière encadrée. Ce sont majoritairement des femmes (54%) de classes populaire et moyenne, faiblement diplômées, ayant entre 45 et 74 ans et vivant plutôt dans des petites villes. Je rencontre lors de mon enquête des individus de ce profil dans le service hospitalier. Il s'agit de patientes qui se forcent à marcher régulièrement « parce qu'il le faut », incitées par ailleurs à accentuer cet engagement par l'équipe soignante. On retrouve ce type d'engagement dans l'AP chez Hélène (50 ans, commerciale), rencontrée dans le service nutrition :

> « *Dernière question. Vous déplacez comment dans le quotidien ?*
>
> *À pied.*
>
> *Tout à pied ?*
>
> *Ouais, avant en vélo, mais je crois que là, je n'y arriverais plus parce que j'ai trop mal au genou. Et là, c'est depuis peu quand même que je n'y arriverai plus. Parce que je faisais encore du vélo l'année dernière.*
>
> *OK, pour vous déplacer ?*
>
> *Ouais, mais sinon à pied, beaucoup à pied. Peu en métro. Et peu en bus. Enfin, je prends un bus et un métro quand je suis en retard. Mais si je peux le faire à pied, je traverse* [la ville] *à pied. Je marche beaucoup.*

[342] Comme le laissent penser nos résultats de la partie II.

Ça vous plait de marcher ?

Ouais, j'aime bien, ouais. Ça ne me dérange pas, je mets une musique, je mets les écouteurs et puis hasta, la vista.

Ma question, c'est un peu, est-ce que vous le faites plus par plaisir ou par...

Non, mais j'aime bien, j'aime bien le faire, ça me fait du bien. Ça me fait faire ma marche que je dois faire, c'est un mélange des deux. Je dois le faire, c'est bon pour moi. Il faut que je sorte de chez moi et voilà. Mais j'aime bien aussi parce que si je vais à un rendez-vous, même si c'est un déj' avec une copine, j'essaie de partir une demi-heure avant pour marcher. Donc, je ne vais pas forcément me mettre en retard pour prendre le métro au dernier moment. Non, je vais essayer quand même de maintenir ça. Ce qui fait que j'ai fait 15 000 pas il y a trois jours. Voilà, avant d'arriver ici. »

Hélène, 50 ans, commerciale, Master, pratiquante depuis plus d'un an [Service nutrition].

Ces résultats quantitatifs illustrés par quelques exemples montrent bien l'intérêt qu'il y a à penser les personnes grosses comme un groupe hétérogène, au moins en termes de pratiques de santé, comme nous avons pu le mentionner au chapitre 3, et de pratiques d'AP. Ces pratiques méritent ainsi d'être replacées dans des configurations qui incluent le rapport à la santé et la position dans des rapports sociaux de classe, d'âge et de genre. Malgré tout, cela ne permet pas de voir les processus par lesquels les individus s'engagent de manières diverses. Comment les personnes grosses peuvent-elles devenir des pratiquant·es aussi varié·es ? Nous allons pouvoir nous appuyer sur cette typologie pour comprendre comment les individus peuvent passer de non-pratiquant à pratiquant et, parmi les pratiquants, ce qui permet à certains individus de se retrouver dans une catégorie et pas une autre. En somme, la lecture quelque peu « figée » permise par la CAH nous servira de base pour rendre intelligible une approche processuelle en termes de carrière, en considérant à la fois des effets de contextes et de socialisations.

II. Commencer : passer la porte d'une structure d'AP

La première condition pour la pratique d'une AP organisée réside logiquement dans le fait de se rapprocher d'une structure associative proposant de l'AP. Ce point ne va pas de soi, tant le fait de s'engager dans une activité implique des conditions favorables à la fois individuelles et structurelles. Suivant les travaux de Hughes (1958), nous analyserons la carrière de pratiquant·es d'AP au croisement des dimensions objectives, liées à la succession des positions occupées, et subjectives, selon les significations qui lui sont attribuées.

A. Un corps à changer

S'interroger sur l'engagement dans une pratique physique, et donc sur le commencement d'une carrière de pratiquant amateur, revient à tenter d'identifier les conditions qui permettent de pratiquer, et donc « sortir » de la catégorie « non-pratiquant ». Sur nos terrains, l'acceptation des normes sanitaires et/ou esthétiques comme légitimes, qui fait du corps des personnes grosses un corps à transformer, est une condition de l'engagement dans une AP organisée. Cet

engagement se construit également autour d'événements de vie favorisant la pratique, comme la survenue d'une maladie, ainsi que de configurations familiales et temporelles rendant l'individu disponible.

Lors des consultations, ou en revenant en entretien sur les motifs qui président à la pratique d'une AP organisée, il s'avère que les personnes de cette enquête mettent toutes en avant un changement espéré lié au corps, en termes sanitaires ou esthétiques. Ce premier résultat rejoint d'autres constats repérés dans la littérature sur des dispositifs à destination de personnes « obèses » (Knobé 2024). Les personnes grosses, et les femmes grosses en particulier, même non malades, sont particulièrement sujettes aux injonctions ayant trait à la modification de leur corps, qu'elles soient liées à la minceur ou à des paramètres de santé plus généraux (Carof 2019). En effet, de multiples scènes sociales (familiales, scolaires, médicales…) sont l'occasion d'une reproduction d'un discours faisant des corps gros des corps à modifier. Si quelques groupes militants organisés tentent de s'opposer à cette injonction en France (Carof 2021), ils restent marginaux par rapport aux messages de santé publique, et au travail actif des professionnel·les de santé, comme nous l'avons vu au chapitre 4.

Il faut alors se pencher sur l'effet de ces messages sur les personnes grosses, pour comprendre dans quelle mesure et à quelles conditions ils sont intériorisés au point de s'imposer comme des représentations stables de leur corps. Les entretiens biographiques révèlent que, si les personnes grosses sont très régulièrement travaillées par les messages de santé publique incitant à la minceur, la vision d'un corps comme devant changer ne va pas de soi, et ne s'impose que dans des configurations biographiques bien particulières. C'est ce qui apparait à travers l'entretien de Françoise, qui a commencé l'AP à la suite d'un AVC :

> « *J'avais aussi un petit problème d'embonpoint quand j'ai fait l'AVC, j'avais des kilos de plus, 11 kilos de plus. Si tu veux, ça a été un déclic cet incident, bon parce que je te dis, maintenant je fais ce sport et je suis allée voir une nutritionniste aussi, j'ai maigri, j'ai perdu 11 kilos. Ça a été une remise en question aussi de se dire "bah faut que je fasse quelque chose, faut pas que je m'encroûte, parce que sinon je vais finir dans mon fauteuil devant la télé, devant l'ordi"* […]. *Donc je suis hyper contente d'avoir eu ce truc-là, ça a été un déclencheur.* »
>
> Françoise, 68 ans, secrétaire à la retraite, Baccalauréat, pratiquante depuis un an [Association APA].

Les messages et injonctions sanitaires, qu'ils se focalisent sur une minceur à rechercher ou sur un corps pathologique à prendre en charge par les individus eux-mêmes, ne semblent avoir des effets que dans certains cas spécifiques. Ainsi la rupture amoureuse, le diagnostic médical grave, le changement de situation professionnelle sont autant d'événements biographiques évoqués par les enquêté·es, de « *déclencheurs* » ou de « *déclics* » pour reprendre les mots de Françoise, coïncidant avec une perméabilité aux injonctions liées au corps. Le travail actif des professionnel·les de santé pour faire pratiquer les non-pratiquant·es peut d'autant plus facilement porter ses fruits qu'il coïncide avec ces périodes biographiques particulières.

D'autres périodes de la vie sont, par contraste, moins propices à une forme de sensibilité aux normes corporelles. C'est ainsi le cas de périodes de crise, où la santé physique et les enjeux esthétiques passent au second plan :

> « *Et avant* [l'association d'AP], *tu faisais une activité physique ?*
>
> *Non. Non, je marchais pas plus que ça. Enfin si, avant je travaillais, je travaillais à* [lieu]*, ça m'arrivait de rentrer à pied, mais j'avais pas le temps parce que mon mari était très malade. Enfin j'avais pas le temps, c'était boulot-maladie, enfin boulot-mon époux, c'était beaucoup de présence et de soins. Non j'avais pas le temps, j'avais absolument pas le temps. Maintenant* [depuis que son mari est décédé]*, j'ai le temps.* »
>
> Laeticia, 46 ans, fonctionnaire de catégorie B, Licence, pratiquante depuis deux ans [Association APA].

Les contraintes affectives et organisationnelles dues à la maladie grave du mari de Laeticia rendent ici impensable, pour elle, le fait de s'engager dans une AP organisée, ce qu'elle a pu faire auparavant. Ses pratiques passées, régulières et orientées vers la santé, la plaçaient dans la catégorie de « monopratiquante régulière », ce qu'elle est de nouveau après le décès de son mari et sa découverte de l'association APA. On voit bien comment le statut de « pratiquant » ou « non-pratiquant » produit par l'abstraction statistique peut changer rapidement, et tenir en partie à des éléments contextuels. Si des travaux ont montré que la vision d'un corps comme projet, modulable, est socialement située au sein des classes moyennes et supérieures (Vandebroeck 2016), il est intéressant de noter que cette vision ne peut toutefois s'imposer, et donner lieu à des pratiques en conséquence, que dans des conditions biographiques bien spécifiques. Ici, Laeticia se retrouve prise dans un rapport de genre impliquant une division du travail de santé (Arborio et Lechien 2019), et plus généralement de *care*, qui l'incite à prendre soin de son mari avant de dégager du temps pour elle et de pratiquer une AP.

On comprend également avec le cas de Laeticia combien la pratique d'une AP ne peut être réduite à une simple application pratique de l'intérêt de l'individu pour « la santé », appréhendée comme une valeur générale. C'est au contraire par un attachement fort à la santé, ici de son mari, que Laeticia stoppe toute pratique d'AP. Faire de la pratique d'AP un reflet quasi mécanique d'une importance accordée à la santé, c'est oublier que les pratiques de santé sont multiples, et hiérarchisées par les individus, qui en font passer certaines (la maladie du conjoint) avant d'autres (la prévention de pathologie pour soi).

B. L'activité physique comme outil de modification du corps

Si le fait de penser son corps comme devant changer est une des conditions à la sortie de la catégorie « non-pratiquant », l'AP n'est pas le seul outil disponible aux personnes grosses pour modifier leur corps : on peut également citer l'alimentation, la chirurgie bariatrique, les usages vestimentaires, etc. Pour choisir l'AP et s'y investir, il est nécessaire de la définir par son effet envisagé sur le corps et de se penser comme un·e pratiquant·e potentiel·le. Certains travaux de sciences sociales ont déjà montré que plus une pathologie est visible, plus les individus sont susceptibles de percevoir l'AP comme un outil de prise en charge, lorsqu'ils sont conjointement insérés dans un environnement médicalisé qui insiste sur la pratique d'AP comme outil thérapeutique et outil de responsabilisation (Thomas et al. 2014). Dans notre cas, si la grosseur représente pour certain·es une pathologie visible (l'obésité), cela ne conduit pas automatiquement à faire de l'AP un outil crédible de prise en charge.

Il s'agit ici encore de s'attarder sur la diffusion et la mise en pratique d'une norme qui associe l'AP à la santé et/ou à l'amincissement, ou tout du moins à un effet positif sur le corps (Génolini et Clément 2010). Le mécanisme d'adhésion à une définition de l'AP comme un outil de modification de soi est particulièrement difficile à objectiver dans la mesure où il est produit par de nombreuses sources. Les messages de santé publique (Morales 2019) ou médiatiques (Radel 2012), les discours de médecins, d'enseignant·es ou encore de proches contribuent à la constitution d'un faisceau d'injonctions à la pratique d'une AP dans le but d'obtenir un profit corporel lié à la minceur ou à la santé. Si l'accumulation de ces messages produit sans doute des effets, il reste à élucider les moments clés qui poussent à la mise en pratique. Certaines injonctions spécifiques peuvent être particulièrement cruciales, notamment quand elles s'inscrivent dans une prise en charge médicale du poids, comme nous avons pu le voir avec le cas de Simone (52 ans, commerciale, Doctorat, pratiquante depuis deux ans [Association APA]) au chapitre précédent. Incitée par son médecin nutritionniste d'un service spécialisé à réaliser des AP régulières, elle pratique depuis deux ans de l'aquagym une à deux fois par semaine, principalement pour des raisons de santé. Elle passe ainsi, du fait des incitations médicales, du statut de « non-pratiquante » à celui de « monopratiquante régulière ».

Le fait que Simone soit fortement diplômée (titulaire d'un doctorat) favorise sans doute la prise en compte des recommandations du spécialiste qu'elle consulte, en ce qu'elle manifeste un rapport au corps des classes supérieures lié à « la croyance dans la possibilité d'exercer un contrôle sur le destin corporel » (Schlegel 2022, p. 390). Les entretiens révèlent que l'association, dans les représentations, entre AP et profits corporels potentiels, a d'autant plus de chances de se former qu'elle émane d'individus légitimes et dominants (comme c'est le cas avec un médecin spécialiste) et qu'elle s'adresse à des individus diplômés. De nombreux travaux ont déjà mis en avant le fait que l'origine sociale est déterminante dans la mise en pratique de normes corporelles, notamment médicales (Gojard 2010). Les femmes et les membres des classes moyennes et supérieures sont ainsi particulièrement sensibles aux recommandations en termes de santé, dans une logique moins curative que préventive et sous la forme d'une « nécessité » morale (Régnier et Masullo 2009). On peut ici affiner encore davantage les résultats que nous avons exposés dans la partie II. Non seulement les individus des classes moyennes et supérieures fréquentent davantage l'institution médicale[343], mais celle-ci semble d'autant plus efficace envers eux, notamment pour faire adopter des comportements « sains », comme la pratique régulière d'AP.

L'importance de la classe sociale se révèle dans les cas d'ascension sociale. En tant qu'élément d'un style de vie situé socialement, la pratique d'AP implique de se sentir autorisé à adopter des pratiques qui peuvent être dissonantes par rapport au milieu d'origine :

> « *Et quand vous étiez plus jeune, vous faisiez des activités physiques ? Du sport ?*
>
> *Non. Non. Quand tu es issue d'une grande famille recomposée et tout. Et puis, on n'avait pas cette éducation. Et puis, moi, tout de suite, je suis tombée malade à l'âge de 13 ans. Donc, c'était toujours l'hôpital, l'hôpital, l'hôpital. Et deux récidives. Pareil, l'école je suis la seule à pas avoir été beaucoup à l'école. Et dans ce temps-là, si, il y avait des*

[343] À titre d'exemple, on peut rappeler que la probabilité de n'avoir jamais consulté de médecin spécialiste décroit avec l'augmentation du revenu (cf. Chapitre 3).

dames en rose. Là, on faisait des activités dans l'hôpital. On faisait beaucoup d'activités. […]

Personne ne faisait de sport dans votre famille ?

Non. On n'a jamais fait de sport. À part à l'école. Non, non. Tout a été moi-même.

Et vous avez commencé quand à faire vous-même ?

C'est quand j'ai commencé à travailler, à prendre mon indépendance, à passer mon permis, à tout. À me détacher de cette famille. Parce que j'ai appris aussi dans la... avec le travail de psychologue, du psychiatre, que ma famille, elle était... c'était des parasites. Parce que dans cette famille, il y avait la drogue, il y avait l'alcool, il y avait la prison, il y avait tout. Et donc, enfin... »

Régine, 55 ans, secrétaire médicale, Baccalauréat, pratique irrégulière depuis plusieurs années [Service nutrition].

La pratique d'AP apparait comme un élément de stylisation de la position sociale pour marquer une distance avec les fractions précaires de l'espace social auxquelles la famille de Régine appartient. Se sentir autorisé à adopter des pratiques d'AP peut advenir d'autant plus facilement que les individus sont en ascension sociale, passant notamment des fractions précaires aux fractions stables des classes populaires, comme c'est le cas de Régine, qui alterne entre la non-pratique et une attitude de type « monopratiquante régulière ». Ayant eu au cours de sa vie de nombreuses pathologies lourdes, Régine fréquente (très) régulièrement l'institution médicale, dans laquelle elle se voit conseiller d'adopter des pratiques d'AP qu'elle met en œuvre en « dents-de-scie » du fait, selon elle, d'un « *manque de motivation* et d'un entourage peu aidant. On peut ici amorcer une critique de notre modèle statistique construit sur une CAH exposé en début de chapitre. Les variations régulières de pratiques y sont « écrasées », dans la mesure où l'enquête ENPPS tend à moyenner les pratiques des individus à l'échelle d'une année. Si on la plaçait dans l'espace des pratiquants, Régine serait sans doute considérée comme une faible pratiquante au regard du total de ses pratiques annuelles, alors même qu'elle alterne des périodes de pratique régulière avec des périodes de non-pratique.

L'autre élément qui permet de penser l'AP comme un outil envisageable de transformation de soi se situe au sein des socialisations individuelles. Le fait d'avoir déjà pratiqué des activités physiques organisées produit un « précédent » qui instaure comme pensable le fait de pratiquer à nouveau. Les travaux de Marcellini et al. (2016) et Knobé (2019) ont en effet déjà montré dans le cadre de l'APA que la pratique passée d'une AP modifiait fortement les rapports à l'AP des pratiquant·es, gros·ses ou non, et facilitait l'engagement sur des durées plus longues que le temps des dispositifs observés. Ces formes de socialisations passées à l'AP sont socialement situées au sein des classes moyennes et supérieures, plus enclines à pousser leurs enfants à se familiariser à de multiples AP (Mennesson et al. 2021 ; Mennesson, Bertrand et Nicaise 2019). On l'a vu au chapitre précédent, le gradient social de pratique d'AP se retrouve en partie dans le cas de l'obésité, en lien semble-t-il assez fort avec le diplôme. De plus, les fractions de l'espace social à fort capital culturel, mais aussi les femmes, sont celles qui valorisent le plus les activités de forme(s) liées à la santé (Garcia et al. 2023), ce qui facilite, là encore, l'engagement dans des AP préconisées par le corps médical – contrairement aux hommes et

aux fractions à fort capital économique de l'espace social, qui valorisent davantage la compétition :

> « *Vous avez déjà fait du sport, ou de l'activité physique dans un cadre organisé, d'une asso', un club ?*
>
> *À HEC, je faisais du rugby parce que je ne sais pas, je me suis fait embrigader. C'était rigolo. On allait dans les autres écoles de commerce, on allait picoler. Puis je me prenais des roustes parce qu'au début, j'étais pilier. Parce que je te rappelle qu'à l'époque, j'étais déjà gros.* »
>
> Clément, 40 ans, comédien, Master, pratique de manière irrégulière depuis plusieurs années [Service nutrition].

Clément représente un profil de « touche à tout autonome », ayant des pratiques variées, pas nécessairement dans un cadre associatif, et pour des raisons multiples qui touchent en partie à la santé, mais pas uniquement, comme on peut le voir dans l'extrait. Si la compétition est possible pour les personnes grosses comme Clément, la performance implique dans de nombreuses activités d'avoir un corps relativement mince, sauf dans de rares activités plutôt masculines, comme ici le rugby[344]. L'importance de la minceur dans les déterminants de la performance de la majorité des activités sportives confine alors la pratique des personnes grosses, et en particulier des femmes grosses, à des activités non compétitives et sans autre but que le mouvement lui-même. Mais cela leur permettrait toutefois de correspondre davantage aux recommandations de santé publique, en pratiquant les « bonnes » activités.

Les socialisations aux AP dans l'enfance et les incitations à pratiquer ne suffisent cependant pas à faire que les personnes grosses pratiquent. En effet, se représenter comme un·e pratiquant·e potentiel·le, et donc légitime est également nécessaire, comme le montre l'exemple de Vanessa :

> « *Et pourquoi t'as arrêté au lycée, les activités danse et natation ?*
>
> *Hmmm, pourquoi j'ai arrêté ?* [réfléchit un moment] *parce que les finances de mes parents déjà, et puis… l'envie, et j'avais déjà commencé à prendre pas mal de poids. J'étais rondelette, et à la fin du collège je commençais à grossir, et au lycée j'étais obèse, et après j'avais plus envie, je pensais que c'était pas pour moi le sport.*
>
> *Tu pensais que c'était pour qui ?*
>
> *Euh… pour les gens athlétiques, pour les gens athlétiques, voilà.* »
>
> Vanessa, 30 ans, infirmière en reconversion, Licence, pratiquante depuis six mois [Association APA].

Cet extrait donne des indices concernant l'importance des socialisations antérieures, ici fortement genrées, sur l'engagement présent, dans la mesure où les pratiques actuelles de Vanessa constituent pour elle une « reprise » (Knobé 2019) d'activités, notamment la natation, qu'elle appréciait déjà avant. Mais cet extrait révèle également le fait que ne plus représenter l'image de la sportive après une prise de poids a pu causer l'arrêt d'une pratique qui lui procurait

[344] Les pratiques de Clément (le rugby notamment) s'opposent en partie au « bon » style de vie, médicalement valorisé, dans la mesure où elles impliquent un risque corporel jugé trop important.

pourtant du plaisir. En effet, la spécificité des personnes grosses tient au fait qu'elles ne possèdent pas le corps généralement admis comme étant celui des pratiquant·es d'AP – le sportif idéal est rarement représenté sous les traits de la grosseur, bien au contraire[345]. C'est le cas également des personnes âgées et/ou ayant une pathologie particulière. Cette représentation d'un·e pratiquant·e comme une personne mince et tonique produit l'exclusion des personnes grosses de l'espace définitionnel de ce que sont les pratiquant·es d'AP, et mène parfois à leur auto-exclusion. Cette auto-exclusion est par ailleurs plus prononcée pour les femmes que pour les hommes, car la répartition genrée des activités conduit au fait que ces dernières, surtout si elles appartiennent aux classes moyennes et supérieures, investissent, en plus d'activités liées à la santé, des activités impliquant et façonnant des corps minces, telles que la danse, la gymnastique (artistique et plus encore rythmique) (Davisse et Louveau 1998) ou le twirling bâton (Pouillaude 2022). De plus, l'auto-exclusion semble d'autant plus importante pour les individus déjà gros pendant leur scolarité, comme c'est le cas pour Vanessa, du fait des moqueries et stigmatisations courantes à l'école et en éducation physique et sportive (EPS).

Pour s'engager, ou se réengager, dans une pratique organisée, il semble alors que le ou la pratiquant·e doit (re)construise une image de soi comme potentiel·le pratiquant·e, c'est-à-dire que s'opère une redéfinition de ce qu'est un·e pratiquant·e d'AP, pour s'y inclure. Dans ce cadre, l'activité physique adaptée – qui a constitué une grande partie de notre terrain d'enquête – permet à ces femmes, mais aussi à de rares hommes, de pratiquer dans un contexte différent de ce que véhicule l'espace sportif traditionnel.

C. Trouver une offre adaptée

Cette redéfinition ne peut s'opérer que sous certaines conditions concrètes. Le « *contexte agréable* », avec « *beaucoup de bienveillance* », qu'évoque Francine (66 ans, psychologue du travail à la retraite, Master) s'agissant de l'association enquêtée, rend bien compte de l'importance de l'environnement de pratique quand il s'agit de s'y engager. Trouver un lieu qui permette cette (re)définition de soi parait une condition *sine qua none* à l'engagement. Le contexte de début ou reprise de l'AP doit être particulièrement sécurisant, ou défini explicitement par son adaptation aux personnes grosses, comme le montrent également les travaux sur le diabète (Barth, Perrin et Camy 2014) ou sur la prise en charge clinique de l'obésité (Jacolin-Nackaerts 2018). Cet entre-soi adapté permet aux pratiquant·es de se sentir légitimes de pratiquer tout en évitant d'éventuelles moqueries ou stigmatisations :

> « *Parce que les clubs de grand-mère qui font, enfin les clubs pour séniors qui font de l'aquagym, ça n'a rien à voir.*
>
> *Vous êtes déjà allée ?*
>
> *Non, enfin j'avais testé à* [ville] *une fois, mais bon, je suis allée une fois, pas deux* [rires].
>
> *Ça vous plaisait pas ?*

[345] Quelques exceptions sont à noter, dans les catégories lourdes des sports à catégories de poids, dans les lancers de poids et de marteau, au rugby ou dans le sumo.

Non, non, en plus, je sais pas, c'était peut-être le début d'année, mais y avait un monde, un monde, on pouvait pas bouger dans la piscine. Et puis non, c'était pas mon truc [rires]. *Pis c'est pareil, hein, se mettre en maillot quand on est gros face à des gens qui le sont pas, qu'ils soient vieux ou jeunes, c'est pareil, hein !* »

Patricia, 65 ans, assistante de direction à la retraite, Baccalauréat, pratiquante depuis trois ans [Association APA].

Le contexte, ici, d'une association d'AP adaptée et dédiée aux personnes « obèses » est un exemple des environnements dans lesquels les personnes grosses peuvent se sentir autorisées, voire légitimes à pratiquer une AP. Si, pour Patricia, les autres clubs ne sont « *pas* [son] *truc* », c'est bien parce qu'elle se sent exclue de ces espaces du fait d'une déviance corporelle, n'ayant pas le corps légitime pour pratiquer en étant « *gros face à des gens qui le sont pas* »[346]. L'association d'APA lui permet ainsi de retrouver des individus « *comme elle* », c'est-à-dire de corpulence et d'âge proches, pour pratiquer de l'aquagym régulièrement.

Il est important de rappeler que ces contextes favorisant la réussite et/ou l'entre-soi doivent être situés à une distance estimée comme raisonnable par les individus, et être facilement accessibles La pratique doit aussi pouvoir s'insérer dans les emplois du temps, sachant que toutes les classes et fractions de classes sociales ne sont pas égales face aux ressources qui permettent de gérer le temps pour planifier des activités régulières pour soi (Duvoux 2023 ; Henri-Panabière et al. 2019). Ces contextes impliquent aussi presque toujours un coût économique qui dissuade d'emblée les plus précaires.

L'entrée dans une carrière de pratiquant·e d'AP pour une personne grosse n'est donc pas réductible à une « motivation » qui serait présente dans la psyché de l'individu. Les conditions à l'engagement initial dans une pratique physique sont davantage à rechercher dans des causes sociales relatives à l'histoire individuelle façonnée par la trajectoire sociale de personne grosse, prise dans des conditions socio-économiques et des normes corporelles classées et genrées. Elle dépend également de l'offre associative spécifique dans son environnement. Quitter la catégorie de « non-pratiquant » nécessite des conditions sociales particulières, et n'est jamais acquis une fois pour toutes. On peut maintenant se pencher sur ce qui permet à certains individus de pratiquer régulièrement, en devenant des « touche-à-tout autonome », des « monopratiquants réguliers », ou de rester, finalement, « monopratiquants malgré eux », toujours susceptibles de mettre un terme à leur carrière de pratiquant.

III. Continuer : dissocier santé et minceur

Il ne suffit pas de s'engager une fois dans une AP organisée pour devenir un·e pratiquant·e régulier·e : la deuxième étape de la carrière de pratiquant·e d'AP représente le fait de continuer à moyen terme la pratique, c'est-à-dire sur plusieurs semaines ou mois. Cette étape impliquerait, pour la majorité des individus, une conversion de point de vue sur ce que signifie « être en bonne santé ». Pour continuer à pratiquer, nos enquêté·es redéfinissent la santé physique non

[346] Pour rappel, nous avons montré au chapitre 6 que les personnes grosses mentionnent deux fois plus que les personnes normopondérées la peur du regard des autres comme un frein à la pratique d'AP.

pas par la minceur, mais par d'autres paramètres physiologiques moins directement visibles. Cette nouvelle définition de la santé passe par un apprentissage de la perception des effets de la pratique, à court terme et à moyen terme.

A. Apprentissage conjoint des techniques et des effets directs

La typologie identifiée par Becker (2020), retravaillée par Darmon (2008a), pour décrire des carrières déviantes peut être mise à profit dans ce contexte pour comprendre la façon dont les pratiquant·es apprennent non seulement à agir d'une certaine manière, donc à maitriser des techniques sportives, mais aussi à en percevoir les effets sur leur corps. C'est par cet apprentissage conjoint des techniques, mais aussi de leurs critères de réalisation, et de la perception des effets, que les pratiquant·es identifient les bénéfices potentiels de l'AP sur leur propre corps :

> Émilien (pratiquant depuis quatre mois) dit à R., l'enseignant APA, qu'il a eu des courbatures aux jambes suite à la séance précédente, et évoque le fait qu'il a eu de grandes douleurs pour monter une côte près de chez lui. R. lui demande s'il a eu des courbatures au dos aussi. Émilien répond qu'il était trop focalisé sur ses douleurs aux jambes pour le remarquer. Sylvie (pratiquante depuis un an) n'évoque pas non plus de douleur aux muscles du dos. R. leur dit que l'exercice de squat en portant une charge qu'ils ont fait la semaine passée aurait dû leur donner des courbatures au dos.
>
> Observation d'un cours de circuit training dans les locaux de l'hôpital, janvier 2024.

Les individus sont ainsi soumis à un travail normatif des encadrant·es visant à faire associer certaines sensations perçues avec la réalisation d'exercices définis. Les pratiquant·es sont alors incité·es à se concentrer sur telle ou telle zone du corps, et à potentiellement remettre en question leur façon de réaliser les exercices dans le cas où les sensations « normalement » attendues ne seraient pas ressenties. Si cet apprentissage se fait en pratiquant, il est également produit par l'explicitation et le langage, comme on peut le voir ici lorsque l'encadrant questionne les adhérent·es sur la partie du corps mobilisée. En donnant des informations et en questionnant les pratiquant·es, les enseignant·es APA, mais également les autres pratiquant·es, par des discussions, aident au codage des sensations liées aux techniques réalisées :

> Pendant la séance, Gabrielle (pratiquante depuis deux ans) dit que « *ça fait mal aux bras* », Simone (pratiquante depuis deux ans) lui dit alors qu'elle a « *mal aux jambes* », que c'est « *bizarre* ». Elle me redira en sortant qu'elle trouve « *bizarre* » le fait d'avoir mal aux jambes pour des exercices qui, selon elle, mobilisent davantage les bras.
>
> Observations d'un cours d'aquagym, association APA, janvier 2022.

Les consignes de l'enseignant·e APA incitent parfois à une focalisation de l'attention sur certaines parties du corps, ce qui permet, si cette consigne est suivie d'effets, de structurer la perception des effets associés. Dans les observations, il apparait que c'est davantage envers les « nouveaux·elles » que les encadrant·es prodiguent leurs conseils en termes de sensations. À cet égard, le contact direct peut également être utilisé par les enseignant·es pour accentuer les effets de certains exercices :

> Lors de l'exercice qui consiste sur une chaise à lever le genou tout en le retenant avec sa main, l'encadrante vient vers chaque personne pour pousser avec sa main et aider à réaliser l'exercice.

> Les adhérent·es s'étonnent du fait que « *ça change beaucoup* ». Magali dit que quand elle le fait elle-même, ce n'est pas aussi dur. L'encadrante dit qu'elle a bien vu qu'ils ne « *sentaient pas* » l'exercice.
>
> Observations d'un cours de gymnastique, association APA, mars 2022.

Loin d'être naturelle et évidente, cette association des effets et des sensations est le produit d'un travail collectif dans la pratique physique, comme le note Becker (2020) et contrairement au travail individuel de codage de sensations de faim identifié par Darmon (2008a) au sujet des anorexiques. Toutefois, cet apprentissage des techniques et de leurs effets ne relève pas d'un processus automatique et identique pour tous. La présence d'inégales cultures somatiques est depuis longtemps établie dans la littérature (Boltanski 1971 ; Nicaise, Mennesson, et Bertrand 2020), et le travail de terrain montre la variation des appropriations des techniques et des perceptions liées. Non seulement l'attention au corps est socialement distribuée, faisant des individus appartenant aux classes populaires les moins enclins à se pencher sur leurs sensations, mais la pratique antérieure d'une AP vient là aussi moduler le degré de perception de ses effets. Les personnes de cette enquête ayant déjà antérieurement pratiqué une AP, appartenant principalement aux classes supérieures, sont également celles qui perçoivent le mieux et le plus rapidement les effets attendus. Ce sont également celles qui sont capables de nommer avec précision les parties du corps sollicitées par les exercices.

L'apprentissage à court terme des techniques et de leurs effets constitue une étape de la carrière de pratiquant·e d'AP dans la mesure où elle est un des objectifs des encadrant·es. Si une familiarisation avec ces techniques et leurs effets peut suffire, l'impossibilité pour un individu de correspondre à cette attente reviendrait à se trouver en difficulté et donc à se sentir potentiellement exclu de la définition des pratiquant·es potentiel·les, ce qui peut causer un arrêt précoce de la carrière, comme le montre l'exemple d'Audrey :

> « *Les premières séances de gym étaient vraiment compliquées, il y avait des exercices que je pouvais pas faire, parce qu'on faisait des passages au sol, etc. Et du coup, me mettre à genoux, me relever, c'était vraiment compliqué. Et j'ai jamais trouvé d'affinité vraiment avec la gym, c'était quelque chose que je faisais plus par obligation qu'autre chose, et j'étais très contente d'arrêter d'y aller.* »
>
> Audrey, 30 ans, professeure des écoles, Master, pratiquante depuis un an et demi [Service nutrition]

Le fait qu'Audrey soit en difficulté dans les exercices à réaliser dans le cadre de la gymnastique la pousse assez rapidement à arrêter cette pratique qu'elle perçoit comme une contrainte. Ce n'est pas le cas de la boxe, qu'elle pratique une fois par semaine depuis un an et demi et qu'elle apprécie, entre autres parce qu'elle se sent en réussite, notamment en ayant « *la bonne force* » pour « *taper dans le sac* ». Dans le cas d'Audrey, c'est moins l'absence de socialisation sportive antérieure (elle a pratiqué des sports collectifs de son enfance au début de l'âge adulte) qui l'amène à se trouver en difficulté dans l'acquisition des « techniques » requises, mais plutôt sa

corpulence importante au regard de la nature des exercices qui lui sont demandés, imposant des gestes trop difficiles pour elle[347].

Ainsi, malgré des pratiques régulières d'AP dans des contextes associatifs variés, Audrey se trouve limitée dans les possibilités de pratiquer davantage, et de passer pleinement dans la catégorie de « touche à tout » ou de « multipratiquante intensive ». Les conditions qui rendent peu probable l'élargissement de ses pratiques d'AP sont à trouver dans l'offre d'AP défavorable aux personnes grosses évoquée au chapitre 6. Y faire face implique alors des socialisations sportives importantes, pour combler le désavantage d'une forte corpulence dans la grande majorité des activités. La configuration historique qui rend la plupart des AP défavorables aux personnes grosses limite la possibilité d'être effectivement « touche à tout » ou « multipratiquant intensif » à certaines combinaisons d'AP (qui elles seraient favorables) ou à certains individus ayant des socialisations sportives importantes (leur permettant de satisfaire aux exigences des AP sans être en trop grande difficulté).

B. Anticiper des effets à long terme et dissocier la santé de la minceur

L'apprentissage des techniques et de leurs effets à court terme n'est pas la seule condition à la poursuite de la carrière de pratiquant·e d'AP. Pour continuer à s'engager sur un moyen terme dans une AP organisée en tant que personne grosse, il semble nécessaire d'adopter (ou de posséder au préalable) une définition de la santé dissociée de la seule minceur. En effet, la pratique d'une AP ne peut se maintenir que si les profits espérés sont à un moment ou à un autre obtenus, ou tout du moins considérés comme atteignables de manière réaliste. À cet égard, le profit espéré de minceur semble progressivement abandonné par les individus engagés depuis un certain temps ou intensivement. L'objectif de perte de poids est alors redéfini comme un objectif de maintien du poids accompagné d'un profit espéré de santé davantage lié à la diminution de l'essoufflement, aux capacités physiques générales, à la qualité de sommeil ou à des paramètres biologiques invisibles sans outils spécifiques (comme des analyses sanguines). Le cas de Vanessa est ici intéressant : après un vécu sportif de club dans l'enfance, puis des tentatives écourtées de pratiques physiques plus ou moins organisées, elle évoque un travail de conversion de regard sur son poids et sa santé indispensable pour le maintien dans le temps d'un engagement dans l'AP :

> « *Je viens pour prendre du plaisir et me réconcilier avec moi-même ; et intégrer durablement l'activité physique, et non pas le sport, mais l'activité physique, comme un mode de vie et comme quelque chose pour bien vieillir en fait.* […] *C'est pas comme si je me détestais et je me trouvais horrible, je suis passée un peu à autre chose. Je dis pas que je trouve que je suis ravissante, que j'adore mes bourrelets, mais j'ai fait la paix avec eux.* […] [sur le fait de s'engager dans un club d'AP] *C'est le changement psychologique, sans ça, sans cette évolution, sans cette réconciliation, ça aurait pas été possible, pour moi. Il ne fallait plus vouloir perdre du poids, mais vouloir une meilleure santé.* »

[347] Nous pouvons également faire l'hypothèse de la présence d'un goût développé en amont, lui faisant préférer le fait de frapper fort dans un sac plutôt que de réaliser des mouvements gymniques, sans pour autant que l'enquête ne puisse situer la genèse de ce goût au regard d'une position de classe ou de genre.

> Vanessa, 30 ans, infirmière en reconversion, Licence, pratiquante depuis six mois [Association APA].

Ne « *plus vouloir perdre du poids mais vouloir une meilleure santé* » indique bien le processus de dissociation opéré entre la santé et la minceur ainsi qu'une nouvelle définition de la finalité de l'AP : l'amélioration de paramètres physiologiques peu visibles. Cette nouvelle vision de la santé implique alors d'abandonner certains critères externes, tels que la balance ou le tour de taille, au profit de critères internes liés à la composition corporelle, au métabolisme et aux sensations somatiques. C'est ce qui l'amène à augmenter, diversifier et maintenir des pratiques d'AP multiples, la faisant rentrer objectivement dans la catégorie de « touche à tout autonome »[348]. En tant qu'infirmière, et par ailleurs en ascension sociale, Vanessa est d'autant plus en mesure d'adopter une vision de la santé centrée sur des paramètres moins visibles que la corpulence, dont on a vu en partie II à quel point elle était liée aux dispositions de classe du haut de l'espace social. C'est sous cet angle que Béatrice décrit également les profits escomptés liés à l'AP :

> « *Mes analyses, ça va bien. Et ça aussi c'est encourageant, on se dit ça sert, parce que c'est une chose de s'entendre dire faire de l'activité physique ça va vous aider effectivement à mieux assimiler.* […] *Mais quand on se rend compte qu'effectivement, ça joue aussi à tous les niveaux, on se sent mieux, on a de meilleures analyses, on a plus de tonus, on a moins mal au dos… J'ai moins mal au dos depuis que j'ai commencé l'activité physique, donc c'est aussi un truc… c'est bien ! Donc, tout ça forcément ça motive à faire plus.* »
>
> Béatrice, 50 ans, traductrice, Master, pratiquante depuis sept mois [Association APA].

Si le fait de maintenir un poids est toujours présent dans les objectifs liés à l'AP, il ne l'est plus que dans un second temps. Une nouvelle vision de la santé, non plus comme image du corps mais comme capacités physiques (avoir « *plus de tonus* »), données biologiques (les « *analyses* ») mais aussi sensations, se développe chez une grande partie des enquêté·es par la pratique et se réalise également en partie par le travail des professionnel·les de santé[349] et des enseignant·es en APA. Par leurs questionnements récurrents, ces dernier·ères poussent les pratiquant·es à une exploration somatique dans différents domaines.

> À la fin du cours de gymnastique, l'encadrante demande aux adhérent·es s'ils ou elles ressentent déjà des « *bénéfices sur* [leur] *santé* » de l'activité physique depuis le mois de septembre (« *des quoi ?* » ironise Pascal avec un sourire en feignant ne pas connaitre le mot). Francine dit que ça l'a aidée à perdre du poids, qu'elle en a d'abord gagné, puis perdu depuis le début d'année. Françoise déclare être moins essoufflée quand elle monte l'escalier du métro. Josefa dit qu'elle est moins fatiguée pour marcher, que maintenant elle peut sortir l'après-midi alors qu'avant c'était compliqué.
>
> Observation d'un cours de gymnastique, association APA, décembre 2021.

[348] Depuis cette « *évolution* », elle pratique cinq AP différentes par semaine dans plusieurs cadres associatifs.
[349] Les chapitres 4 et 5 ont montré à quel point l'abandon d'un objectif de perte de poids constituait un axe majeur de travail de représentation des patient·es, d'autant plus efficace que ces dernier·ères sont situé·es haut dans l'espace social.

Ces questionnements sur les « *bénéfices* » liés à la santé contribuent à définir comme normal le fait de rechercher certaines sensations liées à la fatigue et aux capacités physiques et de les définir comme résultant de l'AP pratiquée régulièrement. La vision de la santé fondée sur des paramètres peu visibles et dissociée de la minceur est indispensable pour la poursuite de l'AP dans la mesure où la minceur semble être un objectif incertain et difficilement atteignable autrement que sur un très long terme (Elagizi et al. 2020). La très difficile perte de poids impose un ajustement des profits espérés à la réalité : si l'AP génère des profits corporels, ils sont moins liés à la minceur qu'à des paramètres non directement visibles. Cette vision de la santé sur un mode préventif à long terme est plus fréquente parmi les membres des classes moyennes et supérieures (Vandebroeck 2016), comme c'est le cas de Béatrice, évoquée précédemment. Les individus issus des classes populaires, qui résistent davantage à l'adoption de cette vision, sont plus enclins à se trouver démunis et à se dévaloriser de ne pas réussir à mincir, comme nous l'avons montré en partie II dans le service hospitalier enquêté.

En somme, la socialisation secondaire que produit la pratique d'AP chez les personnes obèses (ici l'intégration d'une nouvelle représentation de ce qu'est la santé et de ce que permet l'AP) est d'autant plus probable que les individus manifestent au préalable un rapport à la santé préventif ; et nous avons bien vu au cours de la partie II, notamment au chapitre 3, que ce type de rapport à la santé concerne majoritairement les femmes et les membres des classes diplômées. Ce résultat vient appuyer la proposition théorique que nous avons présentée en fin de partie II : une socialisation secondaire ne peut se réaliser que si elle modifie à la marge le noyau dispositionnel sur lequel porte le travail socialisateur. Ici, c'est bien parce que les nouvelles représentations de la santé et de l'AP ne bouleversent pas le rapport à la santé préventif des individus qu'elles peuvent s'imposer.

La définition de la santé comme dissociée de la minceur est en outre la vision dominante parmi les professionnel·les de la médecine de l'obésité, pour qui « *le poids n'est pas un critère pertinent* », malgré son utilisation récurrente lors des consultations (cf. Chapitre 4). Ainsi, adopter la vision d'une santé dissociée de la perte de poids est d'autant plus probable lorsque l'individu fréquente d'autres institutions qui se font le relais de cette définition de la santé, comme les espaces dédiés à la médecine de l'obésité, par exemple. L'ancienneté d'une surcharge pondérale est ici déterminante : nous observons que les individus pris en charge précocement par la médecine de l'obésité sont les plus à même d'être régulièrement confrontés à cette définition particulière de la santé, et donc de l'adopter. À cet égard, les femmes consultent davantage et plus tôt des spécialistes de l'obésité que les hommes, tout comme les membres des classes supérieures par rapport aux classes populaires (cf. Chapitre 3), ce qui rend plus probable chez ces individus l'intégration d'une vision de la santé comme étant détachée de la minceur. Citée plus haut, Vanessa, infirmière et se décrivant comme grosse depuis l'enfance, se situe donc dans une position « idéale » pour adopter cette vision de la santé en ce qu'elle a pu notamment consulter plusieurs spécialistes de l'obésité au cours de sa vie. C'est bien par cette intégration progressive d'une représentation de la santé prônée par les professionnel·les de l'obésité qu'elle passe d'une pratique d'AP en dents de scie, alternant entre « monopratiquante régulière » et non pratiquante, à une pratique de type « touche à tout autonome » bien plus fréquente.

Jacolin-Nackaerts a déjà montré que les individus qui espèrent des bénéfices en termes de perte de poids ont plus tendance à arrêter la pratique à la sortie du dispositif étudié : « l'activité physique se transforme en un outil de contrôle de son poids et de son métabolisme plutôt qu'en un temps de pratique hédoniste, convivial et gratuit » (2018, p. 113). Elle constate que seul·es les patient·es motivé·es par la compétition continuent de pratiquer, en détournant au passage les prescriptions médicales au profit d'activités plus intenses ou en club. Grâce à nos données, nous postulons que la poursuite d'un engagement dans une AP peut advenir lorsque les individus transforment l'AP en un outil de santé à long terme, et non plus uniquement en un outil de contrôle du poids (ou alors seulement dans une visée de maintien du poids). Le rôle des institutions médicales, et peut-être surtout des spécialistes de l'obésité, est alors fondamental pour transformer progressivement cette représentation des usages de l'AP, en conformité avec une vision de la santé préventive dominante parmi les classes moyennes et supérieures.

IV. Persévérer : prendre du plaisir

La dernière étape de la carrière de pratiquant·e d'AP représente l'engagement durable dans une activité physique, sur une ou plusieurs années. Cette dernière étape ne peut se réaliser qu'à la condition d'une nouvelle définition de l'AP, associée cette fois au plaisir, comme ont pu déjà le repérer certains travaux dédiés à des dispositifs de prise en charge médicale par l'AP (Barth, Perrin, et Camy 2014). L'engagement à long terme implique en effet que la finalité de l'AP ne soit plus (uniquement) la santé, mais le plaisir ressenti dans ou après la pratique. Ce développement du goût pour le mouvement constitue véritablement une disposition, c'est-à-dire une inclination à agir dans des contextes analogues. Certains travaux concernant des dispositifs de prise en charge de l'obésité par l'AP constatent leur impossibilité à convertir les dispositions des individus et à transformer durablement leur rapport à l'AP (Jacolin-Nackaerts 2012, 2018). Nous nous appuyons sur ce constat pour analyser ce qui, dans le temps long, peut conduire certains individus à développer un goût pour la pratique physique. Comment le goût pour l'AP peut-il venir aux individus ?

Le goût pour les effets de la pratique, contrairement à ce que décrit Becker (2020) au sujet des fumeurs de marijuana, se constitue lentement. Ce goût est en effet le produit d'un travail long de recodage des sensations d'effort sous l'angle du plaisir, qui prend au minimum plusieurs mois chez nos enquêté·es. Christopher pratique pour la première fois des activités de type fitness dans les cours collectifs d'une salle de sport, trois fois par semaine depuis un an, ce qui fait de lui en partie un « touche-à-tout autonome ». Il décrit le changement de rapport à la pratique qui s'opère au cours du temps :

> « *Et c'était quoi, votre motivation, à la base, pour vous inscrire à la salle de sport ?*
>
> *Perdre du poids. Et puis, prendre de bonnes habitudes de vie, quoi. Des habitudes saines. Et finalement, après, on ne devient pas accro, mais je dirais que… Si j'allais pas au sport trois fois dans la semaine, ça me gênait, en fait. Parce que je… Je sais pas comment expliquer ça. Je sentais que dans mon corps s'accumulaient, finalement, des déchets.* […] *Et je me dis que, finalement, quand on fait du sport, on élimine… Plein de choses, quoi. Du coup, c'est vrai que quand j'y allais que deux fois, ça me manquait, en*

fait, finalement. Et j'y trouvais quand même du plaisir à faire du sport. En sortant de la séance, on se sent bien. Ben voilà, on libère les hormones endorphines et tout, donc on se sent bien. C'étaient mes deux motivations. Au départ, c'était perdre du poids. Et puis après, c'était de se sentir bien et d'évacuer peut-être aussi le stress. »

Christopher, 36 ans, cadre de santé, Maitrise, pratiquant depuis un an [Service nutrition][350].

Christopher se situe ainsi dans une phase de transition où il abandonne progressivement un objectif de perte de poids au profit d'un objectif davantage centré sur le plaisir, sans pour autant que ce dernier ne soit sa seule raison de pratiquer, comme on peut le retrouver dans d'autres travaux sur des personnes diabétiques ou obèses (Barth et Lefebvre 2016). Les profits sanitaires, qu'il exprime par le fait d'éliminer des « *déchets* », restent présents aux côtés du fait de « *se sentir bien* » et d'« *évacuer le stress* ». Sa proximité professionnelle avec le milieu médical[351] joue sans doute un rôle dans le fait d'adopter la règle, couramment répétée par l'enseignant APA dans le service nutrition, selon laquelle les pratiques d'AP doivent être plaisantes.

D'autres entretiens permettent de voir plus précisément ce qui peut être source de plaisir dans la durée :

« *Vous disiez que c'étaient pas forcément les mêmes plaisirs entre la boxe et l'aquagym, pas les mêmes sensations ou pas les mêmes intérêts, est-ce que ça a changé au cours du temps depuis que vous avez commencé ?*

Alors, j'ai tout de suite beaucoup accroché à ces deux activités-là… Mais plaisir décuplé depuis que je suis capable de les faire de manière plus intense, en me sentant moins fatiguée. […] *La boxe, ça m'a vraiment plu dès le début, l'aquagym aussi. Et d'être capable de mieux performer, on va dire, pendant les activités physiques, ça n'a fait qu'accroître mon intérêt pour ces activités.* »

Audrey, 30 ans, institutrice, Master, pratiquante depuis un an et demi [Service nutrition].

Le « *plaisir décuplé* » qu'évoque Audrey, en lien avec l'amélioration de ses performances, est à la fois le produit d'une pratique répétée – Audrey réalisant deux fois par semaine des AP organisées – et le moteur de cette pratique, puisqu'il lui permet de maintenir son engagement important. Une autre enquêtée, Vanessa, évoque quant à elle « *la satisfaction à sentir le muscle travailler* » comme un plaisir nouveau dont elle ignorait l'existence, ce qui montre les adaptations liées au codage de sensations qui peuvent se produire dans la pratique. Ce plaisir ressenti l'incite à pratiquer cinq AP différentes par semaine. Cet investissement ainsi que les progrès associés lui permettent en outre d'accéder au statut « d'habituée » dans l'association, et lui autorise l'accès aux cours les plus intensifs. C'est aussi le cas d'Audrey, qui en vient à se considérer, mais aussi sans doute à être considérée, comme différente des « *nouveaux* » qui, découvrant la boxe, peinent à enchainer les exercices.

[350] Nous avons déjà mobilisé en partie cet extrait au chapitre 6 pour illustrer une forme de bonne volonté sanitaire appliquée à la pratique d'AP chez des hommes de classes moyennes et supérieures ou en ascension sociale. Nous nous permettons de remettre cet extrait, avec la suite du discours de Christopher, pour montrer cette fois-ci le changement de motifs de pratique qui peut s'opérer au cours du temps.

[351] C'est le cas d'autres enquêté·es, comme Vanessa (30 ans, infirmière en reconversion).

Le fait de penser les AP comme potentiellement plaisantes se fonde en partie sur l'expérience antérieure de pratiques pensées sous l'angle du loisir, comme l'illustre le cas d'Audrey lorsqu'elle est questionnée à ce sujet :

> « *Et avant ces deux expériences là de sport, vous aviez déjà fait du sport dans un cadre organisé ?*
>
> *Oui, depuis que je suis petite je faisais du sport, mes parents avaient toujours insisté pour qu'on ait une activité artistique et une activité physique quand on était petits. J'ai fait du basket, j'ai fait du volley, j'ai fait de l'athlétisme en club en extérieur. Et première année de fac, j'ai continué, j'ai fait de la Zumba et du volley premier semestre, deuxième semestre, et en fait après j'ai arrêté parce que j'avais plus le temps de continuer le sport et euh... Et j'en ai plus refait jusqu'à... jusqu'à là, du coup.*
>
> *OK, et vous faisiez du sport en compétition ?*
>
> *Non, non, juste en club pour le plaisir.*
>
> *Vous avez fait quand même beaucoup d'activités.*
>
> *Oui, ce qui ne changeait pas le fait que j'étais déjà ronde et obèse quand j'étais petite, mais je faisais de l'activité régulière.* »
>
> Audrey, 30 ans, institutrice, pratiquante depuis un an et demi [Service nutrition].

On peut supposer que ces expériences antérieures de pratiques de loisir, dont ses parents (appartenant aux classes moyennes) semblent être à l'origine, ont constitué une socialisation sportive particulière chez Audrey, qui l'amène actuellement à concevoir la possibilité de pratiquer par plaisir, et pas seulement pour la santé. Loin d'être distribuées de manière aléatoire, ces expériences sportives particulières (une incitation à pratiquer des activités multiples de loisir) ont d'autant plus de chance d'advenir dans les familles de classes moyennes et supérieures, notamment les fractions culturelles, en lien avec une certaine vision de ce que les AP peuvent apporter comme profits : bien-être, épanouissement, auto-discipline et rigueur (Nicaise, Mennesson, et Bertrand 2020).

Le codage des sensations liées à l'AP sous l'angle du plaisir se construit progressivement au fil de la pratique. Il résulte à la fois d'un travail personnel et de l'influence du contexte, notamment à travers les associations établies par les encadrant·es entre les sensations d'effort et celles de détente ou de plaisir :

> Jean dit à l'encadrante à la fin du cours que « *ça fait du bien* », qu'il se sent bien après les séances. Celle-ci lui répond que c'est sans doute parce qu'il doit bien réaliser les exercices, puisque ça active les hormones de la détente après.
>
> Observations d'un cours de gymnastique en association, janvier 2022.
>
> Alors que Sylvie signale qu'elle « *n'aime pas le sport* », malgré le fait qu'elle pratique trois activités différentes par semaine, l'encadrant lui dit qu'il y a forcément des activités qui lui plaisent. Elle répond qu'aucun sport ne lui plait, même la boxe, puisque c'est à chaque fois une souffrance. Il lui dit alors qu'elle doit quand même sentir des sensations de bien-être après le sport, de la détente. Elle semble confirmer.
>
> Observation d'un cours de circuit training dans les locaux de l'hôpital, décembre 2023.

En décrivant le processus physiologique à l'origine du plaisir, l'encadrante du cours de gymnastique propose à Jean un codage des sensations de plaisir comme associées directement à la pratique physique. L'encadrant du cours de circuit-training fait de même avec Sylvie, sans pour autant entrer dans une explication liée aux hormones, mais décrivant lui aussi dans une approche normative le bien-être et la détente que tout un chacun devrait « normalement » ressentir après une AP.

Cependant, certaines conditions peuvent ne pas être réunies pour permettre l'adoption d'une finalité de plaisir liée à l'AP. Le cas d'Angélique est particulièrement intéressant, dans la mesure où elle pratique depuis une dizaine d'années du badminton en club une à deux fois par semaine, ce qui fait d'elle un cas intermédiaire entre les « monopratiquants réguliers » et les « touche-à-tout autonome », dans la mesure où elle ne pratique qu'une seule activité, mais pour des raisons bien différentes de la santé. Elle mentionne par ailleurs les difficultés à maintenir dans le temps des activités correspondant davantage aux attentes des professionnel·les de santé :

> « *Vous avez parlé d'activité physique avec la médecin ou la diététicienne ou pas du tout ?*
>
> *Oui, alors, en fait, on a un vélo elliptique à la maison. Le problème, c'est que… autant aller au badminton deux fois par semaine, ça va, mais me servir du vélo elliptique, j'ai vraiment du mal à m'y mettre, quoi. Ou alors, est-ce que c'est parce que c'est à l'extérieur et que c'est dans l'optique de faire du sport ? Mais à la maison, toute seule, avec le vélo elliptique, j'ai du mal. Même, pendant des périodes, j'essayais de courir dans le jardin, mais j'y arrive pas. C'est… le fait d'être à la maison, je sais pas, c'est peut-être l'ambiance ou…* »
>
> Angélique, 35 ans, au chômage (ancienne technicienne), BTS, pratiquante depuis dix ans [Service nutrition].

Le cas d'Angélique révèle deux rapports très différents à l'AP suivant la nature des pratiques, avec d'un côté une AP qui peut être considérée comme un jeu et pratiquée en groupe, le badminton, et de l'autre des activités qui se pratiquent plutôt seul·e et dont la finalité repose sur la dépense énergétique qu'elles induisent, le vélo elliptique et la course. Angélique déclare ainsi pratiquer le badminton avant tout par « *plaisir* », tout en ayant « *vraiment du mal* » à maintenir un engagement à long terme dans la pratique d'activités plus orientées vers la santé et correspondant à la « bonne sportivité » dans le milieu médical (Ferez et Luauté 2008). Se décrivant comme obèse depuis l'adolescence, elle présente un rapport assez distant à la médecine, ne venant dans le service de nutrition qu'à la suite d'un problème de santé hormonal important. Par rapport à notre typologie du chapitre 3, elle se situe plutôt dans un rapport curatif à la santé, ce qui l'amène à venir dans le service nutrition « poussée » par d'autres professionnel·les de santé. Pour Angélique, le poids n'est pas un enjeu majeur (c'est en tous cas davantage un enjeu pour les médecins que pour elle) et elle pratique du badminton principalement pour d'autres raisons que sa santé et qu'une éventuelle perte de poids. Cette pratique, et le fait qu'elle en fasse régulièrement depuis de nombreuses années, lui permet également de se valoriser par rapport à des personnes plus minces qu'elles, dans un contexte associatif différent de l'APA. Elle raconte par exemple en entretien une anecdote sur le fait

qu'elle arrive à battre des personnes minces, ce qui peut les surprendre et les frustrer. Lorsque ces réactions surviennent, elle se dit vexée d'être *a priori* perçue comme peu performante.

La bonne volonté sanitaire ne constitue ainsi pas le seul principe à l'origine de l'engagement. Son cas révèle la difficulté à produire un engagement de long terme dès lors qu'il est perçu comme une (auto)contrainte, même sanitaire. On gagne alors, au moins pour des individus comme Angélique, à concevoir les rapports à l'AP comme un ensemble de dispositions sociales qui peuvent être disparates selon les activités pratiquées (Lahire 2011). On ne saurait parler d'une disposition sportive unique (et encore moins d'une motivation), tant les contextes peuvent varier, et donc appeler des dispositions très différentes. Ainsi, un contexte de pratique qui n'appelle pas les dispositions qui étaient au principe de l'engagement sportif d'un individu risque fort de provoquer le désengagement et la sortie de carrière. On le voit avec le cas d'Angélique, qui a un goût pour une AP, le badminton, pratiqué dans un contexte où elle peut s'opposer à d'autres (donc assez éloigné des contextes adaptés qu'on lui propose). Ce qui fait qu'elle ne pratique pas davantage des activités plus valorisées par l'institution médicale, c'est qu'elle a construit un goût localisé pour certaines dimensions de l'AP qu'on ne retrouve pas ou peu dans les AP de la bonne sportivité médicale.

On peut faire quelques remarques à partir du cas d'Angélique sur les travaux prenant pour angle la santé, ou plus spécifiquement les pratiques d'AP associées à la santé. Dans certains cas, la pratique d'AP est pensée *a priori* comme une pratique de santé sans nécessairement que ne soit posée la question de savoir pour qui telle pratique d'AP constitue effectivement une pratique de santé. Le cas d'Angélique suggère que le fait de pratiquer, ici du badminton, ne constitue ni une pratique de santé pour elle (qui est plutôt à la recherche de profits hédoniques ou liés aux sociabilités), ni pour les professionnel·les de santé qui la suivent (qui cherchent à l'orienter vers d'autres pratiques jugées plus adaptées d'un point de vue sanitaire). Supposer d'emblée, lorsque des individus pratiquent, quelle que soit l'AP, que cela constitue une pratique de santé, c'est opérer une forme d'ethnocentrisme en projetant un rapport à l'AP associé à la santé qui est peut-être moins celui des enquêté·es que celui de l'enquêteur. On pourrait toutefois défendre l'intérêt d'un point de vue objectiviste sur la santé, quasi épidémiologique, qui viserait à décrire toutes les pratiques objectivement favorables à la santé des individus, qu'ils en aient conscience ou non[352]. Mais cela reviendrait à s'arroger le droit de définir ce qui est « sain » ou non, indépendamment de toutes définitions sociales de la santé.

Or, on ne peut comprendre pleinement le sens des pratiques des individus et leur rapport à l'AP et à la santé qu'en interrogeant la façon dont ils pensent leurs propres pratiques. Chez certains individus, la vision du sport comme une activité qui doit nécessairement être douloureuse pour avoir un effet sur le corps peut concurrencer le plaisir qui serait lié à la pratique et provoquer potentiellement des sorties de carrière. Cette vision du sport, comme devant être douloureux et engager un dépassement de soi, est particulièrement présente au sein des classes moyennes à fort capital économique (Knobé 2007) et chez d'ancien·nes sportif·ves de haut niveau. Si une telle représentation des sensations liées à l'AP n'empêche pas *a priori* l'engagement à long

[352] On serait alors face à des Mr. Jourdain de la santé, qui mettent en œuvre des pratiques sanitaires sans le savoir.

terme, elle produit toutefois une mise au second plan des signaux corporels prévenant une éventuelle blessure :

> Après que la patiente (Fanny, 30 ans, responsable marketing) a raconté des épisodes de blessures suite à une pratique trop intense, la médecin lui décrit « *le piège des personnes anciennes sportives* », qui serait de faire une activité physique trop intense au risque de se blesser. La patiente évoque alors « *le dépassement de soi, à chaque fois je me fais avoir avec ça.* »
>
> Observation de visite en chambre à l'hôpital, octobre 2023.

La morale de l'effort, du dépassement de soi et de la douleur nécessaire aux progrès produit un risque de blessure accru par rapport à une vision de l'AP comme un plaisir en soi, comme le montre l'exemple de Fanny, blessure qui peut mener à un arrêt de la pratique. Enfin, la question du plaisir n'est pas uniquement liée à la pratique d'une AP elle-même, mais également au contexte dans lequel elle se déroule. À cet égard, le développement d'un goût pour la pratique peut survenir du simple fait de réaliser une activité avec des personnes qu'on apprécie. C'est ce qu'évoque Martine, après avoir précisé qu'elle n'était « *pas une sportive dans l'âme* » :

> « *J'ai besoin d'un contact physique, de voir des gens, de pouvoir discuter, rigoler, sinon le reste, euh…* [rires][….] *Donc c'est pour ça aussi, entre autres que je tiens, enfin je tiens, j'aime bien aller* [dans l'association] *parce que c'est dynamique, c'est sympa, ça permet de faire des activités physiques, mais dans un bon état d'esprit en plus.* »
>
> Martine, 63 ans, professeure des écoles à la retraite, Master, pratiquante depuis cinq ans [Association APA].

Ici, c'est moins une disposition sportive qui se forme, incitant à agir dans des contextes d'AP similaires, qu'un goût plus contingent et ancré dans une configuration sociale spécifique, ce « *bon état d'esprit* » que décrit Martine qui fait qu'elle « *tient* ». Dans son cas, ce contexte aidant lui permet de pratiquer plusieurs activités par semaine dans l'association depuis cinq ans, faisant d'elle une « touche à tout autonome », malgré une socialisation sportive antérieure très réduite.

Si le plaisir lié à l'AP est une condition au maintien à long terme de l'engagement dans une carrière de pratiquant·e d'AP, et donc d'une carrière que des professionnel·les de santé jugeraient réussie à l'aune de critères médicaux, il est loin d'être unidimensionnel, mais recouvre bien une variété de sensations possibles. Sans être mécaniquement le résultat d'une AP, le plaisir vécu est bien socialement produit par la pratique d'AP tout en permettant le maintien de l'engagement dans la carrière de pratiquant·e, qu'il soit lié aux activités elles-mêmes et/ou aux contextes de pratique. La typologie que nous avons créée à partir de l'enquête ENPPS présente ainsi certaines limites, notamment parce qu'elle masque les possibles aller-retour des individus entre plusieurs catégories de pratiquant·es, mais aussi parce qu'elle uniformise au sein d'une même catégorie des logiques de pratique qui peuvent être bien différentes.

Conclusion du chapitre 7 : faut-il arrêter de chercher la santé pour adopter les « bonnes » pratiques sanitaires à long terme ?

Au terme de ce chapitre, nous avons tenté de séquencer ce que pouvait être une carrière de pratiquant·e d'AP « gros·se », amateur·rice et non compétitif·ve, afin de comprendre comment certains individus peuvent devenir des pratiquant·es, et de quel type. Si tout commence par le fait d'entrer dans une association ou une organisation proposant de l'AP, cette action, aux premiers abords anodine, implique non seulement de se représenter son corps comme devant changer par l'AP, mais aussi de se représenter soi-même comme un·e pratiquant·e potentiel·le. Cela demande également de trouver une association ou un club dans lesquels on peut se projeter, du fait des personnes qui y sont accueillies, plus ou moins proches de la manière dont on se perçoit. Maintenir l'engagement à moyen et long terme implique ensuite un travail de redéfinition de la santé, à dissocier de la minceur, et de la finalité de l'AP, davantage orientée vers la recherche de plaisir.

Toutefois, ce résultat est conditionné par les terrains d'enquêtes qui fournissent le matériau d'analyse. En effet, ces terrains ont pour spécificité d'attirer à eux des individus partageant au moins en partie la définition de la grosseur comme une pathologie, l'obésité. Rien ne dit qu'une carrière de pratiquant·e gros·se ne puisse commencer par la recherche d'une détente et d'un plaisir, notamment dans les espaces militants promouvant une dé-pathologisation de l'obésité, ou dans des activités spécifiques qui s'éloignent des activités sportives « classiques », comme la danse ou l'expression corporelle. Si ces espaces existent, ils restent plutôt rares, dans la mesure où, comme on l'a vu au chapitre 2, les professionnel·les de santé définissent l'AP avant tout par ses effets sur la santé en l'assimilant à un « médicament parfait »[353].

Cette thèse offre ainsi une contribution à une sociologie des carrières de pratiquant·es d'AP et de la socialisation qu'elles impliquent. Loin d'être la résultante d'une motivation ou d'un effort individuel, la pratique durable d'une AP est produite par un travail de conversion socialement situé. Ce qui est décrit ici est un travail d'intégration et de mise en pratique de normes sportives, sanitaires et culturelles, puis de redéfinition de ces mêmes normes au cours de (et par) la pratique. De multiples définitions de l'AP et de la santé s'affrontent : si la recherche d'une santé comme norme de minceur est parfois le moteur du démarrage de la carrière, elle doit être progressivement redéfinie, voire abandonnée au profit d'une recherche de santé « invisible », c'est-à-dire portant sur d'autres dimensions que le poids. Mais pour que la carrière dure sur un temps long, c'est le plaisir de la pratique qui doit prendre le pas sur la recherche de santé, plaisir qui n'est pas là au préalable, mais se construit dans et par la pratique. Pour paraphraser Becker[354], ce ne sont pas les motivations sanitaires et/ou esthétiques qui conduisent à pratiquer sur un temps long de l'AP, mais la pratique de l'AP qui produit au fil du temps les motivations sanitaires et sportives spécifiques nécessaires à un engagement durable.

[353] Tout en constatant l'intérêt de mettre en avant la recherche de plaisir dans la pratique, pensé comme un moyen de réaliser des activités pertinentes du point de vue médical.

[354] « Ce ne sont pas les motivations déviantes qui conduisent au comportement déviant mais, à l'inverse, c'est le comportement déviant qui produit, au fil du temps, la motivation déviante » (Becker 2020, p. 64).

Or, ces conditions sociales à l'initiation et au maintien de la carrière dans le temps sont en partie situées socialement, en ce qu'elles impliquent un rapport préventif à la santé, la fréquentation de dispositifs de soin et/ou des socialisations sportives antérieures. Les chapitres précédents de cette thèse ont bien montré combien ces éléments étaient situés en haut de l'espace social et pour une part du côté du féminin. Ayant cela en tête, on comprend mieux que ce soient des femmes des classes moyennes et supérieures qui investissent les dispositifs d'AP. On peut alors, dans une dernière étape, se demander ce que la mise en pratique d'une bonne sportivité médicale peut produire comme effets sociaux. Qu'ont à gagner les individus qui, malgré la grosseur, incarnent un style de vie « sain » ? Tous les individus y trouvent-ils les mêmes profits ?

Chapitre 8. Ne pas être associées aux « pires ». Distinctions de classe et de genre dans et par la pratique d'activités physiques[355]

On a pu voir au cours des chapitres précédents que les femmes et les classes diplômées avaient davantage de chance de pratiquer des activités physiques (AP) dans des modalités valorisées par l'institution médicale. Les conditions sociales qui rendent possible l'engagement et le maintien dans le temps de la pratique impliquent en effet un rapport particulier au corps et à la santé, qu'on retrouve dans ce qui est promu par l'institution médicale et mis en pratique plus fréquemment par les femmes et par les classes supérieures. Mais que peuvent retirer ces individus de la pratique d'AP ? Quels profits les « bonnes élèves » de l'AP obtiennent-elles en mettant en pratique les préconisations sanitaires ? Mettre en œuvre un style de vie « sain » permet-il d'atténuer le stigmate dont elles font l'objet ? À quelles conditions ?

La grosseur est un objet d'étude particulièrement intéressant pour l'analyse des mécanismes d'atténuation des effets du stigmate. Présente dans tous les groupes sociaux, son étude permet ainsi de mettre en lumière l'inégale mobilisation (selon la classe, le genre et l'histoire pondérale) des ressources qui permettent à certaines personnes obèses d'éviter d'apparaitre comme moralement condamnables du fait de leur seule apparence. Ce chapitre vise à éclairer la manière dont certaines ressources culturelles et corporelles permettent à des femmes de classes moyennes et supérieures de minimiser l'importance du stigmate dont elles font l'objet dans les interactions sociales.

C'est en étudiant un ensemble de techniques de mise à distance du stigmate, notamment par une mise en scène de son corps lors de la pratique d'activités physiques adaptées (APA), que les inégalités face à un même stigmate sont appréhendées. En tant que lieu d'interactions sociales et de mise en jeu du corps, l'activité physique, organisée ici dans un cadre associatif, représente une fenêtre singulière pour l'observation des dynamiques de présentation et de mise en scène de soi. Bien que l'APA n'induise pas *a priori* une recherche de performance sportive, ce contexte amène pourtant des comparaisons des individus entre eux, par rapport à leur corps ou ce qu'ils produisent dans l'activité, pouvant atténuer ou renforcer l'importance du stigmate de l'obésité. Le paradoxe apparent réside ainsi dans le fait que, même dans ce cadre associatif qui rassemble des individus porteurs d'un même stigmate, les mises à distance de celui-ci persistent.

Le cadre théorique interactionniste (Becker 2020 ; Goffman 1975) permet de saisir ces modes de gestion du stigmate au cours des interactions. Cependant, les interactions impliquent également des ressources incorporées lors des socialisations passées des individus. Une approche par les socialisations, utilisée tout au long de la thèse, permet de fournir des hypothèses quant à l'origine des inégalités dans les mises à distance du stigmate. Il s'agit de comprendre ce qui fait que, dans le contexte précis de la pratique d'APA, les femmes de classes moyennes et supérieures seraient plus à même de mobiliser des ressources pour mettre à

[355] Ce chapitre reprend en grande partie un article publié dans la revue *Sociologie* (Rougnant 2025b).

distance le stigmate de la grosseur. Comment résister et contrer, par le récit produit sur soi et par la mise en mouvement du corps, les signes que ce dernier renvoie *a priori* ? Quelles hiérarchies sociales et corporelles fondent la variété des mises à distance du stigmate ? En quoi la socialisation liée à la classe, au genre et à l'histoire pondérale permet-elle de moduler les effets stigmatisants associés aux corpulences importantes ?

Quelques rappels théoriques concernant le stigmate et la déviance nous semblent nécessaires à ce stade. Les individus catégorisés comme gros[356], parce que possédant un corps hors-norme, sont perçus comme déviants. La déviance associée aux corps gros est celle de trop (et mal) manger ou de ne pas faire assez d'activité physique, ce qui révèlerait une faute morale par manque de dispositions ascétiques (Darmon 2008a), de volonté et de contrôle de soi (Fischler 1987). Si la déviance est, dans les premiers travaux interactionnistes, l'étiquetage d'un acte considéré comme déviant (Becker 2020), certains individus peuvent se retrouver étiquetés comme déviants sans pour autant commettre effectivement d'actes déviants, mais uniquement sur la base de leur groupe d'appartenance visible (Clair 2010). Ainsi, en transgressant une norme corporelle, les personnes obèses se voient étiquetées comme déviantes à partir d'actes que l'on suppose qu'elles effectuent, et dont le caractère déviant serait trahi par leur corps.

La grosseur est également un stigmate, au sens où l'entend Goffman (1975). C'est un signe corporel tangible auquel est associé un certain nombre de stéréotypes qui justifieraient des discriminations (Carof 2019 ; Sobal 1995). Goffman distingue les différents types de stigmate selon la façon dont ils sont perçus et construits dans l'interaction. Le stigmate se constitue ainsi à la fois d'un attribut objectivable, tels une grosseur importante ou le fait d'avoir séjourné dans un hôpital psychiatrique, mais également des stéréotypes qui sont associés à cet attribut. À partir de cette définition, Goffman distingue les cas où l'individu porteur d'un stigmate est discrédité, lorsque les caractéristiques de l'interaction rendent directement perceptible l'attribut qui le fonde, des cas où il est « seulement » discréditable, lorsque l'attribut n'apparait pas directement dans l'interaction. Le stigmate implique également un ensemble de stratégies visant à minimiser ou éviter le discrédit qu'il représente et à maintenir un ordre interactionnel convenable. Là où les individus discréditables tentent de contrôler l'information fournie pour éviter le discrédit, les individus discrédités sont contraints d'opter pour des stratégies de modification ou masquage de l'attribut, d'auto-exclusion de la vie sociale ou de redéfinition de la normalité. Mettre à distance le stigmate, d'une manière ou d'une autre, peut alors produire des profits symboliques dans l'interaction, en permettant à l'individu d'apparaitre comme moins discréditable. Nous utiliserons dans ce chapitre le terme de stratégie pour décrire les pratiques de mise à distance du stigmate employées par les individus, sans nécessairement y voir un processus conscient et assumé de leur part.

Dans le cadre de la grosseur, les travaux francophones mettent en avant un panel de techniques de mise à distance du stigmate selon l'intériorisation plus ou moins ancrée des stéréotypes chez les individus (Carof 2019 ; Tibère, Dupuy, et Poulain 2019), sans forcément s'interroger sur les ressources que nécessitent ces techniques ni les profits différenciés qu'elles peuvent générer. Dans la littérature anglo-saxonne sur l'obésité, certains travaux se penchent sur les relations

[356] Et souvent, aussi, étiquetés comme obèses.

entre la grosseur et la classe ou le genre (Saguy 2012), d'autres sur les résistances à la domination, les façons de se présenter comme non-déviants (Degher et Hughes 1999) ou l'intégration d'une « identité grosse » (Cordell et Ronai 1999). Toutefois, peu d'entre eux tentent de croiser les deux approches afin de questionner les inégalités produisant et découlant des façons différenciées de mettre à distance le stigmate de l'obésité.

Le ciblage des femmes de classes moyennes et supérieures, surreprésentées dans l'association APA étudiée, constitue une tentative de démêler les processus qui conduisent ces femmes, d'une part à posséder des ressources pour mettre à distance le stigmate de l'obésité, et d'autre part à les mettre en œuvre (cf. Encadré n°1). Comme nous avons pu le montrer dans les chapitres précédents, ce groupe social, contrairement aux classes populaires (Arborio et Lechien 2019), est relativement proche du monde médical, avec un rapport à la santé constitué sur un mode préventif (Gelly et Pitti 2016)[357].

Comment les femmes de classes moyennes et supérieures peuvent-elles atténuer une forme de stigmate corporel ? Dans un premier temps, nous analyserons les façons dont les femmes de cette enquête mobilisent certains usages et catégorisations du corps pour mettre à distance le stigmate de l'obésité. Dans un second temps, nous montrerons que ces stratégies sont avant tout individuelles et ne peuvent se comprendre qu'en les situant à l'intersection d'une position de classe et de genre et d'une histoire pondérale spécifique.

Encadré n°1 : Objectiver les mises à distance du stigmate.

Lors de l'enquête de terrain, que ce soit dans l'association APA ou dans le service hospitalier, le fait que j'apparaisse comme un homme jeune et conforme aux normes pondérales dominantes m'empêche de me fondre dans le décor et produit invariablement un « effet observateur » (Arborio et Fournier 2011). Je pousse sans doute les enquêté·es à manifester les signes de conformité aux normes sanitaires, à faire « bonne figure », que ce soit sur le terrain d'enquête ou lors des entretiens. Malgré mes précautions, mon statut d'enquêteur peut rapidement laisser place à un statut « d'entrepreneur de morale » (Becker 2020) du point de vue des enquêté·es, les amenant à accentuer l'expression d'une bonne volonté sanitaire. Cet « effet enquêteur » donne toutefois un accès privilégié aux mécanismes qui font que certains individus sont plus à même que d'autres de manifester les signes d'une conformité, tout comme à l'analyse des hiérarchies qui en découlent. Le fait d'exacerber l'expression de certaines inégalités facilite alors l'objectivation de leurs genèses et conséquences.

Par cette position, j'ai donc pu observer les activités proposées et les façons dont les membres les pratiquent, ainsi que les interactions entre membres, avec les enseignant·es en APA et avec moi. Si les entretiens ont pour fonction principale d'explorer les trajectoires individuelles, permettant d'éviter « l'illusion topocentrique » (Serra-Mallol 2012) réduisant les individus au seul contexte d'observation, ils permettent également de questionner les stratégies de présentation de soi des enquêté·es et les principes de classements corporels intériorisés. Les

[357] Du fait de conditions matérielles d'existence qui permettent un rapport au temps basé sur l'anticipation et non l'urgence (Duvoux 2023).

entretiens ont ainsi non seulement permis de produire des données sur les propriétés sociales des enquêté·es et leurs pratiques dans d'autres contextes, mais aussi sur les effets propres à la situation d'enquête et aux interactions avec le sociologue. Le terrain de cette recherche donne finalement à voir de multiples prises de position et comparaisons des individus entre eux, dans une activité commune impliquant fortement le corps et sa visibilité.

I. La performance sportive comme mise à distance du stigmate par corps

Bien que le dispositif étudié ne soit pas centré sur la performance sportive, il réunit des individus produisant une activité corporelle commune et visible, créant un espace de comparaison. C'est par ce jeu de comparaisons réciproques et conjointes, des corps eux-mêmes et de ce qu'ils produisent, que certains individus sont à même d'apparaitre comme particulièrement performants, engagés et faisant preuve d'efforts importants, ce qui les valorise et éloigne le discrédit lié à un supposé manque de volonté.

Devenir membre d'une association d'activité physique adaptée constitue déjà pour les enquêté·es une première forme collective de mise à distance du stigmate, de « refus du label » (Tibère, Dupuy et Poulain 2019, p. 249) par corps, même si l'adhésion n'est pas nécessairement pensée comme telle. En devenant pratiquant·es, quel que soit le type d'engagement, les enquêté·es s'éloignent par leurs actes d'un stéréotype associé au laisser-aller et à la fainéantise. Des singularités interindividuelles apparaissent cependant, qui renforcent ou non l'éloignement du stigmate suivant les mises en scène et perceptions du corps au sein de cet espace.

A. Comparaisons et hiérarchisations des corps

La mise à distance du stigmate par corps se révèle par des comparaisons récurrentes aux corps des autres, en se basant sur une observation de ces derniers, comme le mentionne Vanessa en entretien :

> « *Tu vois, le jour où je suis arrivée* [dans l'association d'APA]*, c'était à la piscine, et y'a une adhérente qui me dit : "Tu vas voir, ici on ne se juge pas, on ne se regarde pas, c'est la règle". Et moi, j'allais déjà à la piscine* [dans d'autres contextes]. *J'allais pas sur des créneaux réservés aux personnes obèses, j'allais à la piscine avec les enfants qui crient, les adolescents qui pointent du doigt. Eh ben, finalement, jamais je me suis sentie aussi scrutée* [que dans l'association d'APA] *! À chaque fois que je relevais la tête, je sentais les regards : tout le monde s'observe. Dans ce lieu confiné où on est censé ne pas s'observer et se respecter, jamais je me suis sentie autant scrutée et observée.* »
>
> Vanessa, 30 ans, infirmière en reconversion, Licence [Association APA].

Nous l'avons vu au chapitre précédent, Vanessa pratique plusieurs activités dans l'association depuis un an, après avoir été orientée par le service nutrition également étudié. Sa socialisation sportive antérieure importante, puisqu'elle a pratiqué la danse et la natation pendant plusieurs

années, l'amène à pouvoir comparer les regards portés sur elle selon les contextes. Aussi, elle affirme que le déroulement des activités physiques de l'association favorise les regards portés sur les corps des autres. « *Ce lieu confiné* » qu'évoque Vanessa renvoie à la façon dont sont organisées les activités, en groupe et en intérieur. Cette organisation a pour conséquence de placer ensemble des individus aux propriétés corporelles semblables dans des activités où le corps est central, puisque mis en mouvement. Si les corps sont observés et scrutés au point que Vanessa en éprouve une gêne, c'est que les adhérent·es s'observent mutuellement afin de se situer dans ce qui constitue une hiérarchie corporelle :

> « *Après j'ai plus 20 ans non plus, donc le corps change, c'est normal. Après y a pire que moi. Y a mieux, mais y a pire ! Donc non, non, je me trouve plutôt encore pas trop mal.* »
>
> Maryse, 62 ans, assistante marketing, Baccalauréat [Association APA].

Ce repérage au sein de l'association de celles et ceux qui seraient « *pires que* [soi] » ou « *plus grosses que* [soi] », comme l'évoque Agnès, une autre enquêtée, indique bien que les corps sont perçus, codés et hiérarchisés selon la corpulence, le « *plus gros* » étant le « *pire* ». La genèse de ces principes de classement se trouve dans le fait que l'association, bien que ses promoteurs revendiquent et créent certaines conditions qui en font un espace relativement isolé et moins stigmatisant que nombre d'espaces sportifs analogues, ne fait pas table rase des normes et principes de classement sociaux extérieurs. Les personnes adhérentes, socialisées dans un grand nombre d'instances qui entretiennent et reproduisent les normes corporelles[358] faisant des corps les plus gros les plus dévalorisés, intériorisent ces normes au point de les importer, malgré elles, dans un espace qui se voudrait pourtant hermétique à ces hiérarchies corporelles.

La stratégie individuelle de comparaison au « pire » permet à l'individu qui la met en œuvre de se distinguer d'une partie du groupe qui possède une version plus discréditante du stigmate. Ici, ce ne sont pas les stéréotypes liés au stigmate qui sont mis à distance, mais l'attribut de grosseur qui est minimisé et relativisé, dans un travail de soi visant à construire sa propre singularité. En ce sens, cette stratégie n'est pas si éloignée des tentatives de masquage de son corps par des vêtements amples relevées dans la littérature (Carof 2019), à ceci près que la minimisation de sa corpulence s'opère ici aux dépens d'autrui. Le processus de distinction qui s'effectue par comparaison aux « pires » de son propre groupe renvoie aux mécanismes d'exclusion étudiés par Elias et Scotson (1997), qui érigent en minorité discréditée une fraction d'individus pourtant sociologiquement proches du groupe de référence. Il conduit à créer au sein d'un groupe de personnes obèses une catégorie d'adhérent·es qui seraient « *pires* », car « *plus gros·ses* », pour s'en démarquer et ainsi éviter d'être relégué au bas d'une hiérarchie corporelle.

Il s'avère que les individus les plus à même de se comparer aux autres lors des entretiens sont aussi ceux qui possèdent le plus de chances objectives d'en tirer un profit d'éloignement du stigmate, c'est-à-dire ceux dont la grosseur est la moins marquée, comme Maryse, plus proches du surpoids que de l'obésité. Ce constat permet de comprendre ce que relève Carof (2021) lorsqu'elle différencie les personnes en surpoids discréditables des personnes obèses

[358] On peut citer ici la famille, l'école, la médecine, le monde du travail ou encore les médias comme relais de (re)production normative.

discréditées, les moins corpulentes parvenant à réduire l'importance du stigmate qu'elles possèdent en se comparant aux plus corpulentes, accroissant ainsi le discrédit dont ces dernières font l'objet.

B. Se distinguer corporellement dans l'activité

Dans le contexte de l'APA, les corps se donnent à voir et sont perçus en mouvement, en référence aux activités physiques pratiquées. Ils produisent une performance sportive, c'est-à-dire le résultat visible de l'engagement moteur des individus par rapport aux critères inhérents à l'activité pratiquée. La visibilité mutuelle induite par la configuration spatiale de la pratique, dans une salle ou une piscine, transforme l'activité physique individuelle en activité relationnelle créatrice de classements selon la performance réalisée (Darmon et Schotté 2016). Dans le cadre des activités proposées par l'association, cette performance est modulée par un certain nombre de paramètres qui constituent une grille de perception incorporée permettant de juger et étalonner ce que donnent à voir les corps en mouvement : difficulté de l'exercice réalisé, nombre de répétitions effectuées, degré d'aisance manifeste. Cette intériorisation passe entre autres par la présentation des exercices par les enseignant·es en APA, distinguant des modalités de réalisation plus difficiles que d'autres, à effectuer uniquement « *si on peut* ». Mais c'est *in fine* en pratiquant que les adhérent·es intériorisent par corps cette hiérarchie des performances, distinguant le plus dur du plus facile. Ils et elles appliquent alors cette hiérarchie à ce que donnent à voir les autres corps pour y lire un degré d'aisance suivant la modalité d'exercice réalisée.

> Béatrice effectue la plupart du temps la variante la plus difficile, semble à l'aise dans les exercices et les réalise avec une grande souplesse. Elle produit une impression d'amplitude des mouvements, de fluidité. Par exemple, allongé sur le dos sur un tapis, jambes surélevées, l'exercice consiste à enchainer des mouvements d'abduction-adduction des hanches. Béatrice choisit de faire l'exercice jambes tendues, ce qui constitue la version la plus difficile, et présente une grande souplesse, se rapprochant du grand écart, ainsi qu'une fréquence élevée de mouvements. Je note ces caractéristiques du mouvement par contraste avec une autre adhérente proche, Stéphanie, dont les mouvements sont plus saccadés, moins vifs, moins amples.
>
> Observation cours de gymnastique, janvier 2023, association APA.

Il existe ainsi des différences immédiatement visibles entre les adhérentes, ici Béatrice et Stéphanie (toutes deux proches de la cinquantaine et sans pathologies particulières), qui croisent les paramètres d'aisance et de difficulté choisie. Ces différences, loin d'exprimer seulement l'état de santé, dépendent de nombreux autres facteurs, comme l'expérience sportive antérieure, l'implication et l'état de forme du jour. À l'intérieur de chaque cours, les adhérent·es manifestent parfois explicitement des formes de comparaison avec les autres sur la base de ces différences :

> [Avant le début du cours, sans la présence de l'enseignante en APA] Agnès note que Jean n'est pas là. Elle ajoute que, de toute façon, « *il ne fait pas grand-chose* » quand il est là, qu'il ne fait « *pas beaucoup d'efforts* », et l'imite lever très faiblement les jambes. Josefa lui répond qu'il vient et que « *c'est déjà ça* ». Magali ajoute qu'il « *fait l'effort* » de venir et qu'il est souvent présent.
>
> Observation cours de gymnastique, février 2022, association APA.

En codant la performance de Jean sous un angle dépréciatif, Agnès tente, par contraste, de se mettre en valeur vis-à-vis à la fois de l'enquêteur (cf. Encadré n°2) et des autres membres de l'association présents, mais aussi d'elle-même[359]. Elle produit dans le même temps l'étiquetage d'une forme de déviance qui renforce le stigmate : Jean serait trop peu investi, fainéant, d'où ses faibles performances. Si tous deux partagent une corpulence importante, elle manifeste une prise de distance explicite en qualifiant ce qu'il réalise dans l'activité physique comme n'étant « *pas grand-chose* ». Ce constat lui permet, en retour, d'espérer bénéficier d'une présentation plus favorable d'elle-même. Si ce codage de l'activité de Jean se retrouve chez les autres adhérentes présentes, révélant leur perception commune de ses performances, d'autres paramètres, tel le fait de venir régulièrement aux cours, sont mis en avant pour le requalifier et réduire le discrédit engendré. Les individus ont ainsi d'autant moins de chance d'être disqualifiés qu'ils sont des pratiquants réguliers. Pour reprendre notre typologie utilisée au chapitre précédent, les « monopratiquants réguliers », « touche-à-tout autonomes » et « multipratiquants intensifs » risquent moins que les autres de se voir discrédités pour leur manque d'implication. « Les "gros" et les "grosses" comme repoussoir social » (Darmon 2008a, p. 285), méprisé·es pour leur laisser-aller supposé, que Darmon met en avant dans l'étude des carrières d'anorexiques, se retrouvent donc ici, où les moins à l'aise et investis dans l'activité physique peuvent être dénigrés pour se mettre soi-même en valeur.

Encadré n°2 : L'encadrant, les participant·es et l'enquêteur.

Quelques éléments sur ma position d'enquêteur lors des observations méritent d'être interrogés. Nous le ferons à partir de cet extrait d'observation :

> À la fin de l'échauffement, je descends du vélo et l'encadrant me dit « *Ah, mais t'es même pas essoufflé !* ». Un peu gêné par cette remarque devant les autres participant·es, je m'empresse de répondre « *si, si, j'ai chaud !* ». Il va ouvrir la fenêtre en réaction à ma réponse.
>
> Notes d'observation circuit training dans les locaux de l'hôpital, décembre 2023.

Qu'est-ce qui a pu provoquer une gêne de ma part dans cette interaction ? Pour remettre en contexte, je suis un homme relativement jeune, habitué à pratique d'AP, et surtout normopondéré. Or, comme on l'a vu au chapitre 6, la majeure partie des activités de la « bonne sportivité médicale » avantagent les personnes les plus minces. Je me trouve donc dans une position où les exercices proposés peuvent être effectués relativement aisément. Quelle que soit l'activité proposée, je me sens dans l'obligation de mimer ce qui me semble être un niveau moyen de pratique (en choisissant par exemple un niveau de difficulté intermédiaire lorsqu'il y en a plusieurs possibles), tout en masquant le plus possible cette autocensure. Une analyse goffmanienne en termes d'offenses interactionnelles permet d'éclairer ce choix (Goffman 1973, 1974).

Lors de la pratique d'AP, je me situe dans un double cadre interactionnel. D'une part, avec l'encadrant, la distribution des rôles implique qu'en tant que participant, je doive respecter la

[359] Agnès précise en entretien qu'elle est rassurée de ne pas être « *la pire* » dans l'association.

logique des exercices proposés : les réaliser à son meilleur niveau, en choisissant la difficulté et l'intensité optimales. Socialisé de longue date au respect (scolaire) des attentes d'un enseignant, je suis amené à penser qu'abaisser volontairement mon niveau revient à faire perdre la face à l'encadrant en déviant objectivement de ses attentes. Dans la scène décrite plus haut, la remarque sur mon essoufflement constitue une mention d'une « fausse note » de ma part vis-à-vis du rôle de participant, signalant que je ne serais pas assez investi. D'autre part, je suis aussi dans une situation d'interaction avec les autres pratiquant·es. Je ne souhaite pas, par ma pratique, les renvoyer à une situation dans laquelle ils et elles apparaitraient en difficulté. L'autocensure devient alors une solution, mais peut vite devenir une faute dans l'interaction si elle est perçue comme telle. J'opte finalement pour un jeu d'adaptation permanente et volontaire au rôle pour éviter de faire perdre la face aux deux ensembles d'interactant·es.

Le risque est double. Je peux tout d'abord me prendre au jeu de l'activité et me retrouver à satisfaire les exigences de l'encadrant en pratiquant à mon meilleur niveau, ce qui me ferait apparaitre vis-à-vis des pratiquant·es comme manquant de tact et risquerait de les dévaloriser en exposant mon avantage dans la pratique. L'autre risque est de mal jouer mon rôle, et donner à voir à tout le monde que j'abaisse volontairement mon niveau. Dans tous les cas, il est bien plus souhaitable d'être en rupture dans le cadre d'interaction avec l'encadrant que dans le cadre avec les pratiquant·es, porteur·ses d'un stigmate, que je n'ai pas envie d'offenser, et dont je dois gagner la confiance pour continuer du mieux possible l'enquête.

[a] Ce qui a des chances d'arriver vu ma socialisation sportive, et impose une concentration permanente, en plus d'un repérage dans la pratique des scènes à observer, pour les retenir et les prendre en note immédiatement après.

Ce principe de division des pratiquant·es selon leur niveau de performance se poursuit dans ce que les enquêté·es considèrent comme des « catégories » :

> « *Ça t'arrive jamais de te comparer aux autres ? Par exemple s'ils réussissent mieux à faire telle chose ?*
>
> *Forcément si, je veux dire, c'est humain, tu regardes ce que fait l'autre et tu te dis : "Bah putain, il arrive à tenir en équilibre et moi pas", oui, forcément. Après, je suis pas trop dans cet état d'esprit là. Mais comparer, oui, forcément, tu regardes et tu te dis : "Tiens…". Après* [dans l'association], *ça te permet quand même ça, sans être dans la compétition, de me dire : "Ah, ben tiens, j'arrive mieux à tenir en équilibre". Sur le moment, je vais regarder autour de moi, forcément tu regardes et tu te dis : "Lui, il se tient à la barre, pas moi", "Tiens, j'arrive à faire ça" ou pas, ou inversement, mais sans plus.* […] *Donc voilà, là dans la comparaison avec les autres, oui, moi ce que je dis, on est tous dans les gens de ma catégorie… et voilà, je dirais de mon âge, c'est ça aussi.* »
>
> Martine, 63 ans, professeure des écoles à la retraite, Master [Association APA].

Dans cet extrait, ce n'est pas le fait que Martine se compare qui est intéressant, ce que la question posée induit d'une certaine manière, mais que cette comparaison est opérée à partir de catégories corporelles, davantage pour situer son propre niveau qu'en vue de situer les autres. Ces catégories se construisent sur la base des propriétés des individus telles qu'elles sont perçues : leur sexe, leur âge, leur corpulence et leurs pathologies (connues ou supposées). Chaque individu ne se compare ainsi pas à tous les autres, mais s'appuie sur des indices pour

sélectionner celles et ceux qui sont « dignes d'intérêt pour lui et par rapport auxquels il lui importe de se situer » (Schotté 2015, p. 109). Ce repérage corporel implique une nouvelle fois un codage des corps à partir d'une grille de perception incorporée.

Cette expérience de la comparaison apparait comme une nouveauté pour les membres qui, en dehors de l'association, se sentent habituellement exclus de ce type de compétition, comme le note Vanessa :

> « *Et au final, dans les autres cadres où tu faisais du sport, t'as jamais senti cette compétition, ces regards-là*[360] *?*
>
> *Alors je pense que j'étais considérée comme hors compétition, pas une chalengeuse, quoi. Le fait d'être avec des gens qui ont la même morphologie, les mêmes problèmes de poids, de santé, peut être que c'est là d'où vient la compétition, peut être que c'est moi aussi qui projette des choses, je ne sais pas. Après, ça m'a juste surprise, le poids du regard…* »
>
> Vanessa, 30 ans, infirmière en reconversion, Licence [Association APA].

La « *compétition* » évoquée ne peut s'opérer que dans un espace rassemblant des individus aux caractéristiques corporelles proches, donc perçues comme comparables, et où les exercices sont pris au sérieux, dans un objectif de santé. Ce contexte, inédit pour Vanessa, engendre chez elle une nouvelle perception de soi comme « *chalengeuse* », accordant une importance aux classements entre individus dont elle se sent partie-prenante. Ainsi, les classements corporels, ces « *catégories* » fréquemment évoquées en entretien, fondent et rendent possible un autre type de classement, celui des performances.

La mise à distance du stigmate peut alors s'opérer au sein de ces catégories, par le fait de manifester par corps une différence avec des individus partageant la même condition corporelle. Être sportivement plus performant que ceux dont les corps sont semblables, que ce soit en réussissant mieux les exercices ou en faisant partie d'un cours jugé plus difficile, permet de se démarquer (aux yeux des autres pratiquant·es, des encadrant·es et des siens) du stéréotype de l'obèse comme incapable de se « bouger », passif, paresseux.

Le pendant d'un contexte qui permet la comparaison des corps et des performances, c'est la dévalorisation de ceux et celles qui échouent de manière visible :

> « *OK. Et là, quand vous pratiquez à la clinique* [qu'il fréquente toutes les semaines]*, vous êtes seul ou alors vous êtes avec d'autres personnes ?*
>
> *Toujours avec d'autres personnes. Toujours en groupe. Donc c'est une autre étape un peu difficile à passer. Toujours par rapport à mon image. Mais le fait d'être dans un groupe de personnes... Qui luttent contre des choses similaires aux miennes, ça apaise ma mauvaise image.*
>
> *Et... Et oui, donc le groupe est un peu un obstacle, est-ce que ça vous arrive de vous comparer aux autres quand même ou pas du tout ?*
>
> *Oui, tout le temps. Tout le temps. C'est pas facile parce que, à cause de mon poids... J'ai plus de mal que le reste, que les autres à faire des choses.... Même lors des circuits,*

[360] Par référence à ses propos cités plus haut.

au niveau des mouvements, à cause de mes grosses cuisses, de mon gros ventre, j'ai du mal à faire des mouvements, j'ai du mal à faire des exercices. Et ça renvoie du coup à nouveau à une image de moi très négative, le fait de réaliser que je suis limité par rapport aux autres.

Et ça, vous le sentez par rapport au regard des autres, ou alors c'est plutôt vous qui le projetez ?

C'est moi qui le projette. Parce que je suis conscient que les autres ne me voient pas comme ça. Mais… intellectuellement, je suis conscient. Intellectuellement, j'arrive à me faire l'exercice du... Les gens ne te voient pas de la même façon que tu te vois. Mais en termes de ressenti, il y a un monde. Donc je ressens quand même le regard des autres, et mon regard sur moi, et je me dégoûte. J'ai un très profond dégoût pour ma personne. »

Mickaël, 31 ans, informaticien, Licence [Service nutrition].

Bien que pour nombre d'individus le contexte de partage d'une même condition corporelle soit très apprécié[361], il n'en reste pas moins qu'il produit en même temps des affects particulièrement négatifs lorsqu'une performance est impossible à produire face aux autres, qui eux y arrivent.

Mais les comparaisons des performances peuvent aussi engendrer une forme de remise en cause des hiérarchies corporelles :

« *Moi, j'ai pas de pathologie, mais je respecte, je suis presque en admiration devant des personnes qui ont des problèmes et qui vont à la gym, qui marchent. Pour moi c'est une admiration.* […] *Donc… c'est ça que j'aime bien, les gens, ils vont au-delà : même s'ils ont des difficultés, tu y vas. Y a des gens, ils sont là depuis cinq ans ; c'est tout le temps, tout le temps, tout le temps, même avec leurs problèmes de santé, ça y va ! »*

Maryse, 62 ans, assistante marketing, Baccalauréat [Association APA].

Dans cet extrait, Maryse code la performance réalisée par celles et ceux qui ont plus de « *problèmes* » qu'elle, c'est-à-dire qui sont plus corpulent·es et ont davantage de pathologies, à l'aune justement de la catégorie corporelle à laquelle elle les associe. Le fait d'appartenir à une catégorie dévalorisée, en étant plus « *gros* » par exemple, peut permettre d'obtenir des profits symboliques et une « *admiration* » – comme le dit Maryse – majorés à l'aune de ce désavantage. Les classements sportifs servent alors de base aux classements moraux, et peuvent interférer dans cet espace avec les classements corporels, de la même manière que les hiérarchies juvéniles interfèrent avec les classements produits par les classes préparatoires (Darmon et Schotté 2016). La performance sportive est appréciée selon la catégorie corporelle à laquelle appartient l'individu qui la réalise. Les corps dont on s'attend le moins à ce qu'ils soient capables de produire une performance, et qui se trouvent être les corps les plus dépréciés, sont aussi ceux qui permettent d'obtenir le plus de profits symboliques. Le fait, inattendu, de réussir tel exercice dans telle modalité, ou de parvenir à enchainer plusieurs exercices sur une séance complète, devient alors révélateur d'un mérite et d'une volonté exceptionnels. Le

[361] « *Être dans un groupe avec d'autres gens comme moi, d'autres gens obèses aussi, ou avec des difficultés de mouvement, ça fait du bien aussi au moral d'être entre soi comme ça.* » (Audrey, 30 ans, professeure des écoles, Master [Service nutrition]).

discrédit lié à la corpulence peut, dans le contexte de l'association d'APA, engendrer un profit symbolique et moral pour celles et ceux qui sont capables de manifester des efforts importants. La performance sportive n'a ici de sens et de valeur qu'en rapport avec le corps qui l'effectue.

L'aisance motrice, même des plus corpulent·es, peut aussi engendrer des profits esthétiques spécifiques :

> « *Je me souviens* [dans l'association] *d'une fille, qui avait quoi 25 ans, elle était dans l'eau, c'était tellement beau ! Elle était donc vraiment obèse, presque en obésité morbide, mais avec un tonus extraordinaire et quand elle se déplaçait dans l'eau, c'était vraiment… c'était un Maillol qui se déplaçait, ou un Botero en train de se déplacer, elle était superbe. Et un tonus et une énergie, malgré les kilos qu'elle se traînait !* »
>
> Monique, 78 ans, enseignante retraitée et artiste, Master [Association APA].

Cet extrait est révélateur des profits symboliques, liés cette fois à une dimension esthétique, qui peuvent survenir lors de la pratique d'individus particulièrement à l'aise « malgré » une corpulence importante.

C. L'importance de l'histoire pondérale et des socialisations sportives

Si les stratégies de construction par corps de sa singularité par rapport au groupe des personnes obèses – engendrant des profits symboliques par la mise à distance du stigmate – s'actualisent dans la dynamique interactionnelle, elles reposent sur un certain nombre de conditions sociales de possibilité qu'il convient d'éclairer. Ainsi, obtenir des profits liés au fait de réaliser une performance sportive implique de posséder les dispositions corporelles nécessaires à la réalisation de telles performances.

Le cas de Vanessa (30 ans, infirmière en reconversion) est particulièrement instructif pour comprendre comment de telles dispositions peuvent se former et trouver dans l'association un contexte favorable pour se déployer. Issue des classes populaires stabilisées et en ascension sociale par rapport à la position de ses parents, Vanessa présente un ensemble de dispositions lui permettant d'être particulièrement investie et performante au sein de l'association :

> Vanessa est toujours la première à commencer les exercices. Elle s'arrête seulement à la fin et anticipe l'exercice suivant avant que l'enseignante en APA, qui fait les exercices en même temps que les adhérentes, ne le fasse. Elle fait également systématiquement la modalité d'exercice présentée comme la plus difficile, et ne s'arrête pas quand l'enseignante détourne le regard – par exemple lorsque cette dernière va chercher quelque chose au fond de la salle – alors que les autres adhérentes s'arrêtent dès que l'enseignante cesse l'exercice. Elle semble néanmoins fatiguée à la fin de la séance (elle expire fort, sans que cela ne me paraisse être ostentatoire).
>
> [Semaine suivante] À l'instar de la séance précédente, et malgré la méforme évoquée, Vanessa est la première à commencer les exercices, les réalise jusqu'à la fin du temps et dans la modalité la plus difficile, même quand l'enseignante détourne le regard.
>
> Observation circuit training, novembre-décembre 2021, association APA.

Il convient de noter que Vanessa a été socialisée très jeune à la pratique d'activités physiques en club, en danse et en natation, associée chez elle à un goût prononcé pour les activités sportives, notamment aquatiques. Cette affinité sportive la conduit à entretenir un rapport au sport qui n'est pas uniquement basé sur la contrainte, et qui se transforme selon le cadre de pratique[362]. Si elle mentionne en effet la nécessité d'être dans une association pour se « *donner un cadre* », elle évoque le changement qui s'opère chez elle à force de pratiquer, découvrant « *la satisfaction à sentir le muscle travailler, la satisfaction dans la douleur* » et « *cette satisfaction-là, dans le dépassement de soi* ». La modification du goût pour l'effort dans l'activité physique est révélatrice de l'incorporation progressive d'une disposition proprement sportive. Cette disposition trouve sa genèse à la fois dans un passé sportif incorporé, mais également dans un présent fait de répétitions d'activités physiques nombreuses. Au moment de l'enquête, Vanessa pratique en effet une activité physique chaque jour de la semaine dans trois associations différentes, à laquelle s'ajoute une pratique quotidienne de la marche à laquelle elle s'astreint par un objectif chiffré de pas. Si l'on reprend la typologie utilisée au chapitre 7, ces pratiques la placent à mi-chemin entre les catégories « touche à tout autonome » et « multipratiquante intensive ».

Cette pratique importante est rendue possible par sa position sociale, et l'année sabbatique qu'elle a prise pour préparer une reconversion professionnelle, son conjoint ingénieur assurant des revenus stables au foyer. Vanessa représente ainsi un cas rare de socialisation sportive heureuse malgré une obésité présente depuis l'adolescence[363]. La place de la pratique sportive, à la fois dans le temps long de la trajectoire de Vanessa et dans le temps court des activités physiques qu'elle réalise au moment de l'enquête, entretient chez elle une inclination à agir de telle manière qu'elle apparait, dans l'association d'APA, comme particulièrement performante. Cette situation lui permet alors de lutter contre la dévalorisation de soi.

Si la modification des goûts pour la pratique qui s'opère explique qu'elle s'engage fortement, il reste à élucider ce qui lui permet de pouvoir être plus performante que les autres enquêté·es :

> Lors des exercices debout, sur une jambe, qui consiste à faire des cercles jambe tendue avec l'autre jambe sans poser le pied pendant 30 secondes, Magali fait l'exercice en se tenant au rebord d'une chaise. Manifestant parfois des pertes d'équilibre, elle doit poser le pied au sol pour reprendre son équilibre.
>
> Sur le même exercice, dans le cours précédent, Vanessa réalise l'exercice sans se tenir, ni à un mur ni à une chaise, et enchaine les répétitions sans faire d'arrêt ni présenter de perte d'équilibre.
>
> Observation gymnastique et circuit training, décembre 2021, association APA.

Si ces différences peuvent être liées à l'état de forme du jour, à la place de l'exercice dans la séance ou au sérieux avec lequel il est fait, elles sont toutefois répétées dans de nombreuses observations, donnant ainsi des indices sur le niveau d'aisance de Vanessa et Magali dans l'activité physique pratiquée. Les cas de ces deux femmes sont intéressants dans la mesure où elles sont d'un âge proche, d'une corpulence semblable, sans pathologie, mais d'un niveau

[362] Comme on a pu le voir au chapitre 7.

[363] C'est un cas rare du fait des discriminations dont les personnes obèses font l'objet dans les contextes sportifs, en particulier dans les cours d'éducation physique et sportive. Ces discriminations produisent le plus souvent une honte de son corps et un retrait des pratiques sportives (Lefèvre et Marsault 2021).

sportif très différent. Si une première différence se situe dans la socialisation sportive antérieure, plus importante chez Vanessa que chez Magali, il y a également un écart d'ancienneté de l'obésité, très récente chez Magali et datant de l'adolescence chez Vanessa. C'est cet aspect de la trajectoire de Vanessa qui semble contribuer à la constitution de dispositions proprement sportives visibles dans l'association.

La continuité des pratiques physiques tout au long de la trajectoire de Vanessa, et pendant la période de l'enquête, produit sans doute un certain nombre d'adaptations physiologiques liées à un « entrainement » régulier, façonnage du corps socialement orienté (Schotté 2016). Mais l'aisance corporelle qu'elle manifeste trouve aussi ses racines dans l'ancienneté de sa corpulence. Se décrivant elle-même comme ayant « *toujours été ronde* » et « *obèse* » depuis le lycée, Vanessa se distingue des autres enquêtées – comme Magali – qui le sont devenues plus récemment et apparaissent comme bien moins à l'aise dans la pratique. Le fait de posséder une masse corporelle importante depuis de nombreuses années impliquerait alors un effet d'entrainement du corps qui s'habituerait progressivement à gérer cette masse au quotidien et dans les activités physiques, si elles sont pratiquées régulièrement. Les socialisations sportives liées ou non à l'obésité lui permettent de manifester une aisance corporelle qui l'éloigne objectivement des stéréotypes associés à l'obésité.

L'histoire pondérale croisée avec la socialisation sportive fournit des explications quant au fait que certaines adhérentes parviennent à mettre à distance, par corps, le stigmate de l'obésité. Toutefois, ces deux éléments ne permettent pas de comprendre ce qui fait que ce sont ces stratégies en particulier qui sont mobilisées par les femmes de classes moyennes et supérieures de cette enquête, et pas d'autres, plus politisées par exemple.

II. Une mise à distance du stigmate discréditante et genrée

Si les techniques de mise à distance du stigmate peuvent apporter des profits dans la présentation de soi, ces dernières restent essentiellement individuelles, loin d'une forme de retournement du stigmate organisée, et peuvent même porter le discrédit sur d'autres personnes. En outre, ces techniques sont situées socialement dans la mesure où elles impliquent une composante genrée et classée : elles constituent une réponse aux injonctions esthétiques et sanitaires s'appliquant aux femmes de classes moyennes et supérieures, sommées de justifier un corps vu comme problématique.

A. Manque de volonté et figure repoussoir

Les stratégies de modulation de son propre stigmate s'appuient sur des pratiques individuelles éloignées d'une forme de militantisme collectif, même au sein des discours. Les présentations de soi sont particulièrement éclairantes sur ce point, en ce qu'elles opèrent une redéfinition de l'étiquetage de déviance dont le profit dans l'interaction est essentiellement personnel :

> « *J'ai été voir* [un service hospitalier spécialisé] *pour des problèmes de métabolisme, et j'ai fait toute une journée sur le métabolisme pour savoir ce qui n'allait pas chez moi.*

Chez moi, tout va bien ! [rires] *Mais le poids, on m'a dit : "Continuez à bouger, je ne peux rien faire pour vous !". D'accord, OK, merci !* […] *Donc* [dans le service spécialisé] *j'y suis allée sur conseils de mon médecin traitant qui m'a dit : "Essaie ça,* [le chef de service] *est quand même un des pontes sur* [ville]*, ils ont un bon service", et il faut six mois pour y rentrer.* […] *Voilà, comme m'a dit* [le chef de service] *: "Bon, vous faites partie des gens qui stabilisent à un poids". Si… il va me faire perdre si je me fais hospitaliser. Si je fais un truc hard, je vais perdre 5kg, que je reprendrais automatiquement pour stabiliser au même poids, donc…* [rires] »

Martine, 63 ans, professeure des écoles à la retraite, Master [Association APA].

Martine est engagée depuis cinq ans dans l'association sur plusieurs créneaux différents, à la suite de sa visite dans le service hospitalier spécialisé qu'elle évoque ici. Si la principale raison d'engagement qu'elle mentionne est la santé, dans une forme d'auto-contrainte liée à l'activité physique, elle déclare toutefois apprécier particulièrement la présence d'un groupe d'adhérent·es qu'elle retrouve à chaque cours. À l'instar de plusieurs autres enquêté·es, Martine a ici recours à la légitimité médicale, incarnée par un spécialiste qu'elle a consulté, pour mettre personnellement une distance avec un stéréotype de la personne obèse qui n'aurait aucune volonté de maigrir. Elle s'éloigne de la représentation de l'obèse responsable de son état du fait d'un manque de volonté, modulant au sein même de l'interaction le stéréotype lié à son corps. Le spécialiste médical produit donc un discours légitime qui peut être utilisé pour donner sa force à une justification.

Ce type de justification fait s'opposer les personnes obèses parce que déviantes, dans leurs pratiques alimentaires ou sportives, et les personnes obèses malgré des pratiques conformes. La distinction entre causes externes et internes (ou exogènes / endogènes) de l'obésité (Gridaine 2022 ; Ogden et al. 2001) ne semble pas tout à fait rendre compte de l'enjeu lié à la présentation de soi dont il est question ici. L'exemple du « *problème de métabolisme* » évoqué par Martine représente une mise à distance personnelle du stigmate efficace dans la mesure où, même si elle fait intervenir une cause endogène, la responsabilité et la volonté de l'individu ne sont pas mises en question. C'est ce qui fait espérer à Hélène (50 ans, commerciale), une autre enquêtée rencontrée dans le service nutrition, la découverte d'une pathologie qui puisse la déresponsabiliser vis-à-vis des autres[364]. Cet usage singulier de la parole se rapproche des « stratégies défensives » repérées par Carof (2019), à ceci près qu'ici le travail de présentation de soi n'est pas explicité comme une stratégie volontaire par les enquêté·es, qui le présentent davantage comme une nouvelle façon de penser leur corps et leur stigmate.

Le caractère individuel des mises à distances évoquées en amont repose sur l'éloignement d'une figure repoussoir concentrant tous les traits négatifs et déviants associés à l'obésité. Cette figure fictive est celle d'une personne responsable de son obésité en raison de son manque de volonté ou de force de caractère. Elle peut prendre des formes concrètes lorsque des individus sont pointés du doigt pour leurs comportements déviants, se rapprochant des stéréotypes associés à l'obésité. C'est le cas de ceux qui ne « *savent même pas pourquoi ils sont gros* » évoqués par Patricia :

[364] « *J'ai dit* [au médecin] *"merde, je suis pas diabétique". Donc voilà, je suis même pas en prédiabète ! J'ai rien. C'est ça, le problème, c'est que j'ai rien.* »

« [À propos d'un séjour en clinique] *Y en a qui n'y connaissent strictement rien en diététique, enfin y en a, ils savent même pas pourquoi ils sont gros, pourquoi ils ont des problèmes de poids ou de ci ou de ça. Donc c'est vraiment bien fait.*

Et vous, vous savez ?

Oui, bah, j'ai toujours été grosse, donc ça fait des décennies que je sais ce qu'il faut faire pour pas grossir, ou pour maigrir, ou pour manger correctement, mais c'est pas ça qui suffit ! [rires] »

Patricia, 65 ans, assistante de direction à la retraite, Baccalauréat [Association APA].

Patricia pratique de l'aquagym et de la natation dans l'association depuis deux ans, essentiellement pour des raisons de santé, mais aussi parce qu'elle apprécie beaucoup les activités aquatiques. Elle insiste sur le « *déclic* » et la « *révélation* » qu'a été la rencontre avec le GROS[365] il y a plusieurs années, qui lui a permis de comprendre qu'une multitude de facteurs entraient en jeu dans l'obésité et qu'elle n'en était pas responsable. En se plaçant à distance de ceux qui ne « *savent même pas pourquoi ils sont gros* », Patricia construit une stratégie de protection de soi en dénigrant un groupe défini comme culturellement moins doté[366]. Cette forme spécifique de neutralisation du stigmate, en se positionnant par opposition à une autre personne responsable de son obésité, n'est pas sans rappeler les mécanismes décrits par Elias et Scotson (1997) pour fonder et entretenir l'exclusion des marginaux par les établis, malgré leur proximité sociale. La proximité corporelle entre les membres les amène, semble-t-il, à accentuer des formes de distinction qui passent par d'autres canaux, notamment par le capital culturel. Il s'agit, tant dans l'image renvoyée que dans la subjectivité individuelle, de lever une possible confusion entre l'individu et les autres, autres définis par leur proximité avec un stéréotype basé sur la déviance.

Dans son étude sur les classes populaires rurales, Coquard emprunte à Waqcuant les notions de « dénigrement latéral et distanciation mutuelle » (Coquard 2019, p. 103) pour qualifier les processus de disqualification des classes populaires entre elles[367]. Ces disqualifications se fondent sur de petites différences de classes (bénéficier d'un emploi stable notamment) ou de plus grandes différences sur d'autres rapports sociaux, de race notamment (p. 186-190). Il nous semble pertinent de reprendre cette notion, pour insister sur le fait qu'une position très similaire (ici de corpulence) exacerbe la comparaison et les dénigrements vis-à-vis de celles et ceux qui, sur d'autres plans que la corpulence, ont moins de ressources ou de capitaux à faire valoir. C'est le même type de logique que l'on retrouve chez les individus racisés appartenant aux classes supérieures. Les travaux anciens de Du Bois montraient déjà que, du fait de leur proximité avec les élites blanches, certains Noirs états-uniens appartenant à la bourgeoisie pouvaient manifester une honte raciale et marquer la distance avec leurs homologues situés plus bas dans l'espace social (Du Bois 1933), ce qu'on peut également remarquer aujourd'hui (Druez 2023). Plus récemment, les travaux de Galonnier (2021) sur les convertis à l'islam montrent chez certains

[365] Cf. Chapitre 1.
[366] Patricia manifeste en effet dans ses pratiques culturelles une forme d'élitisme, ou tout du moins une bonne volonté culturelle, par la fréquentation régulière de théâtres et opéras.
[367] Sans qu'il le relève explicitement, on peut y voir aussi un héritage de l'étude d'Elias et Scotson (1997) sur le commérage dans une cité de la banlieue de Leicester.

individus des stratégies de réhabilitation d'une blanchité contestée, notamment en discréditant leurs coreligionnaires « arabes » présentés comme moins éduqués et moins progressistes.

Dans notre cas, le fait que les enquêté·es justifient personnellement leur obésité provient sans doute du fait qu'ils et elles redoutent toute assimilation aux « pires » d'un point de vue moral, concentrant les stéréotypes associés au stigmate, et pouvant potentiellement être présents dans l'association. C'est à la fois par rapport à l'interlocuteur (ici l'enquêteur), mais aussi par rapport à soi, qu'il s'agit d'éviter le discrédit en marquant une distance avec les « *pires* » du groupe. Ce mécanisme se retrouve dans le cadre des activités physiques où Jean est par exemple moqué pour le peu d'efforts supposément effectués[368]. Le fait que des individus eux-mêmes stigmatisés projettent le stigmate sur un autrui fictif ou réel est une tendance déjà repérée par Goffman[369]. Cette projection permet aux individus une forme de valorisation en introduisant une différence fondamentale avec celles et ceux qui concentrent les stéréotypes associés au stigmate, ici liés à un manque de disposition à produire des efforts.

Ces stratégies, qui permettent de se valoriser en discréditant une autre personne porteuse du stigmate, sont éminemment individuelles. Elles ne peuvent ainsi constituer un retournement de stigmate, au sens où l'emploie Gruel (1985) dans ses travaux pionniers, c'est-à-dire une organisation collective militante ayant pour but de mettre en avant certains traits associés au stigmate comme composante d'une identité valorisée. Même si les enquêté·es ont conscience de faire partie d'une association APA au cadre bienveillant, ce qui constitue une motivation à pratiquer pour beaucoup, cette association ne s'apparente pas à une organisation politique visant à retourner le stigmate de l'obésité. En effet, l'objectif affiché par les encadrant·es et les pratiquant·es se situe autour du bien-être individuel, de l'amélioration de la santé mais également de la perte de poids, et très peu de contacts existent entre les membres hors des temps de pratiques. C'est sans doute cette absence de cadre politique qui explique que les stratégies de mise à distance du stigmate observées sont principalement individuelles et peuvent se faire au détriment de certains individus qui se voient discrédités.

B. À l'intersection du genre, de la classe et de l'histoire pondérale

La seconde spécificité des mises à distance du stigmate observées réside dans le fait qu'elles prennent une coloration classée et genrée. Nous avons jusqu'alors analysé des femmes de classes moyennes et supérieures, représentant la majorité du public de l'association. Les cas des femmes de classes populaires et de certains hommes peuvent, en miroir, nous permettre de mieux comprendre cette forte représentation, mais aussi les conditions sociales qui rendent probable et possible le fait de mettre à distance pour elles-mêmes le stigmate de la grosseur, par corps ou par certaines formes de présentation de soi.

Le cas de Florence est intéressant comme contrepoint de l'analyse, puisqu'il représente un cas d'intériorisation du stigmate, contrairement aux femmes évoquées plus haut :

[368] Voir *supra*.

[369] « L'individu stigmatisé fait montre d'une tendance à hiérarchiser les "siens" selon le degré de visibilité et d'importunité de leur stigmate » (Goffman 1975, p. 128).

« *Oui, je faisais de la natation* [en club] *et après j'ai arrêté, et c'est là que j'ai commencé à grossir et à m'empâter.*

Vous avez arrêté quand vous avez commencé à travailler ?

Oui, parce que j'avais plus le temps, et puis j'ai rencontré mon mari et je voulais pas faire beaucoup de sport pour le laisser tout seul. C'est pas de sa faute, hein, c'est comme ça ! On a commencé à mal manger, et puis… bah, le résultat… »

Florence, 48 ans, assistante de gestion, Baccalauréat [Association APA].

Florence est adhérente de l'association depuis cinq ans et pratique sur quatre créneaux différents. Questionnée sur son rapport à la médecine, elle décrit sa hantise de voir son cardiologue qui « *l'engueule* » parce qu'elle ne perd pas de poids (Encadré n°3). À l'inverse des autres enquêté·es, elle a intériorisé un discours associant manque de volonté et obésité, et se l'applique à elle-même, ne manifestant pas d'appropriation du discours médical pour neutraliser le stigmate. Le discrédit porté sur sa capacité à gérer son poids dans sa relation avec ses médecins la conduit à la fois à intérioriser le fait qu'elle est responsable de son obésité, et l'empêche de recourir à des spécialistes, par crainte de subir le même traitement. Même lorsque sa fille, présente lors de l'entretien, évoque la possibilité de facteurs hormonaux dans sa prise de poids, Florence évacue rapidement cette explication : « *C'est pas une raison !* ».

Encadré n°3 : Peut-on prendre soin de sa santé sans aller chez le médecin ?

Le cas de Florence est intéressant à plusieurs égards. Premièrement, il permet d'affiner en partie des résultats statistiques que nous avons mis en avant au chapitre 3. Ses déclarations en entretien permettent de situer son cas comme ayant des consommations médicales à la hauteur de ses besoins, voire inférieures. Ses consommations médicales sont forcées dans un double sens : d'une part parce qu'elle possède certaines pathologies, d'autre part parce qu'elle appréhende la relation médicale asymétrique. Ainsi, des consommations non préventives peuvent être tout autant le résultat d'un rapport curatif à la santé que d'une position (mal) vécue d'infériorité face au pouvoir médical, amenant à consulter « à reculons ».

Deuxièmement, le cas de Florence permet d'opérer une distinction entre deux régimes de pratiques de santé. Bien qu'elle ne fréquente pas outre mesure (et à contre cœur) les institutions médicales, elle met en œuvre de manière importante une « bonne sportivité médicale » pour des raisons explicitement tournées vers la santé. Elle pourrait être placée dans la catégorie de « touche à tout » voire de « multipratiquante intensive » au regard de la typologie de pratiquant·es déployée au chapitre 7.

« Prendre soin de sa santé » relève bien de deux logiques partiellement indépendantes, à distinguer entre 1) des pratiques quotidiennes faites pour la santé et 2) des interactions médicales. Dans les deux cas, ce sont bien des profits sanitaires qui sont recherchés par les individus, mais dans des contextes différents ; et les conditions de possibilité de mise en œuvre de ces deux régimes de pratique gagnent à être distinguées. Comment qualifier alors le rapport à la santé de Florence ? Le plus simple serait peut-être de dire qu'elle manifeste à la fois un

rapport curatif à l'institution médicale, et un rapport préventif aux pratiques quotidiennes de santé.

N'ayant pas les ressources discursives et culturelles nécessaires pour effectuer le travail de mise en récit de son obésité, Florence ne parvient pas à trouver d'autres explications que son manque d'efforts au fait de ne pas réussir à perdre du poids. Perte impossible qui, d'après ses mots, « *fout le moral dans les chaussettes* » et ne permet pas de diminuer la dévalorisation dont son corps fait l'objet. Elle risque ainsi d'apparaitre totalement en conformité avec le stigmate et d'en subir les conséquences les plus négatives quant à l'image de soi.

Florence n'est pas la seule à ne pas produire de mise à distance du stigmate, dans les discours ou la pratique d'APA. C'est aussi le cas d'Yves, qui positionne sa prise de poids par rapport à une déviance individuelle passée :

> « *J'ai doublé de poids. C'est bien, hein !* [ironique]*, c'est pas donné à tout le monde !* [rires]
>
> *Et avant, vous vous pesiez ?*
>
> *Avant, je faisais attention à rien, je mangeais tout, je buvais tout, je faisais attention à rien. J'ai très bien vécu ! Je veux dire j'ai très bien vécu, j'ai bien profité quoi. J'aime beaucoup la cuisine.* »
>
> Yves, 72 ans, commercial retraité, Master [Association APA].

Yves est adhérent de l'association depuis un an et possède par ailleurs un capital culturel important (objectivé par un diplôme de droit des affaires obtenu dans les années 1970) et une grande proximité avec le milieu médical, se décrivant comme « *très ami* » avec son médecin généraliste et son kinésithérapeute. Ces ressources sociales et culturelles ne sont toutefois pas mobilisées dans un récit qui justifierait sa prise de poids. Au contraire, il valorise une forme d'hédonisme du bon vivant, qui a « *très bien vécu* ». Cette posture renvoie à ce que Poulain qualifie « d'obésité distinguée » (2009a, p. 92), construite en référence à une virilité des classes dominantes, qui sait apprécier les « bonnes » choses et ne se laisse pas soumettre par une norme de gestion au quotidien de sa santé, ici perçue comme féminine. C'est le cas également de Pascal (72 ans, DRH à la retraite, titulaire d'un master en droit), qui met sa prise de poids récente sur le compte de sa gourmandise et de « *la vie de famille* ». Leur âge rentre sans doute également dans l'équation, dans la mesure où le stigmate de la grosseur peut s'atténuer avec le vieillissement[370].

Si les ressources culturelles de ces deux hommes ne sont pas mobilisées dans l'interaction pour justifier leur corpulence, leurs ressources corporelles et sportives ne le sont pas non plus dans la pratique des APA pour apparaitre investis dans des pratiques sanitaires.

[370] Dans la mesure où l'obésité suit un gradient d'âge (cf. Chapitre 3), la grosseur devient plus fréquente dans les tranches d'âge élevées, période de la vie où, par ailleurs, l'importance donnée au capital esthétique se réduit. À cela s'ajoute le fait que la grosseur peut atténuer l'effet d'un autre stigmate corporel : les rides (Rougnant 2023).

> Pascal perturbe le décompte des répétitions de l'enseignante en APA en annonçant à haute voix de faux chiffres pour qu'elle se trompe et arrête plus tôt l'exercice. Quand l'enseignante en APA a le dos tourné, ou arrête de montrer les mouvements, Pascal s'arrête également, même si elle lui dit de continuer.
>
> Observation d'un cours de gymnastique, novembre 2021, association APA.
>
> L'enseignant en APA demande aux personnes présentes si elles préfèrent rester debout ou se mettre assises pour la troisième phase du cours, qui peut se faire dans ces deux modalités. Pascal, prenant un ton ironique, faussement sérieux, demande s'il y a la possibilité de se mettre « *allongé par terre* ».
>
> Observation d'un cours de gymnastique, mars 2022, association APA.
>
> À plusieurs reprises, Yves manifeste un investissement moindre que les autres adhérentes présentes. Lors d'un exercice de marche dans tous les sens, son comportement suscite des rires d'autres personnes qui manquent de le percuter en marchant en arrière (« *faut regarder dans les rétros' Yves !* »). Sur un exercice d'étirement de l'épaule, que l'enseignant en APA fait réaliser à chaque séance, Yves déclare qu'il ne comprend pas comment le faire ni dans quel but (« *et ça sert à quoi ça ?* »), au contraire des autres adhérentes qui s'exécutent en silence[371].
>
> Observation d'un cours d'aquagym, janvier 2022, association APA.

Bien qu'ayant tous deux des socialisations sportives qui, sans être très importantes, sont significatives[372], Pascal et Yves manifestent dans la pratique une forme de distance ironique aux activités proposées et semblent volontairement peu investis. Leurs dispositions scolaires devraient en outre leur permettre de présenter un *ethos* de « bon élève », c'est-à-dire attentifs aux consignes et assidus dans la réalisation des tâches, sans perturber le déroulement du cours. Or, les observations révèlent que ces dispositions, si elles sont présentes, ne sont pas activées dans ce contexte particulier. Ni Yves ni Pascal ne semblent prendre très au sérieux les exercices proposés, alors même qu'ils sont parmi les membres les plus régulièrement présents.

Contrairement à d'autres[373], ils n'apparaissent pas comme peu capables de faire les tâches requises, mais comme les détournant volontairement, ou comme mettant une distance ironique avec une partie des exercices à effectuer. Apparaitre comme un adhérent qui ne se prend pas au sérieux, ou qui ne prend pas au sérieux les exercices, permet de mettre une distance par rapport à des activités symboliquement féminines et investies dans ce contexte précis par une grande majorité de femmes, et de masquer des incapacités à réaliser pleinement les exercices. Cette posture ironique ou détachée peut également être le produit d'une distance par rapport à un enjeu corporel et sanitaire face auquel ils ne sentent pas autant concernés que les femmes, nous y reviendrons. Quelles qu'en soient les interprétations, il s'avère que le comportement de ces hommes tranche avec ce que manifeste une partie des femmes de cette enquête, à savoir une mise en scène par corps d'une bonne volonté sanitaire passant par le sérieux de l'investissement.

Les femmes de classes moyennes et supérieures semblent ainsi se situer dans la position permettant de mettre efficacement à distance le stigmate de l'obésité. Avant d'aller plus loin

[371] Ce décalage n'empêche pas Yves d'être manifestement satisfait du cours d'APA, remerciant à plusieurs reprises l'enseignant.
[372] Yves a pratiqué du tennis et du ski pendant plusieurs années lorsqu'il était jeune adulte, et Pascal un sport de combat lorsqu'il était lui aussi jeune adulte.
[373] Comme Jean, dont les moqueries qu'il suscite ont été décrites *supra*.

dans l'étude de l'interaction entre le genre et la classe, il convient de noter que l'histoire pondérale joue également un rôle dans ces mises à distance. Les femmes de cette enquête qui se décrivent comme « *grosses* » ou « *obèses* » depuis un temps long, lorsqu'elles sont fortement diplômées, sont celles qui manifestent le plus de discours et de pratiques amenant à se distancier du stigmate. Ce sont en effet les personnes qui ont connu une prise en charge précoce pour leur poids, et qui ont pu pratiquer un certain nombre d'APA avec une corpulence importante, ces deux éléments pouvant être liés. Elles sont ainsi beaucoup plus susceptibles de s'être approprié un discours sur leur poids étayé par des connaissances médicales acquises dans les espaces de prises en charge, mais aussi d'avoir appris à user de leur corps dans des situations sportives.

Si les personnes dont l'obésité est plus récente peuvent aussi chercher à justifier un état corporel nouveau, ces dernières ont moins de chance de s'être socialisées, en tant que personnes grosses, à des usages du corps distinctifs. C'est par exemple le cas d'Hélène, devenue grosse « *sur le tard* », après une première période de vie où elle était mince, ce qu'elle associe elle-même au fait d'appartenir à une élite, dans une période de sa vie idéalisée :

> « *Il faut que je dise ça aussi, j'étais donc à 20, on va dire 28 ans, juste comme ça, à votre âge, j'étais une bombe. Je pense que j'étais vraiment très belle, très grande, des jambes comme ça. J'ai bossé dans une des premières start-up de ce qu'on appelle aujourd'hui la Silicon Sentier* […]. *Je faisais des* sales*, donc j'étais commerciale, mais je vendais des serveurs. Enfin, voilà, j'avais... J'étais dans un monde en pleine ébullition où on commençait à mettre des baby-foot dans les boîtes et puis des salles de repos avec des massages.* »
>
> Hélène, 50 ans, commerciale, Master [Service nutrition].

Le fait qu'elle mette sur le même plan la minceur comme une forme de beauté et une position professionnelle avantageuse n'a rien d'anodin, tant la minceur peut représenter pour les femmes une forme d'élitisme s'exprimant par le corps. Darmon (2008a) montre en effet que, dans le cas des anorexiques, la perte de poids et l'accumulation méthodique de capital culturel vont de pair dans la mesure où ce sont deux pratiques orientées vers le haut de l'espace social. La prise de poids est alors un choc pour Hélène, puisque son corps se transforme rapidement et qu'il l'éloigne de ce qu'elle pouvait symboliquement représenter par le passé. :

> « *Bon, j'avais eu trois grossesses et puis voilà, j'étais moins jolie qu'avant, mais ça allait encore quoi, c'était pas dramatique. Sauf que le problème, c'est qu'avec le confinement, j'en ai repris 30* [kilos]. *Donc là, j'en ai juste 50 de trop. Donc 50 de trop, là, c'est plus possible. En fait, c'est juste, c'est même pas moi. Je me regarde dans une glace, je me vois même pas. Enfin, je me vois parce que je suis énorme, mais je me reconnais pas du tout. C'est pas moi, c'est pas... Il y a rien de moi, en fait, là-dedans.* »
>
> Hélène, 50 ans, commerciale, Master [Service nutrition].

La prise de poids d'Hélène crée ainsi une dissonance entre ce qu'elle souhaiterait exprimer, l'appartenance à une élite, et ce que son corps dit d'elle, l'appartenance supposée aux classes populaires. Mais ce n'est pas uniquement l'image qui est en jeu dans l'incarnation d'une position sociale, mais aussi les pratiques, notamment corporelles. En ce sens, le fait de grossir est associé pour les enquêté·es de classe supérieure comme Hélène à l'impossibilité de mettre en œuvre certaines pratiques de leur classe :

« *Déjà, si je me baisse, il faut que je m'appuie pour me relever. Non, mais… et puis l'autre problème, c'est que j'ai le fonctionnement corporel d'une femme de 80 balais. Dans ma tête, j'en ai 30. Et en fait, je suis au milieu, je suis à 50. Donc, il faut un peu rééquilibrer tout ça, quoi. Donc, je ne peux pas avoir 30 ans dans ma tête et 80 ans dans mon corps. Moi, je ne sais plus qui je suis là-dedans.* »

Hélène, 50 ans, commerciale, Master [Service nutrition].

Loin d'être neutres, les valeurs de mobilité, d'activité et de tonicité sont historiquement et socialement situées (Vigarello 2010). Ne plus pouvoir effectuer des gestes quotidiens, être empêché dans son pouvoir d'action sur le monde représente plutôt une conséquence de mode de vie et d'expérience au travail du bas de l'espace social. Des travaux de sociologie ont ainsi pu montrer la variation sociale de la vieillesse corporelle : être « vieux avant l'âge » concerne surtout celles et ceux dont le travail rémunéré et domestique, et plus largement les conditions de vie, usent et épuisent le corps (Rennes 2019a). C'est bien le style de vie, socialement situé, qui est impacté par la prise de poids, et notamment la pratique de certaines activités physiques. C'est ce qu'exprime avec regret Benjamin (28 ans, étudiant) en consultation, lorsqu'il est interrogé par le Dr. A sur ces pratiques actuelles et passées : « *tennis, natation… j'avais une vie de l'élite, du microcosme. J'essaie de sortir mais c'est pas mon quartier, je déteste là où on vit*. ». Socialement situées, les pratiques corporelles peuvent être des éléments de stylisation et d'expression de la position sociale, empêchées par la prise de poids. On peut également citer Hélène, qui mentionne elle aussi à regret le fait d'avoir été par le passé « *une dingue de sport* » et de « *voyager tout le temps* », et de s'être progressivement « *enfermée* » et « *cloitrée* ». Les enquêté·es du haut de l'espace social ayant connu une prise de poids récente semblent ainsi limité·es dans leurs possibilités de se distinguer par corps des représentations associées à l'obésité.

Au contraire, une prise de poids dans l'enfance ou l'adolescence peut jouer un rôle croisé avec la classe sociale et le genre, pour permettre à certaines femmes de posséder les ressources nécessaires pour mettre efficacement à distance le stigmate de l'obésité. Ces ressources semblent être le produit d'une socialisation médicale (pour les mises à distance verbales) et sportive (pour les mises à distance corporelles). Les positions de classe et de genre interagissent ainsi dans le modelage de ces deux types de socialisation. Les femmes obèses, en particulier de classe supérieure, peuvent se trouver plus fréquemment confrontées à l'institution médicale, comme nous l'avons montré au chapitre 3. Une obésité ancienne couplée à un capital culturel important peut contribuer à former chez les femmes enquêtées des savoirs, des savoir-faire et des dispositions langagières spécifiques et utiles dans l'institution médicale. Ce capital culturel de santé (Shim 2010) leur permet de produire un discours neutralisant efficacement le stigmate en s'appuyant sur le registre discursif médical. C'est également par le biais de cette socialisation médicale qu'elles peuvent se familiariser avec un type d'activité physique recommandé dans la prise en charge de l'obésité, c'est-à-dire une activité adaptée de type gymnastique ou aquagym. La position de classe accentue ces socialisations médicales et sportives en ce que celles-ci représentent deux types de socialisation particulièrement présents dans les fractions favorisées de l'espace social (Gelly et Pitti 2016 ; Lefèvre et Raffin 2023).

Toutefois, il ne suffit pas de disposer de ressources pour les mobiliser effectivement dans une interaction. À cet égard, le stigmate de l'obésité comprend une composante fortement genrée : les femmes semblent plus enclines à déployer ces stratégies de mise à distance du stigmate. C'est parce qu'elles se situent dans une position de genre particulière qu'elles mobilisent effectivement les ressources discursives et corporelles permettant en partie d'échapper dans l'interaction à ce stigmate.

Premièrement, l'apparence corporelle et la minceur sont un enjeu particulièrement fort pour elles sur de nombreuses scènes sociales, comme nous avons pu le rappeler à plusieurs reprises dans les chapitres précédents. Les femmes obèses interrogées se soucient ainsi très fortement de leur corpulence eu égard à la norme de la minceur, comme le note ici Vanessa :

> « *Je sais pas si tu connais cette série, "My Mad Fat Diary", une série anglaise d'il y a quelques années. Y a une scène qui est frappante, je pense que tu peux la trouver sur Internet, où cette adolescente obèse se lève et, le matin, elle se regarde dans le miroir en sous-vêtements et elle dézippe son corps comme ça, elle l'enlève, elle l'ouvre et à l'intérieur y a son corps mince, son corps beau. Et ce fantasme-là, je l'avais complètement quand j'étais jeune et je l'ai souvent entendu, en parlant avec d'autres femmes obèses, ce fantasme de se réveiller et d'être mince, "ça y est je suis libérée de ce corps".* »
>
> Vanessa, 30 ans, infirmière en reconversion, Licence [Association APA].

Ce « *fantasme* » de minceur soudaine révèle la puissance que possède la norme de minceur chez les femmes et son pendant, la dévalorisation des corpulences importantes. Ainsi, à défaut de pouvoir effectivement « *se libérer de ce corps* », les femmes obèses sont sans doute plus enclines que les hommes à vouloir apparaitre comme des personnes obèses respectables, c'est-à-dire non responsables de leur corpulence. L'absence de perte de poids, à plus ou moins long terme, peut accentuer la pression dans le fait, pour ces femmes, de rechercher d'autres voies de valorisation de soi.

Deuxièmement, les femmes sont davantage confrontées à des médecins qui, par leurs remarques et avis médicaux, contribuent à faire d'une corpulence importante un problème qui doit être pris en charge. En effet, les travaux de Cousteaux (2011) montrent que, d'une manière générale, les femmes se perçoivent en moins bonne santé, consultent davantage des généralistes comme des spécialistes pour elles ou leurs proches. Nous avons par exemple montré au chapitre 3 que les femmes obèses sont statistiquement plus nombreuses que les hommes à avoir consulté un spécialiste au cours des 12 derniers mois (57,2% contre 50,9%). Ces consultations constituent de multiples occasions de se voir rappeler à l'ordre et à leur responsabilité au sujet de leur poids. Les récits des femmes interrogées sont ainsi marqués par l'évocation de stigmatisations de la part de diverses professions du champ médical, mais aussi plus généralement d'incitations multiples à perdre du poids :

> « *Je me rappelle j'allais voir un dentiste, pour qu'il me fasse un détartrage, c'était un nouveau dentiste je l'avais jamais vu et il me dit : "Mais vous devriez perdre du poids quand même, vous avez un si joli visage, c'est dommage". C'est dommage de quoi ? T'es dentiste, je t'ai demandé un détartrage, pas un bilan nutritionnel ! Tous les toubibs, c'est ça :*

– Qu'est-ce que vous faites pour votre poids ?
– Je suis venue pour autre chose.
– Mais qu'est-ce que vous faites pour votre poids ?
– J'ai juste mal au pied.
– Mais si vous perdiez du poids…

[…] *C'est ce qui contribue à cette espèce d'obsession du poids en fait, c'est que quand tu vas voir un médecin, la première chose qu'il te dit, c'est que tu dois perdre du poids.* »

Vanessa, 30 ans, infirmière en reconversion, Licence [Association APA].

Incitées à se voir comme responsables d'un problème à résoudre et à se rapprocher d'une minceur valorisée, les femmes sont plus enclines à participer à des programmes ou des cours d'activité physique en lien avec la santé et la perte de poids, comme nous pouvons l'observer sur notre terrain et comme le relève Knobé (2024) dans une enquête récente sur un programme de prise en charge de l'obésité par l'activité physique. Elles sont également plus incitées à accorder de l'importance à leur corpulence, et donc à trouver des moyens de mettre à distance le stigmate auquel elles sont régulièrement renvoyées.

Si les hommes ont une plus forte probabilité d'avoir eu une socialisation sportive (Lefèvre et Raffin 2023), ils sont moins enclins à percevoir la minceur comme un enjeu, et à devoir se justifier à cet égard. Vandebroeck (2016) montre en effet qu'il n'existe pas de consensus au sujet du corps masculin le plus valorisé : les hommes peuvent davantage faire valoir une image de force et d'importance par une certaine corpulence. Outre cette moindre assignation à la norme de la minceur, les hommes sont aussi moins enclins à fréquenter des espaces médicaux en général, et en rapport avec le poids en particulier (Gridaine 2022), susceptibles de leur rappeler que leur corpulence est un problème.

Conclusion du chapitre 8 : pratiquer pour se distinguer

Nous avons cherché dans ce chapitre à identifier les logiques qui sous-tendent la pratique d'AP des femmes de classes moyennes et supérieures. Les résultats de ce chapitre sont volontairement très localisés : ils concernent majoritairement des femmes de classes moyennes et supérieures considérant leur corpulence comme un enjeu médical à prendre en charge, comme en témoigne leur participation au dispositif d'APA. Comme nous l'avons montré au chapitre 7, ces dernières font preuve d'une « bonne volonté sanitaire » (Arborio et Lechien 2019) et suivent les recommandations des professionnel·les de santé et les messages de santé publique érigeant l'activité physique comme un devoir à faire (Vieille-Marchiset 2019). Il s'agissait de comprendre les profits qu'elles peuvent retirer d'une telle pratique d'AP.

Le style de vie jugé « sain », légitimé par l'institution médicale, peut devenir une pratique distinctive de la part des personnes, ici des femmes du haut de l'espace social, qui le mettent en œuvre. L'enquête révèle les façons d'utiliser le corps et une présentation de soi pour se distinguer d'un autre, fictif ou présent dans l'interaction, qui présenterait les traits déviants associés au stigmate de l'obésité. Pratiquer une AP selon les modalités valorisées par l'institution médicale permet alors d'incarner une position de classe et de genre spécifique,

éloignée des stéréotypes discréditant associés à l'obésité. Cette mise à distance du stigmate socialement située est rendue possible par des dispositions corporelles, sanitaires et sportives de classe, de genre, et en lien avec l'histoire pondérale. Si les dispositions corporelles de classe et de genre ont déjà été investiguées par la littérature, l'effet de l'histoire pondérale sur la constitution de dispositions spécifiques nous semble plus novateur. Parce qu'il faut du temps pour appréhender une corpulence nouvelle, et que la grosseur amène à fréquenter des espaces d'incitation à la pratique d'AP, être gros depuis l'enfance semble participer à la genèse de dispositions corporelles, ici distinctives.

La question persiste de savoir vis-à-vis de qui les individus cherchent à éviter un discrédit. S'il est difficile de repérer la référence par rapport à laquelle les enquêté·es mettent à distance le stigmate (soi-même, le sociologue, les autres pratiquant·es), il semble tout de même que ce soit davantage par rapport à leur propre représentation de soi (se penser moins discrédité), quitte à projeter le discrédit sur les autres. Comment se fait-il alors qu'il n'y ait pas de mise à distance commune du stigmate dans l'association, ce qui minimiserait ces stratégies individuelles ? Le fait que la grosseur ne fasse pas dans les terrains enquêtés l'objet d'un cadrage politique explique en partie la présence de formes individuelles de gestion du stigmate. En faisant de la grosseur une pathologie à soigner (l'obésité), dont la cause serait liée à des formes de déviances comportementales, l'association reproduit implicitement un « cadrage médical » (Carof 2025) dans lequel l'individu est responsable de son corps. Ce cadrage spécifique fait reposer sur les individus la gestion de leur stigmate, qui prend ici des formes ajustées au contexte en impliquant le corps dans l'activité physique. C'est davantage en adoptant la vision de la grosseur comme une caractéristique corporelle stable, et non pas transitoire (Harjunen 2023), qu'une association dédiée aux personnes grosses pourrait susciter des engagements politisés face au stigmate, c'est-à-dire en abandonnant la dimension morale et sanitaire d'un corps qui serait nécessairement à changer.

Conclusion de la partie III

La partie II nous avait permis de comprendre que tous les individus ne bénéficiaient pas au même degré d'une prise en charge médicale de l'obésité, semble-t-il plus favorable aux femmes et aux classes supérieures. Mais, pour prendre pleinement la mesure de l'efficacité différenciée de la médecine de l'obésité, il nous fallait sortir le nez du terrain hospitalier pour essayer d'appréhender plus largement la diffusion du style de vie « sain » prôné par les professionnel·les. En pratique, qui parvient à adopter le style de vie légitime ? Comment peut-on adopter des pratiques jugées « saines » ? Pour quels profits ?

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes focalisés sur une des pratiques corporelles qui tend à devenir consensuelle dans le traitement de l'obésité : l'activité physique (AP). Cette partie a ainsi permis de rentrer au cœur des pratiques d'AP des personnes obèses, en les analysant tout d'abord comme des pratiques culturelles aux usages multiples, puis comme un processus d'engagement dont les formes et temporalités induisent des effets de socialisations. Prendre une distance avec les conceptions sanitaires des AP permet de mieux en tracer les contours : tout le monde n'a pas les mêmes chances statistiques de pratiquer les AP de la bonne sportivité médicale dans une optique sanitaire, les motifs de l'engagement peuvent profondément varier au cours du temps, et tous les individus n'en retirent pas les mêmes profits, notamment distinctifs.

Les personnes dont l'IMC correspond à l'obésité pratiquent moins, moins fréquemment, et moins d'AP différentes que les individus « normo-pondérés », et semblent ainsi moins touchées par une norme de pratique d'AP. Mais elles pratiquent davantage pour des raisons de santé, tout en le percevant comme une contrainte, soulignant par là le poids d'une norme sanitaire qui modèle les façons de mettre en œuvre des AP. Lorsque l'on regarde en détail la forme prise par les pratiques, grâce aux outils d'une sociologie du handicap, on remarque que les personnes grosses sont confrontées à deux contraintes contradictoires : une injonction importante et intériorisée à pratiquer, mais un stock de pratiques disponibles favorables fortement limité. Dans leur majorité, les AP favorisent des personnes minces, alors même que les personnes grosses sont davantage la cible d'incitations à pratiquer pour leur santé.

Face à cela, toutes les personnes ne réagissent pas de la même manière, et le respect d'une bonne sportivité médicale apparait en grande partie situé socialement. Les activités promues empruntent aux usages du corps des classes moyennes et supérieures, en particulier les femmes. Et ce sont elles qui, dans les faits, pratiquent davantage. L'autocontrainte sanitaire à pratiquer des AP parait alors socialement située pour les personnes obèses du côté du féminin et des fractions diplômées de l'espace social.

Ce constat est confirmé lorsqu'on se penche sur les façons différenciées qu'ont les individus de s'engager dans une AP, à court, moyen et long terme. Tout au long de la carrière de pratiquant, les motifs d'engagement, les rapports à la pratique et les types de socialisations qui en découlent sont largement modulés par le fait que les individus possèdent un corps symboliquement dévalorisé et pathologisé, et qu'ils n'ont pas les mêmes ressources sociales pour y faire face.

Loin d'être un pur produit psychologique, la « motivation » à pratiquer apparait largement conditionnée par les conditions sociales dans lesquelles les individus ont vécu (leurs dispositions particulières, notamment liées au fait d'être gros) et dans lesquelles ils pratiquent (les interactions qui jalonnent la pratique), associées à l'état actuel des liens symboliques entre fortes corpulences, santé et pratiques d'AP. Le passage d'une pratique vécue comme une auto-contrainte pour maigrir à une pratique effectuée par plaisir se réalise à l'intersection entre des conditions de pratiques favorables et des dispositions particulières de genre et de classe, acquises notamment dans l'enfance et dans la fréquentation d'espaces médicaux.

Enfin, le dernier chapitre montre que l'institution médicale et ses dispositifs annexes, comme une association d'APA, peuvent être l'occasion pour certaines femmes de classes moyennes et supérieures d'acquérir et mettre en œuvre une distinction corporelle. Les contextes de pratique d'AP qui rassemblent des individus aux fortes corpulences constituent des occasions de produire des classements des corps et des performances, dont certains bénéficient et d'autres pâtissent. Rejouant les mécanismes d'exclusion entre établis et marginaux (Elias et Scotson 1997), ces femmes se distinguent en pratique et en discours d'individus très proches corporellement, mais discrédités pour leur manque d'investissement ou leurs faibles dispositions sportives.

Cette partie offre ainsi une contribution à l'étude des socialisations qui accompagnent la grosseur pour des individus, des femmes notamment, favorisés et proches du milieu médical. C'est en quelque sorte un apprentissage de la distinction qui est à l'œuvre, par un détournement des objectifs affichés de l'institution médicale. En effet, les techniques de gestion du stigmate étudiées peuvent être lues comme des techniques à la fois classées et genrées, non sans conséquence en termes de profits symboliques dans l'interaction. Le fait que l'obésité soit peu fréquente parmi les femmes de classes moyennes et supérieures (Poulain 2009a) met une pression et incite les plus corpulentes d'entre elles à trouver d'autres voies de valorisation que leur corps, ce qui passe par l'éloignement des stéréotypes associés à l'obésité, parfois aux dépens d'autrui. La fréquentation plus importante des espaces médicaux, bien que source de stigmatisation, leur donnerait également les « armes » pour se présenter par l'AP comme non-responsables de leur poids. Si les ressources permettant de mettre à distance le stigmate émergent à l'intersection de positions de classe, de genre et d'histoire pondérale, c'est surtout la position de genre spécifique aux femmes qui les amène à les mettre en œuvre dans l'interaction.

Ainsi, en plus de s'approprier les techniques pour respecter les normes médicales légitimes, les individus du haut de l'espace sont aussi en mesure d'apprendre dans l'institution des techniques discursives et corporelles pour apparaitre comme plus conformes que les autres vis-à-vis de ces mêmes normes, ce qui revient à les légitimer.

Conclusion générale

Pour conclure cette thèse, nous proposons dans un premier temps de revenir sur la question de départ qui nous a guidé, avant d'interroger les conditions d'une possible généralisation de certains aspects de notre travail, et enfin les perspectives théoriques que nous pouvons formuler. Ces trois étapes nous permettront successivement d'aborder les contributions de cette thèse à la sociologie de la santé, de l'institution médicale, et des socialisations.

Qui peut tirer profit de la médecine de l'obésité ?

Pour répondre au questionnement initial qui a guidé l'enquête (les conditions sociales d'adoption d'un style de vie « sain » par la médecine de l'obésité), nous avons abordé les inégalités sociales de santé à partir des usages du corps conçus comme sains, de leur diffusion et réception parmi les personnes obèses.

La médecine de l'obésité, qui laisse de plus en plus de place aux « modifications thérapeutiques du mode de vie », a pour objectif de faire adopter aux patient·es des pratiques d'alimentation et d'activité physique (AP) sur le long terme, moins pour perdre du poids que pour contrôler les risques associés à un « excès de masse grasse » (chapitre 1). Existant en dehors des pratiques médicales, les types d'alimentation et d'AP qui y sont valorisés peuvent être situés socialement. Les usages du corps prônés en médecine de l'obésité sont ainsi davantage mis en œuvre par les femmes et les membres des classes moyennes et supérieures. Loin d'être neutres, ces pratiques sont en réalité situées socialement, et *a priori* éloignées de la majorité statistique des personnes obèses (chapitre 2).

Cette distance aux contenus de la prise en charge est redoublée par les chances qu'ont les individus de devenir patient·es d'un service spécialisé de l'obésité. Plusieurs types de rapport aux consommations médicales peuvent être identifiés. Parmi les personnes obèses, les hommes et les membres des classes populaires manifestent plus fréquemment une moindre consommation de biens de santé et un rapport davantage curatif à leur santé, contre un rapport préventif des femmes et des individus plus diplômés. Ces rapports à la santé socialement situés se matérialisent par des modes d'entrée dans le service enquêté plus ou moins probables et plus ou moins tardifs et contraints (chapitre 3). Les membres des classes populaires paraissent, notamment aux yeux des soignant·es, moins « pro-actifs » dans la gestion médicale de leur santé. Les inégalités sociales de santé ne s'arrêtent pas aux portes des services hospitaliers, mais sont entretenues et produites au sein même des parcours de soin, par les méthodes employées, socialement situées, et les (dé)valorisations dont les patient·es peuvent faire l'objet, sur la base de leurs appartenances sociales et genrées. Centrées sur l'écoute de soi et la réflexivité, les méthodes employées mobilisent des dispositions plus fréquentes chez les femmes et chez les membres des classes moyennes et supérieures. À cela s'ajoutent des modes d'attributions des ressources médicales basés sur l'estimation de la capacité des patient·es à s'impliquer dans le suivi et à mettre en pratique les conseils, souvent inférée à partir de signes de la position de classe et de genre des patient·es, et qui a tendance à défavoriser les membres des classes

populaires (chapitre 4). Le passé incorporé des individus vient amplifier ces inégalités dans la prise en charge. La position sociale et les socialisations passées jouent aussi sur ce que les patient·es peuvent retirer de la prise en charge. Ils et elles sont plus ou moins disposé·es à penser de la « bonne manière » leur corps, leur poids, leur santé, et à faire ce qui est requis. Si cela leur donne plus ou moins de valeur aux yeux des soignant·es, leurs dispositions de classe et de genre leur permettent aussi de bénéficier plus ou moins de la prise en charge. Les femmes et les membres des classes supérieures, qui sont les plus alignés initialement, sont aussi ceux qui se transforment le plus, et adoptent, au fond, les « meilleures » pratiques pour leur santé. Les classes moyennes peinent à abandonner une morale de l'effort contraire au lâcher-prise prôné par les soignant·es, tandis que les classes populaires contestent, souvent malgré elles, les méthodes employées (chapitre 5).

Ces résultats se confirment largement lorsqu'on met la focale sur un des usages du corps valorisés en médecine de l'obésité, à savoir l'AP. À l'échelle de l'ensemble des personnes obèses en France, il apparait que ce sont surtout les femmes et les plus diplômés qui ont le plus de chance de s'approprier l'AP, notamment comme bien de santé. Ce sont elles et eux qui semblent répondre le plus à l'injonction morale à prendre soin de sa santé par des AP. Cet engagement sanitaire dans une AP se réalise dans le contexte d'une offre largement défavorable aux plus fortes corpulences, ce qui n'est pas sans conséquence sur les types d'activités choisis (chapitre 6). Les processus qui mènent certains individus à pratiquer sont toutefois plus complexes qu'un reflet des habitus de classe et de genre, ou qu'une simple application de recommandations et conseils. Devenir pratiquant n'a rien d'évident, et nécessite de multiples conditions sociales. L'engagement plus ou moins durable dans une AP s'avère être le produit de certaines socialisations de classe et de genre, croisées avec des effets de contextes liés à l'offre disponible et aux temporalités biographiques. Cet engagement n'est, en retour, pas sans effet sur les individus et peut produire des formes de socialisations : nouvelle façon de penser son corps et sa santé, nouveaux goûts pour la pratique. En tant que personne grosse, pratiquer des AP peut par exemple contribuer à produire l'adoption d'un rapport à la santé détaché du seul poids corporel, tel qu'on le retrouve mis en avant en médecine de l'obésité (chapitre 7).

Ce ne sont cependant pas les seuls « profits » que les individus peuvent tirer de la pratique d'AP, et plus globalement de la pratique des activités légitimées par les professionnel·les du soin. Sous certaines conditions, des femmes issues des classes moyennes et supérieures peuvent, par la pratique, manifester une forme de distinction sociale. Parce que le stigmate de la grosseur pèse sur chaque individu concerné, et parce que l'AP peut être un moyen de s'affirmer comme étant capable d'effort et de volonté, certains individus aux dispositions de classe et de genre adéquates en usent pour marquer la distance avec d'autres individus apparemment plus proches des stéréotypes associés au stigmate. Ces modes de distinction s'appuient sur des normes et hiérarchies corporelles (et, du même coup, les renforcent) qui valorisent l'activité et les usages du corps « sains », et discréditent la paresse. Prendre appui sur le stigmate peut permettre, pour soi, de ne pas y être associé (chapitre 8).

Parce qu'elle ne peut contraindre par la force les individus à adopter certaines pratiques corporelles, la médecine de l'obésité s'efforce donc de les socialiser à l'autocontrainte sanitaire, ce qui fonctionne d'autant mieux que les individus y sont disposés, par des socialisations

genrées et de classe, et incités, par des contextes dans lesquels ils peuvent, entre autres, en tirer des profits distinctifs.

Dans un certain sens, nous avons réalisé une sociologie de la compliance médicale[374]. La littérature sur les inégalités sociales de santé commence à rassembler des résultats stables au sujet des inégalités d'accès au système de soin, face aux risques morbides, et plus récemment dans l'attribution de ressources médicales. Il reste selon nous à explorer plus en détail comment les individus peuvent tirer des profits sanitaires inégaux d'une prise en charge, notamment lorsqu'il s'agit d'appliquer au quotidien des conseils censés favoriser la santé ou prévenir des pathologies. Nous espérons, à notre échelle, y avoir contribué.

Des terrains d'enquête à la sociologie de l'institution médicale

Une grande partie des résultats de cette thèse ont été produits sur des terrains d'enquête ethnographiques. Ils sont donc nécessairement situés dans des contextes, et ne valent à proprement parler que dans un espace-temps très restreint (Passeron 1991). Or, même les études de cas peuvent permettre de produire des résultats généralisables, justement parce que ce sont des « cas » qui s'inscrivent dans un ensemble plus large (Passeron et Revel 2005). Reste à savoir de quoi notre « cas est-il le cas », pour reprendre l'expression de Hamidi (2012).

Les terrains enquêtés sont spécifiques à plusieurs égards, mais c'est justement leur spécificité qui peut nous permettre de généraliser certains résultats. Les professionnel·les de santé que nous avons étudié·es suivent globalement les recommandations et « bonnes pratiques » (définies par la Haute Autorité de Santé et par leurs pairs) les plus récentes. En ce sens, ils et elles traitent l'obésité de la manière la plus légitime actuellement, du fait qu'elle soit conçue ainsi officiellement. Cette spécificité nous incite à penser que les logiques qu'on peut retrouver dans le centre spécialisé de l'obésité enquêté, et dans l'association APA qui y est partiellement liée, ont de grandes chances de se retrouver dans tous les centres qui eux-mêmes observent fidèlement les recommandations et « bonnes pratiques ». En ce sens, nous supposons que notre terrain est un « cas typique » (cf. Encadré n°1), non pas parce qu'il serait très courant (nous n'en savons pas grand-chose), mais parce qu'il incarne la façon légitime de traiter l'obésité.

Encadré n°1 : Prolonger l'étude aux cas limites et aux cas contraires.

L'étude d'un « cas typique » a davantage pour fonction d'élaborer une théorie que de mettre à l'épreuve son étendue. Il serait selon nous pertinent de se pencher sur des « cas limites », comme le seraient les cliniques privées spécialisées dans le traitement de l'obésité. Parce que

[374] Les résultats présentés dans cette thèse n'ont cependant pas vocation à servir d'outils pour mieux mettre au pas les classes populaires, et nous ne faisons d'ailleurs pas de proposition d'action publique ou de recommandation. Il s'agit plutôt d'une aide pour comprendre les configurations sociales qui empêchent certaines personnes d'accéder à des biens valorisés, comme la santé, ce qui a par ailleurs pour conséquence de les discréditer.

les soignant·es qui y travaillent sont soumis·es aux mêmes recommandations de la HAS et normes professionnelles relatives aux bonnes pratiques, on devrait en toute logique y retrouver des modes de traitement et mécanismes similaires que ceux que nous avons observés. Or, l'encastrement du privé et du public dans les cliniques privées, qu'on retrouve d'ailleurs dans une moindre mesure dans le secteur public (Gelly et Spire 2022), peut induire des effets sur les pratiques professionnelles, et donc sur les patient·es, qu'il serait intéressant d'investiguer.

Dans une autre perspective, on peut considérer cette fois-ci le corpus d'individus interrogés comme des études de cas multiples et s'interroger sur ceux qui ont échappé à l'enquête. Ces individus sont de deux types : ceux qui pourraient légitimement être suivis dans un service spécialisé de l'obésité mais ne fréquentent pas l'institution médicale ; ceux qui sont suivis pour un temps, mais sortent rapidement du suivi (que les soignant·es nomment les « *perdus de vue* »). Si nous avons au cours de cette thèse esquissé quelques hypothèses sur leurs caractéristiques sociales et dispositionnelles (sans doute davantage des hommes et des membres des classes populaires précaires), nous n'en avons pas fait le cœur de notre analyse, notamment parce que le dispositif méthodologique réduisait drastiquement la probabilité de rencontrer ce type d'enquêté·es. Ces individus sont *a priori* des cas contraires, en ce qu'ils peuvent représenter des personnes grosses qui échappent à une socialisation de la part de l'institution médicale. Une étude qui se focaliserait sur eux permettrait d'étayer la description des conditions de possibilité d'adoption des normes qui façonnent un certain style de vie « sain ».

Ensuite, nous pensons qu'il est possible d'étendre les conclusions de cette thèse au fonctionnement d'autres spécialités médicales. La médecine de l'obésité n'est pas le seul domaine où des professionnel·les de santé tentent de faire adopter de nouveaux comportements aux patient·es dans leur vie quotidienne. On peut penser par exemple à la diabétologie, dans laquelle on retrouve des logiques de fonctionnement similaires, et avec qui nous avons dialogué au cours de cette thèse (notamment les travaux de Schlegel). Mais c'est aussi le cas, de manière peut-être moins centrale, dans bien d'autres spécialités médicales, notamment liées à des pathologies chroniques, où les patient·es sont incité·es à manger différemment, pratiquer des AP, changer leurs routines de sommeil, leurs postures au travail, etc. Ici, ce ne sont pas des faits concrets que nous pouvons généraliser, mais des processus et des mécanismes qui risquent de se retrouver à chaque fois qu'un·e professionnel·le de santé tentera de faire adopter un nouvel usage du corps à un·e patient·e, parce que l'adoption d'une pratique de santé au quotidien impliquera sans doute les dispositions de classe et de genre spécifiques que nous avons décrites.

De même, parce que nos résultats résonnent avec d'autres travaux sur les inégalités sociales de santé en amont et pendant les prises en charge (cf. Encadré n°2), nous pouvons inscrire une partie de nos résultats dans un constat général d'une médecine de classe (comme nous l'avons souligné dans la partie II). En plus de confirmer des résultats déjà établis, nous avons pu mettre au jour le fait qu'une médecine de classe peut advenir même dans les domaines censés accueillir en majorité des membres des classes populaires.

Encadré n°2 : Intégrer les rapports sociaux de race.

La littérature récente en sociologie aborde les assignations raciales et leurs effets symboliques et matériels comme un rapport social structurant (Brun et Cosquer 2022, 2024). Nous avons tenté au cours du traitement des données d'intégrer cette dimension (notamment dans la structuration raciale des corpulences, l'évaluation des patient·es selon des critères géographiques ou culturels supposés, et les socialisations raciales différenciées), mais les matériaux récoltés ne permettaient pas d'établir avec précision l'effet systémique des racialisations sur la prise en charge. Les données étaient trop restreintes pour en tirer des conclusions solides, notamment parce que la question des rapports sociaux de race a été moins anticipée en amont que celle du genre ou de la classe sociale. Nous pensons malgré tout que cette question mérite d'être traitée, grâce à un dispositif d'enquête adapté, afin de savoir dans quelle mesure l'institution médicale (re)produit ou non un ordre racial, et par quels mécanismes[a].

[a] Des travaux en sociologie de la santé suggèrent par exemple des formes de tri des patient·es créant des inégalités raciales d'accès aux soins (Carde 2007, 2011 ; Cognet 2020 ; Labainville 2025 ; Prud'homme 2021).

Enfin, une partie de nos résultats concordent avec les enquêtes quantitatives que nous avons mobilisées, et incitent à penser qu'ils peuvent être généralisés. C'est le cas par exemple des rapports à la santé socialement différenciés, appréhendés via les consommations médicales à l'échelle nationale (ESPS 2014) et les attitudes face aux prises en charge à l'échelle des terrains d'enquête. C'est le cas aussi des rapports spécifiques à la pratique d'AP chez les personnes grosses, davantage contraints et orientés vers la santé, surtout chez les femmes diplômées, que nous retrouvons tant dans l'enquête nationale sur les pratiques physiques et sportives (ENPPS 2020) que dans l'étude qualitative des pratiquant·es.

Plus généralement, peut-on inscrire les résultats de cette thèse dans une sociologie de l'État ? Les professionnel·les de santé enquêté·es appartiennent à la fonction publique hospitalière. Ils suivent des normes produites par l'État mais, dans le même temps, possèdent une certaine autonomie dans l'exercice de leur métier. De plus, les patient·es sont loin d'être aussi captif·ves que ne le sont les écolier·ères ou les militaires dans l'école et l'armée, ce qui questionne la possibilité d'assimiler les patient·es à des « gouverné·es ». C'est pour cette raison qu'une approche qui aborde en même temps les normes officielles et explicites et les interactions dans des dispositifs précis a pu être féconde. Le type de socialisation secondaire que nous avons mis en avant est dans une certaine mesure une « socialisation d'État » (Spire 2024), puisqu'elle est le produit de normes et recommandations édictées par l'État, mais ne peut s'y réduire, dans la mesure où elle se joue aussi en dehors de l'institution médicale, par exemple dans une association APA.

Les effets socialisateurs de la domination mince

Nous souhaitons finir cette thèse sur une proposition théorique, qui est aussi une proposition de nouvelles perspectives de recherche : penser la corpulence comme un rapport de domination. Nos résultats peuvent être lus d'une manière qui laisse penser que l'obésité, ou la grosseur, produit des effets de socialisation spécifiques, qui sont mieux compris si on les pense dans un espace hiérarchisé des corpulences. Premièrement, les individus soumis au stigmate qui accompagne les corpulences importantes acquièrent des façons particulières de penser leur corps et d'agir, en rapport avec les stéréotypes intériorisés. C'est ce que montre par exemple le chapitre 6, où la peur du regard des autres entraine un retrait de la pratique d'AP. Ensuite, les personnes grosses, lorsqu'elles sont prises en charge dans une institution médicale, peuvent là aussi développer des pratiques, représentations ou goûts nouveaux et liés cette fois-ci à la pathologisation des fortes corpulences, comme les chapitres 5 et 7 ont pu le présenter. Enfin, on peut supposer des effets de socialisations qui seraient liés au fait même de devoir agir avec un corps corpulent dans de multiples activités sociales qui impliquent le mouvement. Nous avons pu montrer au chapitre 6 que des caractéristiques corporelles pouvaient expliquer l'investissement différencié dans l'AP, certaines étant plus adaptées aux personnes grosses que d'autres.

Poser la question de socialisations spécifiques des personnes ayant la même corpulence, c'est en même temps ouvrir la possibilité de concevoir la corpulence comme un rapport social, une structure dans laquelle chaque individu est situé hiérarchiquement par rapport aux autres. Aux mêmes positions correspondraient des classes d'expériences similaires. Nous avons pu voir notamment au chapitre 8 que le fait d'avoir pour certain·es enquêté·es été minces dans leur jeunesse conduit à des modes de socialisation au corps et aux AP distincts de ce qu'ont pu vivre les personnes qui se décrivent comme « grosses » depuis l'enfance.

La corpulence pourrait constituer un rapport de domination à la fois matériel et symbolique, qui se base sur l'inégale détention de propriétés corporelles valorisées, qu'on peut nommer capital corporel[375]. La dimension matérielle d'un rapport de domination regroupe les capitaux et ressources inégalement réparties entre deux groupes, l'un dominant, l'autre dominé. Cette hiérarchie concerne un ensemble très large de domaines (économique, scolaire, professionnel, matrimonial, sanitaire, etc.), ce qui la rend systémique. On peut retrouver ce système relationnel d'avantages et de désavantages dans le cadre de la corpulence : obligation morale de « se prendre en charge », inégalités d'accès à l'emploi (Puhl et Heuer 2009), au marché matrimonial (Bajos et al. 2010), à certaines pratiques (comme l'accès à l'AP), etc. Loin d'être uniforme et mécanique, la domination mince produirait en réalité de multiples inégalités en posant la question des conditions d'accès aux ressources valorisées.

La dimension symbolique d'un rapport de domination renvoie à la production d'un ensemble de valorisation des dominant·es et de dévalorisation des dominé·es – par le biais de ce qu'ils pensent, font, disent ou possèdent – auquel il faut ajouter une justification morale des

[375] La notion de capital corporel est régulièrement mobilisée pour évoquer les hiérarchies corporelles (voir par exemple Bourdieu 1979, p. 226 ; Mauger 2018 ; Mears 2019), mais l'analyse approfondie de ce concept, notamment son autonomie vis-à-vis des autres formes de capitaux, reste à faire.

hiérarchies ainsi constituées. Dans le cadre de la corpulence, cette dimension est particulièrement visible à travers le stigmate que représente la grosseur, amenant des formes plus ou moins subtiles de discriminations justifiées par la déviance morale supposée des individus (Vandebroeck 2016). La violence symbolique, à savoir les mécanismes qui font que les dominé·es acceptent comme une évidence les hiérarchies produites par la domination, est centrale dans la reproduction des inégalités qui en découlent. L'acceptation de la minceur comme un état désirable conduit ici à un ensemble de pratiques disqualifiantes à l'égard des plus corpulent·es.

En ce sens, nous proposons de concevoir la corpulence non plus uniquement comme un fait social structuré (par le genre, la classe, l'âge) et structurant, mais également comme un rapport de domination transversal qui possède ses caractéristiques propres. Reprenant une métaphore géométrique[376], nous pouvons dire que chaque individu est placé dans un espace social des corps, et des corpulences en particulier, et que cette position produit des effets à la fois propres et combinés à l'intersection des positions de classe, de genre, et d'âge. Chaque position dans un espace social des corps symboliquement hiérarchisé produirait des expériences, des vécus, des façons de voir le monde, de penser son corps et sa santé, en bref, des socialisations spécifiques et articulées aux autres rapports sociaux. Ce point permet de nuancer certains travaux en sociologie du corps, qui ont tendance à penser la corpulence quasi exclusivement comme un signe de classe (Vandebroeck 2016), alors même qu'elle produit des effets sociaux singuliers. Les individus peuvent en outre changer de position, en fonction de l'évolution de leur corpulence[377] et de l'état du rapport de domination.

La plus-value de considérer la corpulence comme un rapport de domination réside aussi dans la possibilité de pouvoir penser les imbrications avec d'autres rapports sociaux : la classe sociale, le genre, la race. C'est en quelque sorte ce qu'appelle de ses vœux Saguy (2012), dans un article bilan de la littérature féministe sur l'obésité où elle plaide pour un croisement systématique des questions de genre et de corpulence. Au final, comprendre les rapports de corpulence implique de les croiser avec d'autres rapports sociaux dans lesquels les individus sont également situés. On a pu montrer dans cette thèse comment les expériences socialisatrices produites par la grosseur étaient conditionnées à l'appartenance de classe et de genre, en ce qu'elles sont dépendantes de rapports à la santé, au corps, au sport, à l'alimentation forgés au croisement de différents rapports sociaux. Si la grosseur modifie (fortement) les socialisations corporelles, sanitaires, alimentaires, sportives, ces produits de socialisation dépendent des positions de classe et de genre dans lesquelles se situent par ailleurs les individus. Être gros·se change des choses, mais pas de la même manière pour tout le monde.

Cette idée peut se retrouver dans quelques travaux récents (Carof 2021 ; Gallenga et Soldani 2025), mais souvent mêlée à la notion de grossophobie. Penser les inégalités de corpulence sous

[376] L'analyse en termes de rapport de domination emprunte bien souvent une métaphore géométrique pour représenter les hiérarchies entre les individus, situés relativement aux autres dans un espace à plusieurs dimensions suivant leurs capitaux, ressources ou pouvoir (Bourdieu 1984). Cette métaphore est par ailleurs critiquable en ce qu'elle induit une vision figée des positions dans des rapports de pouvoirs, pourtant en constante recomposition (Kergoat 2011).

[377] Les travaux de Carof (2019, 2021) montrent par exemple qu'il existe une différence marquée de discrimination entre deux positions proches dans un rapport de corpulence : le surpoids et l'obésité.

l'angle de la grossophobie a le mérite de mettre en valeur les pratiques discriminantes que subissent les personnes grosses, mais focalise précisément l'attention sur les individus et leurs actes davantage que sur la structure de domination. De plus, la notion de grossophobie charrie la question de l'intentionnalité des discriminations, qui n'est pas forcément le point central à interroger dans le cadre d'un rapport de domination (Brun et Cosquer 2024). Parler de domination mince plutôt que de grossophobie permet d'intégrer tous les individus dans un système de classement et de hiérarchie : chaque individu est pris dans ce système, situé à un endroit précis de l'espace des corpulences. Placer la focale à une échelle plus large permet donc de dépersonnaliser la question de la corpulence pour en étudier des effets de structure, et pouvoir du même coup poser la question des produits de la domination, comme l'est *in fine* la grossophobie, ou les effets socialisateurs qui découlent de positions spécifiques.

Mais la domination mince possède quelques spécificités. Moins naturalisée que le genre ou la race, la corpulence est bien souvent pensée comme de la responsabilité des individus, un produit de leur choix, qui plus est transitoire. On peut, en théorie, changer de corps. C'est pour cette raison qu'il existe des dispositifs et des institutions, pilotés par l'État, ayant en quelque sorte pour objectif de réduire la part de dominé·es (les plus corpulent·es) dans la population, en encourageant les mobilités ascendantes (perdre du poids). Une des manières d'interroger les dispositions inhérentes à certaines positions dans l'espace des corpulences peut être ainsi de se pencher sur des institutions qui ont pour objectif de transformer les personnes grosses, comme nous l'avons fait. On a alors pu mettre à l'épreuve le concept de domination mince, en étudiant les rapports au corps, au monde, les inclinations à agir et penser de personnes situées en bas d'une hiérarchie des corps, autant d'éléments rendus visibles dans le cas où ces personnes sont confrontées à des dispositifs institutionnels chargés de les transformer.

On peut enfin interroger la domination mince à partir de la sociologie du sport, pour essayer de comprendre le rôle de l'AP dans ce rapport de domination. En tant qu'outil de mise aux normes sanitaires, l'incitation à la pratique d'AP chez les personnes grosses possède une place ambivalente, puisque si elle permet à quelques élu·es d'apparaitre comme investi·es pour leur santé, elle valide du même coup la hiérarchie corporelle qui place collectivement les plus corpulent·es en situation de dominé·es. La reproduction de la domination mince par l'AP passe par trois processus. Premièrement, en étant définie comme une pratique sanitaire qui permettrait l'accumulation de capital corporel – formant des corps en meilleure santé, plus toniques, voire plus minces – la valorisation de la pratique d'AP produit du même coup la valorisation des corps sains et/ou minces. Deuxièmement, en étant un loisir structurellement peu accessible aux plus corpulent·es, l'offre d'AP actuellement disponible conduit une partie des personnes grosses à la non-pratique. Enfin, et c'est la conséquence des deux premiers points, ceux et celles qui ne parviennent pas à mettre en pratique la norme d'AP se voient discrédité·es, et ce d'autant plus que la pratique est pensée comme une affaire de motivation personnelle. Présenter l'AP comme une norme sanitaire ne permet donc pas de reconfigurer les hiérarchies corporelles qui placent les plus corpulent·es dans une position dominée, bien au contraire.

Dans ce cadre, nous avons pu esquisser au chapitre 8 quelques formes de résistances permises par la pratique d'AP, davantage individuelles que collectives. D'autres formes de résistances, plus visibles et structurées, pourraient être investiguées pour comprendre un peu mieux les

mécanismes de reproduction de la domination mince, par ses contestations plus ou moins explicites. Trois types de terrains pourraient fournir la base à une nouvelle enquête sur le rôle des normes corporelles et des usages sportifs du corps sur les hiérarchies corporelles. On pourrait ainsi se pencher sur les associations militant contre la grossophobie, les concours de beauté réservés aux personnes grosses (tels que Miss Rondes) ou encore les sportif·ves de haut-niveau ayant une corpulence importante[378], et interroger sur chacun de ces terrains la façon dont les personnes thématisent l'AP, les normes sanitaires et esthétiques, et se positionnent vis-à-vis d'une hiérarchie corporelle qui les place *a priori* en position dominée.

[378] On peut penser par exemple aux lanceur·ses de poids et catégories lourdes des sports de combat.

Bibliographie

Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Nachdr. Chicago : Univ. of Chicago Press.

Abgrall, Ewen, et Maitena Milhet. 2019. *Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions. Paradigmes et déterminants explorés par les sciences sociales*. Observatoire français des drogues et des tendances addictives.

Aïach, Pierre. 2001. « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales ». Dans *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, 117-147.

Aïach, Pierre. 2018. « Inégalités sociales de santé, cancer et genre ». Dans *Parcours de santé, parcours de genre*, Santé société, Toulouse : Presses universitaires du Midi.

Aïach, Pierre, et Dominique Cèbe. 2000. « Différenciations sociales dans l'utilisation du système de soins, proposition pour une approche de la consommation médicale ». Dans *Les usagers du système de soins*, Rennes : Presses de l'EHESP, 75-83.

Alexandre-Bidon, Danièle. 2012. « Trop gourmand ? Le corps obèse dans l'iconographie médiévale ». Dans *Le corps du gourmand : D'Héraclès à Alexandre le Bienheureux*, Tables des hommes, Tours : Presses universitaires François-Rabelais, 133-144.

Amossé, Thomas. 2019. « Quelle définition statistique des classes populaires ? Propositions d'agrégation des situations socioprofessionnelles des ménages ». *Sociétés contemporaines* 114 : 23-57.

Amsellem, Norbert, et Philippe Bataille. 2018. *Le cancer : un regard sociologique. Biomédicalisation et parcours de soin*. Paris : La Découverte.

ANSES. 2017. *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCa 3) : rapport d'expertise collective*. France : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

Aphramor, Lucy. 2009. « Disability and the anti-obesity offensive ». *Disability & Society* 24(7) : 897-909.

Arborio, Anne-Marie. 2001. *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos.

Arborio, Anne-Marie, et Pierre Fournier. 2011. *L'observation directe*. 3ème édition. Malakoff : Armand Colin.

Arborio, Anne-Marie, et Marie-Hélène Lechien. 2019. « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé ». *Sociologie* 10(1) : 91-110.

Avril, Christelle. 2014. *Les aides à domicile : un autre monde populaire*. Paris : La Dispute.

Avril, Christelle. 2018. « Sous le care, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès ». Dans *Je travaille, donc je suis*, Paris : La Découverte, 205-216.

Bajos, Nathalie, Kaye Wellings, Caroline Laborde, Caroline Moreau, et CSF Group. 2010. « Sexuality and Obesity, a Gender Perspective: Results from French National Random Probability Survey of Sexual Behaviours ». *BMJ* 340 : c2573.

Banens, Mark. 2014. « Chapitre 1. L'accès à la pratique sportive : état des lieux en vue d'un développement ». Dans *Corps, sport, handicaps. Tome 2 : Le mouvement handisport au XXIe siècle. Lectures sociologiques*, Corps, sport, handicaps, Paris : Téraèdre, 31-42.

Bard, Etienne. 2019. « Faire bon poids, bonne figure : Sociologie des suivis diététiques en libéral ». Thèse de doctorat. Paris 13.

Barth, Nathalie, et Blandine Lefebvre. 2016. « S'engager dans une activité physique pour apprendre à gérer sa maladie : l'exemple de deux expériences de patients ». *Santé Publique* 1(HS) : 109-116.

Barth, Nathalie, Claire Perrin, et Jean Camy. 2014. « S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de diabète de type 2. Entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'activité physique adaptée (APA) » ». *Loisir et Société* 37 : 224-240.

Barthe, Yannick, Damien de Blic, Jean-Philippe Heurtin, Éric Lagneau, Cyril Lemieux, Dominique Linhardt, Cédric Moreau de Bellaing, Catherine Rémy, et Danny Trom. 2013. « Sociologie pragmatique : mode d'emploi ». *Politix* 103(3) : 175-204.

Basdevant, Arnaud. 2009. « Buts et abus de la définition médicale contemporaine ». Dans *Trop gros ?*, Paris : Autrement, 112-121.

Basson, Jean-Charles, Nadine Haschar-Noé, et Marina Honta. 2022. « Chapitre 6. Alimentation + Activité Physique = Nutrition. L'équation à une inconnue du Programme national nutrition santé, 2001-2015 ». Dans *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*, Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 94-103.

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

Bataille, Philippe. 2009. « La décennie des malades ? » *Les Tribunes de la santé* 25(4) : 63-68.

Bataille, Philippe. 2010. « Le cancer comme (re)découverte de soi ». Dans *La Santé. Un enjeu de société*, Auxerre : Éditions Sciences Humaines, 124-132.

Baudelot, Christian, et Roger Establet. 1992. *Allez les filles ! Une révolution silencieuse*. Paris : Seuil.

Bauduceau, Bernard, et Lyse Bordier. 2020. « Les régimes hypoglucidiques ("low-carb") : beaucoup de bruit pour une vieille recette ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 14(2) : 136-140.

Bauer, Denise. 2007. « Entre maison, enfant(s) et travail : les diverses formes d'arrangement dans les couples ». *DREES* 570.

Beauchemin, Cris, Mathieu Ichou, Patrick Simon, et Le Groupe De Conception De L'enquête TeO2. 2023. « Trajectoires et Origines 2019-2020 (TeO2) : présentation d'une enquête sur la diversité des populations en France ». *Population* 78(1) : 11-28.

Becker, Howard Saul. 2000. « L'enquête de terrain : quelques ficelles du métier ». *Sociétés Contemporaines* (40) : 151-164.

Becker, Howard Saul. 2020. *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Nouvelle éd. revue et augmentée de deux chapitres. Paris : Métailié.

Becker, Howard Saul, Blanche Geer, Everett Hughes, et Anselm L. Strauss. 1961. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. New Brunswick : Transaction Publishers.

Beldame, Yann, Sylvain Ferez, Anne Marcellini, et Laurent Paccaud. 2024. « L'économie morale de la chirurgie de l'obésité. Continuité du stigmate ou déstigmatisation durable ? » *Déviance et Société* 48(2) : 211-242.

Beldame, Yann, Sylvain Ferez, Éric Perera, Ghislaine Gallenga, et David Nocca. 2021. « 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* 39(3) : 41-67.

Belorgey, Nicolas. 2010. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris : La Découverte.

Belorgey, Nicolas. 2021. « Nouvelle gestion publique dans les hôpitaux : les raisons du tri ». *Sociétés contemporaines* 123 : 23-50.

Benamouzig, Daniel, et Camille Boubal. 2022. « Réguler avec modération : le cas des recommandations nutritionnelles ». *Sociologie* 13(2) : 125-141.

Bereni, Laure, Sébastien Chauvin, Alexandre Jaunait, et Anne Revillard. 2020. *Introduction aux études sur le genre*. 3e éd. Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.

Bergeron, Henri, et Patrick Castel. 2010. *Regards croisés sur l'obésité*. Paris : Presses de Sciences Po.

Bergeron, Henri, Patrick Castel, et Étienne Nouguez. 2011. « Un entrepreneur privé de politique publique. La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé ». *Revue française de science politique* 61(2) : 201-229.

Bergeron, Henri, Patrick Castel, et Abigail Saguy. 2019. « A French Paradox? Toward an Explanation of Inconsistencies between Framing and Policies ». *French Politics, Culture & Society* 37(2) : 110-130.

Bernard, Lise, Olivier Masclet, et Olivier Schwartz. 2019. « Classes populaires d'aujourd'hui : Questions de morphologie et de styles de vie ». *Sociétés contemporaines* (114) : 5-21.

Bertakis, Klea D., et Rahman Azari. 2005. « Obesity and the Use of Health Care Services ». *Obesity Research* 13(2) : 372-379.

Bertrand, Julien. 2008. « Se préparer au métier de footballeur : analyse d'une socialisation professionnelle ». *Staps* 82(4) : 29-42.

Bertrand, Julien. 2011. « La vocation au croisement des espaces de socialisation. Étude sociologique de la formation des footballeurs professionnels ». *Sociétés contemporaines* (82) : 85-106.

Bertrand, Julien. 2012. *La fabrique des footballeurs*. Paris : La Dispute.

Bertrand, Julien, Christine Mennesson, et Martine Court. 2014. « Des garçons qui n'entrent pas dans le jeu de la compétition sportive : les conditions familiales d'une atypie de genre ». *Recherches familiales* (11) : 85-95.

Bessière, Céline, Émilie Biland, Abigail Bourguignon, Sibylle Gollac, Muriel Mille, et Hélène Steinmetz. 2018. « "Faut s'adapter aux cultures, Maitre !". La racialisation des publics de la justice familiale en France métropolitaine ». *Ethnologie française* 48(1) : 131-140.

Bevilacqua, Salvatore. 2014. « La fortune de la diète méditerranéenne. De la médicalisation à la patrimonialisation ». *Swiss Journal of Sociocultural Anthropology* (19) : 68-79.

Bigo, Didier. 1998. « Sécurité et immigration : vers une gouvernementalité par l'inquiétude ? » *Cultures & conflits* (31-32) : 13-38.

Bizouarn, P. 2008. « Le médecin, le malade et la confiance ». *Éthique & Santé* 5(3) : 165-172.

Blanc, Julie, et Noé Fouilland. 2024. « Tenir la ligne : les conditions sociales du travail de mise en cohérence de soi ». *Politix* (147) : 9-28.

Blanchard, Marianne, Sophie Orange, et Arnaud Pierrel. 2017. « La noblesse scientifique : Jugements scolaires et naturalisation des aspirations en classes préparatoires aux grandes écoles ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (220) : 68-85.

Boltanski, Luc. 1971. « Les usages sociaux du corps ». *Annales* 26(1) : 205-233.

Boltanski, Luc. 2009. *De la critique : précis de sociologie de l'émancipation*. Paris : Gallimard.

Boltanski, Luc, et Laurent Thévenot. 2008. *De la justification : les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.

Bossy, Thibaut. 2010. « Les différentes temporalités du changement : la mise sur agenda de l'obésité en France et au Royaume-Uni ». Dans *Quand les politiques changent. Temporalités et niveaux de l'action publique*, Paris : L'Harmattan, 145-182.

Boubal, Camille. 2019. « L'art de ne pas gouverner les conduites. Étude de la conception des campagnes de prévention en nutrition ». *Revue française de sociologie* 60(3) : 457-481.

Bouchet-Mayer, Cyriac, et Sylvain Ferez. 2023. « Le poids des dispositions pour survivre et préparer les épreuves de l'asile. Enquête auprès des demandeurs d'asile homosexuels exclus du

dispositif national d'accueil ». *Revue européenne des migrations internationales* 39(1) : 161-183.

Bourdieu, Pierre. 1977. « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* (14) : 51-54.

Bourdieu, Pierre. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris : Minuit.

Bourdieu, Pierre. 1980. *Le sens pratique*. Paris : Minuit.

Bourdieu, Pierre. 1984. « Espace social et genèse des "classes" ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* (52) : 3-14.

Bourdieu, Pierre. 1986. « L'illusion biographique ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* (62-63) : 69-72.

Bourdieu, Pierre. 1993. *La misère du monde*. Paris : Seuil.

Bourdieu, Pierre. 1994. *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil.

Bourdieu, Pierre. 1997. *Méditations pascaliennes*. Paris : Seuil.

Bourdieu, Pierre. 2012. *Sur l'État. Cours au Collège de France, 1989-1992*. Paris : Seuil.

Bourdieu, Pierre, et Jean-Claude Passeron. 1970. *La reproduction : éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris : Minuit.

Bourdieu, Pierre, et Monique de Saint Martin. 1975. « Les catégories de l'entendement professoral ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* (3) : 68-93.

Braizaz, Marion. 2017. « Corps d'hommes sous le regard de femmes : une sociologie de l'apparence au prisme de la conjugalité ». *Enfances, Familles, Générations* (26).

Brissonneau, Christophe, Olivier Aubel, et Fabien Ohl. 2008. *L'épreuve du dopage: sociologie du cyclisme professionnel*. Paris : Presses universitaires de France.

Brousse, Cécile. 2015. « La vie quotidienne en France depuis 1974. Les enseignements de l'enquête Emploi du temps ». *Economie et statistique* : 79-117.

Brun, Solène, et Claire Cosquer. 2022. *Sociologie de la race*. Paris : Armand Colin.

Brun, Solène, et Claire Cosquer. 2024. *La domination blanche*. Paris : Textuel.

Cahnman, Werner J. 1968. « The Stigma of Obesity ». *The Sociological Quarterly* 9(3) : 283-299.

Cairney, John, Kerry R. McGannon, et Michael Atkinson. 2018. « Exercise is medicine: critical considerations in the qualitative research landscape ». *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health* 10(4) : 391-399.

Campos, Paul, Abigail Saguy, Paul Ernsberger, Eric Oliver, et Glenn Gaesser. 2006. « The Epidemiology of Overweight and Obesity: Public Health Crisis or Moral Panic? » *International Journal of Epidemiology* 35(1) : 55-60.

Carde, Estelle. 2007. « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». *Santé Publique* 19(2) : 99-109.

Carde, Estelle. 2011. « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe ». *Revue européenne des migrations internationales* 27(3) : 31-55.

Carde, Estelle. 2021. « Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité ». *Sciences sociales et santé* 39(1) : 5-30.

Cardon, Philippe, Thomas Depecker, et Marie Plessz. 2023. *Sociologie de l'alimentation*. Paris : Armand Colin.

Carof, Solenne. 2015. « Le "surpoids", un stigmate acceptable ? Représentations, discriminations et réappropriations des rondeurs féminines en France, en Allemagne et en Angleterre ». Thèse de doctorat. EHESS.

Carof, Solenne. 2017. « Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre ». *L'Année sociologique* 67(1) : 107-130.

Carof, Solenne. 2019. « Être grosse. Du corps discréditable au corps discrédité ». *Sociologie* 10(3) : 285-302.

Carof, Solenne. 2021. *Grossophobie : sociologie d'une discrimination invisible*. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'Homme.

Carof, Solenne. 2025. « Défendre les personnes grosses. Entre politique, santé et désirabilité ». *Sociologie* 16(3) : 269-287.

Cartier, Marie, Isabelle Coutant, Yasmine Siblot, et Olivier Masclet. 2008. *La France des « petits-moyens ». Enquête sur la banlieue pavillonnaire*. Paris : La Découverte.

Castel, Patrick. 2005. « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique ». *Revue française de sociologie* 46(3) : 443-467.

Castel, Robert. 1983. « De la dangerosité au risque ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* (47-48) : 119-127.

Castel, Robert, et Jean-François Le Cerf. 1980. « Le phénomène "psy" et la société française. Vers une nouvelle culture psychologique ». *Le Débat* 1(1) : 32-45.

Celant, Nicolas, Stéphanie Guillaume, et Thierry Rochereau. 2017. « L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 ». *Rapport Irdes* (566).

Chanteau, Céline. 2022. « Les garçons pluriels. Analyse sociologique de la pluralité intra-individuelle et des variations de la masculinité des garçons au collège ». Thèse de doctorat. Rennes 2.

Chevalier, Vérène. 1998. « Pratiques culturelles et carrières d'amateurs : le cas des parcours de cavaliers dans les clubs d'équitation ». *Sociétés Contemporaines* (29) : 27-41.

Chin, S.-H., C. N. Kahathuduwa, et M. Binks. 2016. « Physical Activity and Obesity: What We Know and What We Need to Know ». *Obesity Reviews* 17(12) : 1226-1244.

Cicourel, Aaron Victor. 2002. *Le raisonnement médical : une approche socio-cognitive*. Paris : Seuil.

Clair, Isabelle. 2010. « Howard S. Becker. Déviance et identités de genre ». Dans *Sous les sciences sociales, le genre. Relectures critiques, de Max Weber à Bruno Latour*, Hors collection Sciences Humaines, Paris : La Découverte, 289-301.

Cognet, Marguerite. 2017. « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques ». *Cahiers de la LCD* 5(3) : 25-42.

Cognet, Marguerite. 2020. « Les services de santé : lieu d'un racisme méconnu ». Dans *Racismes de France*, Paris : La Découverte, 74-86.

Cognet, Marguerite, Christelle Hamel, et Muriel Moisy. 2012. « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe ». *Revue européenne des migrations internationales* 28(2) : 11-34.

Collins, Randall. 1992. « Women and the production of status cultures ». Dans *Cultivating differences: Symbolic boundaries and the making of inequality*, Chicago : University of Chicago Press, 213-231.

Collovald, Annie, et Olivier Schwartz. 2006. « Haut, bas, fragile : sociologies du populaire. Entretien avec Annie Collovald & Olivier Schwartz ». *Vacarme* 37(4) : 50-55.

Connell, Raewyn. 1987. *Gender and power: society, the person, and sexual politics*. Cambridge : Polity Press.

Connell, Raewyn. 2000. *The Men and the Boys*. Oxford : Polity Press.

Coquard, Benoît. 2019. *Ceux qui restent : faire sa vie dans les campagnes en déclin*. Paris : La Découverte.

Cordell, Gina, et Carol Rambo Ronai. 1999. « Identity management among overweight women ». Dans *Interpreting weight: The social management of fatness and thinness*, London ; New York : Routledge, Taylor & Francis Group, 29-47.

Coulangeon, Philippe. 2010. *Sociologie des pratiques culturelles*. Paris : La Découverte.

Coulmont, Baptiste. 2014. *Sociologie des prénoms*. Nouvelle éd. Paris : La Découverte.

Court, Martine. 2010. *Corps de filles, corps de garçons : une construction sociale*. Paris : La Dispute.

Court, Martine, Julien Bertrand, Géraldine Bois, Gaële Henri-Panabière, et Olivier Vanhée. 2016. « Qui débarrasse la table ? Enquête sur la socialisation domestique primaire ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (215) : 72-89.

Court, Martine, Christine Mennesson, Émilie Salaméro, et Emmanuelle Zolesio. 2014. « Habiller, nourrir, soigner son enfant : la fabrication de corps de classes ». *Recherches familiales* (11) : 43-52.

Cousteaux, Anne-Sophie. 2011. « Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales ». Thèse de doctorat. Institut d'études politiques de paris - Sciences Po.

Cresson, Geneviève, et Mohamed Mebtoul. 2010. *Famille et santé*. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Csergo, Julia. 2009. *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*. Paris : Autrement.

Czernichow, Sébastien, Adeline Renuy, Claire Rives-Lange, Claire Carette, Guillaume Airagnes, Emmanuel Wiernik, Anna Ozguler, et al. 2021. « Evolution of the Prevalence of Obesity in the Adult Population in France, 2013-2016: The Constances Study ». *Scientific Reports* 11(1) : 14152.

Dalgalarrondo, Sébastien, et Tristan Fournier. 2022. *Promesses alimentaires : injonctions, bricolages, résistances*. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

Daniels, Sarah, Ignace Glorieux, Joeri Minnen, et Theun Pieter van Tienoven. 2012. « More than Preparing a Meal? Concerning the Meanings of Home Cooking ». *Appetite* 58(3) : 1050-1056.

DARES. 2019. « Comment ont évolué les expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels sur les vingt dernières années ? Premiers résultats de l'enquête Sumer 2017 ». *DARES analyses* (041).

Darmon, Muriel. 1999. « Les "Entreprises" De La Morale Familiale ». *French Politics, Culture & Society* 17(3) : 1-19.

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

Darmon, Muriel. 2008a. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. Paris : La Découverte.

Darmon, Muriel. 2008b. « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation ». *Politix* 82(2) : 149-167.

Darmon, Muriel. 2010. « Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement ». *Revue d'Études en Agriculture et Environnement - Review of agricultural and environmental studies* 91(2) : 209-228.

Darmon, Muriel. 2012. « Sélectionner, élire, prédire : le recrutement des classes préparatoires ». *Sociétés contemporaines* (86) : 5-29.

Darmon, Muriel. 2015. *Classes préparatoires. La fabrique d'une jeunesse dominante*. Paris : La Découverte.

Darmon, Muriel. 2016. *La socialisation*. 3e éd. Malakoff : Armand Colin.

Darmon, Muriel. 2019. « Analyser empiriquement un inobservable : comment “attrape-t-on” une disposition ? » Dans *La différenciation sociale des enfants. Enquêter sur et dans les familles*, Saint-Denis : Presses Universitaires de Vincennes, 109-137.

Darmon, Muriel. 2020. « The School Form of the Hospital: How Does Social Class Affect Post-Stroke Patients in Rehabilitation Units? » *Qualitative Sociology* 43(2) : 235-254.

Darmon, Muriel. 2021. *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*. Paris : La Découverte.

Darmon, Muriel, et Manuel Schotté. 2016. « Classer des élèves, classer des coureurs. Les hiérarchies dans les institutions d’excellence ». *Sociétés contemporaines* (102) : 45-73.

Davisse, Annick, et Catherine Louveau. 1998. *Sports, école, société : la différence des sexes. Féminin, masculin et activités sportives*. Paris : L’Harmattan.

Defrance, Jacques. 1987. *L’excellence corporelle : la formation des activités physiques et sportives modernes (1770 - 1914)*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Degher, Douglas, et Gerald Hughes. 1999. « The adoption and management of a “fat” identity ». Dans *Interpreting weight: The social management of fatness and thinness*, London ; New York : Routledge, Taylor & Francis Group, 11-27.

Delphy, Christine. 1970. « L’ennemi principal ». *Partisans* (54-55) : 157-172.

Demazière, Didier. 2012. « L’entretien de recherche et ses conditions de réalisation. Variété des sujets enquêtés et des objets de l’enquête ». *Sur le journalisme* 1(1) : 30.

Depecker, Thomas. 2024. *Les comptes du salut : quantification du besoin alimentaire et réforme des conduites de vie au XIXe siècle*. Tours : Presses universitaires François-Rabelais.

Depecker, Thomas, et Marc-Olivier Déplaude. 2021. « L’industrialisation nuit-elle à la santé ? La Fondation française pour la nutrition dans les années 1970 ». Dans *Les marchés de la santé en France et en Europe au XXe siècle*, Toulouse : Presses universitaires du Midi, 199-223.

Derbez, Benjamin. 2021. *Devenir sujet de recherche : l’expérience des malades du cancer en essai clinique*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Deville, Clara. 2023. *L’État social à distance : dématérialisation et accès aux droits des classes populaires rurales*. Paris : Le Croquant.

Diter, Kévin. 2015. « « Je l’aime, un peu, beaucoup, à la folie... pas du tout ! ». La socialisation des garçons aux sentiments amoureux ». *Terrains & Travaux* 27(2) : 21-40.

Dodier, Nicolas, et Agnès Camus. 1997. « L’hospitalité de l’hôpital. L’accueil et le tri des patients aux urgences médicales ». *Communications* 65(1) : 109-119.

Druez, Elodie. 2023. « Résister par ou contre la classe ? Identifications de classe et réponses à la racisation chez les Black middle classes d’ascendance subsaharienne à Paris et à Londres ». *Sociologie* 14(3) : 315-332.

Du Bois, William Edward Burghardt. 1933. « On Being Ashamed of Oneself: An Essay on Race Pride ». *The Crisis* 40(9) : 199-200.

Dubois, Vincent. 2015. *La vie au guichet. Administrer la misère*. Paris : Points.

Dubuisson-Quellier, Sophie. 2016. *Gouverner les conduites*. Paris : Presses de sciences po.

Duprat, Annie. 2012. « Obèses et dévoreurs : le corps dans la caricature politique ». Dans *Le corps du gourmand : D'Héraclès à Alexandre le Bienheureux*, Tables des hommes, Tours : Presses universitaires François-Rabelais, 271-283.

Durler, Héloïse. 2015. *L'autonomie obligatoire : sociologie du gouvernement de soi à l'école*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Duru-Bellat, Marie, et Agnès Van Zanten. 2016. *Sociologie du système éducatif : les inégalités scolaires*. Nouvelle éd. Paris : Presses universitaires de France.

Duvoux, Nicolas. 2023. *L'avenir confisqué : inégalités de temps vécu, classes sociales et patrimoine*. Paris : Presses Universitaires de France.

Elagizi, Andrew, Sergey Kachur, Salvatore Carbone, Carl J. Lavie, et Steven N. Blair. 2020. « A Review of Obesity, Physical Activity, and Cardiovascular Disease ». *Current Obesity Reports* 9(4): 571-581.

Elias, Norbert. 1991. *Norbert Elias par lui-même*. Paris : Fayard.

Elias, Norbert, et John L. Scotson. 1997. *Logiques de l'exclusion : enquête sociologique au cœur des problèmes d'une communauté*. Paris : Fayard.

Erikson, Kai T. 1962. « Notes on the Sociology of Deviance ». *Social Problems* 9(4) : 307-314.

Fainzang, Sylvie. 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Presses Universitaires de France.

Fainzang, Sylvie. 2014. « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information ». *Les Tribunes de la santé* 43(2) : 47-52.

Fassin, Didier. 1998. « Les politiques de la médicalisation ». Dans *L'ère de la médicalisation*, Paris : Anthropos, 1-13.

Fassin, Didier. 2011. *La force de l'ordre : une anthropologie de la police des quartiers*. Paris : Seuil.

Fassin, Didier, et Dominique Memmi. 2004. *Le gouvernement des corps*. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Faure, Jean-Michel, et Charles Suaud. 2015. *La raison des sports : sociologie d'une pratique singulière et universelle*. Paris : Raisons d'agir.

Faury, Félicien. 2024. *Des électeurs ordinaires : enquête sur la normalisation de l'extrême droite*. Paris : Seuil.

Feral-Pierssens, Anne-Laure, Claire Carette, Claire Rives-Lange, Joane Matta, Marcel Goldberg, Philippe Juvin, Marie Zins, et Sebastien Czernichow. 2018. « Obesity and Emergency Care in the French CONSTANCES Cohort ». *PloS One* 13(3) : e0194831.

Ferez, Sylvain, et Jean-Pierre Luauté. 2008. « L'activité physique et sportive comme outil médicopsychologique ? Étude de l'offre de pratiques en direction des personnes infectées par le VIH ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (10) : 847-849.

Ferez, Sylvain, et Mélanie Perez. 2022. « Des sociologues et des blouses blanches. Analyse des résistances à l'enquête sociologique « sport et VIH » sur le terrain hospitalier ». Dans *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 79-89.

Ferez, Sylvain, et Julie Thomas. 2012. *Sport et VIH : un sport sous contrainte médicale*. Paris : Téraèdre.

Fine, Agnès. 2008. « La production du féminin. L'exemple de l'écriture de soi ». Dans *Ce que le genre fait aux personnes*, Enquête, Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 235-254.

Fischler, Claude. 1987. « La symbolique du gros ». *Communications* 46(1) : 255-278.

Fischler, Claude. 1990. *L'Homnivore. Le goût, la cuisine et le corps*. Paris : Odile Jacob.

Fontbonne, Annick, Andrew Currie, Patrick Tounian, Marie-Christine Picot, Olivier Foulatier, Marius Nedelcu, et David Nocca. 2023. « Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité" ». *Journal of Clinical Medicine* 12(3) : 925.

Forestier, Anthony. 2025. « Ethnographie des socialisations scolaires d'élèves allophones en situation migratoire : (faire) apprendre l'école par corps et par cœur ». Thèse de doctorat. Rennes 2.

Forment, Virginie, et Joëlle Vidalenc. 2020a. « Les employés : des professions largement féminisées ». *INSEE focus* (190).

Forment, Virginie, et Joëlle Vidalenc. 2020b. « Les ouvriers : des professions toujours largement masculines ». *INSEE focus* (199).

Forté, Lucie. 2020. *Devenir athlète de haut niveau : une approche sociologique de la formation et du développement de l'excellence sportive*. Paris : l'Harmattan.

Forzy, Loïcka, Lou Titli, Morgane Carpezat, et Claire Verdier. 2021. « Accès aux soins et pratiques de recours - Étude sur le vécu des patients ». *Les dossiers de la DREES* (77).

Foubert, Camille. 2020. « Traiter la "différence" : le tri des patient.es par les personnels hospitaliers en France et au Québec ». Thèse de doctorat. EHESS.

Foucault, Michel. 1975. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard.

Foucault, Michel. 2001. *Dits et écrits, II : 1976 - 1988*. Paris : Gallimard.

Foucault, Michel. 2004. *Sécurité, territoire, population*. Paris : Gallimard.

Foucault, Michel. 2009. *Naissance de la clinique*. 8e éd. Paris : Presses universitaires de France.

François, Camille. 2014. « Au mépris des locataires. Infériorisation sociale et assignation résidentielle des relogés de la rénovation urbaine ». *Genèses* (96) : 86-109.

Freidson, Eliot. 1984. *La profession médicale*. Paris : Payot.

Froidevaux, Solène. 2019. « Des armes, du sport, des hommes… et des femmes ». *Artefact. Techniques, histoire et sciences humaines* (9) : 195-214.

Fuchs, Amélie. 2014. « Activités physiques adaptées et mucoviscidose. La "voix" des patients ». *Movement & Sport Sciences - Science & Motricité* 84(2) : 111-119.

Gailey, Jeannine A. 2012. « Fat Shame to Fat Pride: Fat Women's Sexual and Dating Experiences ». *Fat Studies* 1(1) : 114-127.

Gallenga, Ghislaine, et Jérôme Soldani. 2025. « Corps gros et mobilité, de la double peine à l'injonction contradictoire ». *Staps* 153(5) : 7-21.

Galonnier, Juliette. 2021. « Maneuvering Whiteness in France. Muslim Converts' Ambivalent Encounters with Race ». *French Politics, Culture & Society* 39(2) : 69-94.

Garcia, Marie-Carmen, Mélie Fraysse, Pierre Bataille, et Brice Lefèvre. 2023. « En quête de contrôle de soi. Ressorts de l'engagement dans la pratique du yoga d'individus diplômés du "supérieur long" ». *Regards sociologiques* (61-62) : 35-50.

Garcia, Sandrine, Maud Gelly, et Christine Hamelin. 2025. « Sortir de la médecine générale libérale : les effets croisés de la socialisation professionnelle, de classe et de genre ». *Travail, genre et sociétés* (54) : 99-116.

Gasparini, William, et Sandrine Knobé. 2021. *Le sport-santé : de l'action publique aux acteurs sociaux*. Strasbourg : Presses universitaires de Strasbourg.

Gelly, Maud, et Laure Pitti. 2016. « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins ». *Agone* 58(1) : 7-18.

Gelly, Maud, et Alexis Spire. 2022. « L'encastrement du privé dans l'hôpital public ». *Sociétés contemporaines* (126) : 5-31.

Génolini, Jean-Paul, et Jean-Paul Clément. 2010. « Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort ». *Sciences sociales et sport* (3) : 133-156.

Gentile, Lucia, et Clémence Jullien. 2025. « Humilier pour soigner ? Violences structurelles et violences pragmatiques dans des maternités indiennes ». *Genèses* (138) : 37-58.

Gilmore, David D. 1990. *Manhood in the Making: Cultural Concepts of Masculinity*. New Haven, CT : Yale University Press.

Giordan, A. 2018. « Petite Histoire de l'éducation thérapeutique du patient dans les milieux francophones ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 12(4) : 361-371.

Glaser, Barney G., et Anselm L. Strauss. 1964. « The Social Loss of Dying Patients ». *The American Journal of Nursing* 64(6) : 119-121.

Goffman, Erving. 1968. *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Éditions de Minuit.

Goffman, Erving. 1973. *La présentation de soi : la mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Éditions de Minuit.

Goffman, Erving. 1974. *Les rites d'interaction*. Paris : Éditions de Minuit.

Goffman, Erving. 1975. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit.

Goffman, Erving. 1991. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Éditions de Minuit.

Gojard, Séverine. 1999. « Les parents de nourrissons face aux prescriptions diététiques et nutritionnelles ». *Revue des politiques sociales et familiales* (57-58) : 59-73.

Gojard, Séverine. 2010. *Le métier de mère*. Paris : La Dispute.

Gras, Laurent. 2003. « Carrières sportives en milieu carcéral : l'apprentissage d'un nouveau rapport à soi ». *Sociétés contemporaines* (49-50) : 191-213.

Grassler, Marine. 2021. « Prévenir la surcharge pondérale des enfants et adolescents par l'activité physique : rapports aux dispositifs de santé et effets des conditions de vie : l'exemple de trois quartiers populaires en Alsace ». Thèse de doctorat. Strasbourg.

Grenier, Bernard. 1989. *Evaluation de la décision médicale : introduction à l'analyse médico-économique*. Paris : Masson.

Gridaine, Estelle. 2022. « Construction d'une question sanitaire et d'une norme corporelle : le cas du traitement de l'obésité en milieu hospitalier. » Thèse de doctorat. Nantes Université.

Grignon, C., et Christiane Grignon. 1981. « Alimentation et stratification sociale ». *Cahiers de Nutrition et de Diététique* 16(4) : 207-217.

Grignon, Claude, et Christiane Grignon. 1980. « Styles d'alimentation et goûts populaires ». *Revue française de sociologie* 4(21) : 531-569.

Grossetête, Matthieu. 2015. « Deux poids deux mesures. Les personnes obèses et l'obésité dans l'information télévisée ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 208(3) : 62-73.

Gruel, Louis. 1985. « Conjurer l'exclusion : rhétorique et identité revendiquée dans des habitats socialement disqualifiés ». *Revue française de sociologie* 26(3) : 431-453.

Halbwachs, Maurice. 1923. « L'expérimentation statistique et les probabilités ». *Revue philosophique* (96) : 340-371.

Halbwachs, Maurice. 1944. « La statistique en sociologie ». Dans *La statistique. Ses applications. Les problèmes qu'elle soulève*, Paris : Presses universitaires de France.

Hamidi, Camille. 2012. « De quoi un cas est-il le cas ? Penser les cas limites ». *Politix* (100) : 85-98.

Haraway, Donna. 1988. « Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective ». *Feminist Studies* 14(3) : 575-599.

Harding, Sandra G. 1986. *The Science Question in Feminism*. Ithaca, NY : Cornell University Press.

Harjunen, Hannele. 2023. « Gendered Fat Bodies as Neoliberal Bodies ». Dans *The Contemporary Reader of Gender and Fat Studies*, Londres : Routledge, 30-40.

HAS. 2023. « Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte ».

Hauner, H., I. Köster, et L. von Ferber. 1996. « Frequency of "obesity" in Medical Records and Utilization of out-Patient Health Care by "Obese" Subjects in Germany. An Analysis of Health Insurance Data ». *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity* 20(9) : 820-824.

Henley, Nancy M. 1977. *Body Politics: Power, Sex, and Nonverbal Communication*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

Henri-Panabière, Gaële, Martine Court, Julien Bertrand, Géraldine Bois, et Olivier Vanhée. 2019. « La montre et le martinet. Structuration temporelle de la vie familiale et inégalités scolaires ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (226-227) : 16-30.

Hidri Neys, Oumaya. 2008. « Se forger une apparence "recrutable" : une stratégie d'insertion professionnelle des étudiant(e)s ». *Travailler* 20(2) : 99-122.

Hidri Neys, Oumaya. 2022. « En dépit de la loi française ! Le "vieil" âge à l'épreuve du recrutement ». *Retraite et société* 88(1) : 253-269.

Hidri-Neys, Oumaya. 2005. « (Trans)former son corps, stratégie d'insertion professionnelle au féminin ? » *Formation Emploi* 91(1) : 31-44.

Honta, Marina, et Frédéric Illivi. 2019. « Les associations sportives au service des politiques de santé publique : les ressorts d'un engagement par la libre conformation ». *Corps* 17(1) : 55-63.

Hughes, Everett. 1958. *Men and Their Work*. Glencoe : Free press.

Izambert, Caroline. 2016. « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? » *Agone* 58(1) : 89-104.

Jacolin-Nackaerts, Myriam. 2012. « Dispositifs et dispositions : les conditions de l'engagement et de la réussite de l'amaigrissement de jeunes adultes obèses ». Thèse de doctorat. Toulouse 3.

Jacolin-Nackaerts, Myriam. 2018. « L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses : une socialisation de transformation ? » *Sciences sociales et sport* (11) : 99-132.

Jensen, K.O., et L. Holm. 1999. « Preferences, Quantities and Concerns: Socio-Cultural Perspectives on the Gendered Consumption of Foods ». *European Journal of Clinical Nutrition* 53(5) : 351-359.

Juven, Pierre-André, Frédéric Pierru, et Fanny Vincent. 2019. *La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*. Paris : Raisons d'Agir.

Keller, Karsten, et Martin Engelhardt. 2013. « Strength and Muscle Mass Loss with Aging Process. Age and Strength Loss ». *Muscles, Ligaments and Tendons Journal* 3(4) : 346-350.

Kergoat, Danièle. 2011. « Comprendre les rapports sociaux ». *Raison présente* (178) : 11-21.

Knobé, Sandrine. 2007. « Dépassement et transformation de soi. Comment devenir pratiquant d'ultrafond ? » *Terrains & travaux* 12(1) : 11-27.

Knobé, Sandrine. 2019. « Des patient·e·s face aux actions de promotion de la santé par les activités physiques : pluralité des formes de réception ». *Corps* 17(1) : 91-101.

Knobé, Sandrine. 2020. « Des formes différenciées de réception d'actions de prévention de l'obésité. L'exemple d'un programme de sport-santé à destination d'étudiants obèses ». *Revue française des affaires sociales* (3) : 51-67.

Knobé, Sandrine. 2024. « Participer à un programme de prévention de l'obésité : rapports aux normes et appropriations différenciées ». *Émulations : Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales* (45) : 57-74.

Koechlin, Aurore. 2022. *La norme gynécologique : ce que la médecine fait au corps des femmes*. Paris : Éditions Amsterdam.

Kopelman, Peter G. 2000. « Obesity as a Medical Problem ». *Nature* 404(6778) : 635-643.

Kremer, D., M. J. Malkin, et J. J. Benshoff. 1995. « Physical Activity Programs Offered in Substance Abuse Treatment Facilities ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(5) : 327-333.

Labainville, Inès. 2025. « Le "syndrome méditerranéen" : les ressorts d'une catégorie racialisante à l'hôpital ». *Genèses* (138) : 14-36.

Lahire, Bernard. 1995. *Tableaux de familles : heurs et malheurs scolaires en milieux populaires*. Gallimard : Le Seuil.

Lahire, Bernard. 1996. « Du travail d'enquête à l'écriture des paroles des enquêtés : réponse aux interrogations de Stéphane Beaud ». *Critiques sociales* 8(9) : 108-114.

Lahire, Bernard. 2002. *Portraits sociologiques : dispositions et variations individuelles*. Paris : Armand Colin.

Lahire, Bernard. 2006. *La culture des individus : dissonances culturelles et distinction de soi*. Paris : La Découverte.

Lahire, Bernard. 2007. *L'esprit sociologique*. Paris : La Découverte.

Lahire, Bernard. 2008. *La raison scolaire : école et pratiques d'écriture, entre savoir et pouvoir*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Lahire, Bernard. 2011. *L'homme pluriel : les ressorts de l'action*. Paris : Hachette.

Lahire, Bernard. 2013. *Dans les plis singuliers du social : Individus, institutions, socialisations*. Paris : La Découverte.

Lahire, Bernard. 2019. *Enfances de classe : de l'inégalité parmi les enfants*. Paris : Éditions du Seuil.

Laillier, Joël. 2011. « Des familles face à la vocation. Les ressorts de l'investissement des parents des petits rats de l'Opéra ». *Sociétés contemporaines* (82) : 59-83.

Larchet, Nicolas. 2015. « De l'urgence sociale à l'utopie sanitaire : La construction sociale de l'obésité et l'occultation de la faim dans les villes américaines, Knoxville, 1981-1985 ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (208) : 40-61.

Lascoumes, Pierre, et Patrick Le Galès. 2004. *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de sciences po.

Lassen, Pierre Bel, et Judith Aron-Wisnewsky. 2023. « Actualités de la pharmacothérapie de l'obésité en 2023 ». *Nutrition Clinique et Métabolisme* 37(2, 1) : 2S70-2S73.

Lazarsfeld, Paul. 1970. *Philosophie des sciences sociales*. Paris : Gallimard.

Le Bras, Stéphane, et Corinne Marache. 2025. *La malbouffe : une histoire des mauvaises pratiques alimentaires de l'Antiquité à nos jours*. Tours : Presses universitaires François-Rabelais.

Le Hénaff, Yannick. 2015. « « Je ne vous opérerai pas. » Registres argumentaires des refus d'opérer en chirurgie esthétique ». *Travail et emploi* 144(4) : 61-80.

Le Roux, C. W., B. Chubb, E. Nørtoft, et A. Borglykke. 2018. « Obesity and healthcare resource utilization: results from Clinical Practice Research Database (CPRD) ». *Obesity Science & Practice* 4(5): 409-416.

Le Yondre, François. 2012. « Des corps incertains. Redynamisation des chômeurs par le sport ». *Le Sociographe* 38(2) : 83-92.

Le Yondre, François, et Gaëlle Sempé. 2024. « Les usages du sport auprès des jeunes sous main de justice. Enjeux éducatifs et politiques ». *Les Cahiers de la Justice* 1(1) : 61-78.

Lecerf, Jean-Michel. 2013. « Les dessous des régimes amaigrissants : raisons et déraisons ». Dans *Les alimentations particulières. Mangerons-nous encore ensemble demain ?*, Paris : Odile Jacob.

Lecerf, Jean-Michel, Karine Clément, Sébastien Czernichow, Martine Laville, Jean-Michel Oppert, François Pattou, et Olivier Ziegler. 2021. *Les obésités : médecine et chirurgie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Lefèvre, Brice, et Fabien Ohl. 2007. « Les choix des pratiques physiques et sportives des Français : omnivorité, univorité et dissonances ». *Movement & Sport Sciences* 62(3) : 81-90.

Lefèvre, Brice, et Valérie Raffin. 2021. « Les freins à la pratique des Français peu ou non sportifs : des situations hétérogènes ». *INJEP* (52).

Lefèvre, Brice, et Valérie Raffin. 2023. *Les pratiques physiques et sportives en France : Résultats de l'enquête nationale 2020 menée par le Ministère chargé des sports et l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)*. Paris : Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP).

Lellinger, Solène. 2018. « Innovation thérapeutique et accident médicamenteux. Socio-genèse du scandale du benfluorex (Mediator®) et conditions de reconnaissance d'une pathologie émergente : les valvulopathies médicamenteuses ». Thèse de doctorat. Strasbourg.

Lesnard, Laurent. 2009. *La famille désarticulée. Les nouvelles contraintes de l'emploi du temps*. Paris : Presses universitaires de France.

Leszczak, Elodie. 2025. « Un simple problème d'éducation ? Regards croisés de jeunes et de professionnel·les sur la prise en charge de l'obésité infantile ». *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs* (24).

Letoux, Charlène. 2021. « Trajectoires d'adolescents en obésité dans le Nord et Pas-De-Calais comme reflets du processus des inégalités et de la stigmatisation ». Thèse de doctorat. Université de Lille.

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

Lhuissier, Anne. 2010. « Maigrir : de la terminologie aux pratiques ». *Revue d'études en agriculture et environnement* 91(2) : 117-127.

Lhuissier, Anne. 2012. « The Weight-loss Practices of Working Class Women in France ». *Food, Culture & Society* 15(4) : 643-664.

Lhuissier, Anne, et Faustine Régnier. 2005. « Obésité et alimentation dans les catégories populaires : une approche du corps féminin ». *INRA sciences sociales* 3(04) : 1-4.

Lignier, Wilfried. 2012. *La petite noblesse de l'intelligence : Une sociologie des enfants surdoués*. Paris : La Découverte.

Lignier, Wilfried. 2023a. *La société est en nous. Comment le monde social engendre des individus*. Paris : Seuil.

Lignier, Wilfried. 2023b. « Comment la sensibilité se pratique : la sociogenèse du sourire et du rire dans la petite enfance ». *L'Homme* (247-248) : 191-224.

Lignier, Wilfried, et Julie Pagis. 2017. *L'enfance de l'ordre : comment les enfants perçoivent le monde social*. Paris : Seuil.

Linhardt, Dominique. 2001. « L'économie du soupçon. Une contribution pragmatique à la sociologie de la menace ». *Genèses* (44) : 76-98.

Lipsky, Michael. 1980. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York : Russell Sage Foundation.

Longchamp, Philippe. 2009. « Des infirmières scolaires dans l'espace social ». *Carnets de bord en sciences humaines* 16 : 45-66.

Longchamp, Philippe. 2014. « Goûts de liberté, goûts de nécessité : quand la diététique s'en mêle ». *Sociologie et sociétés* 46(2) : 59-82.

Loretti, Aurore. 2019. « Les logiques sociales de la décision médicale. Étude des critères de prescription médicale en cancérologie des voies aérodigestives supérieures ». *Sciences sociales et santé* 37(4) : 37-62.

Loretti, Aurore. 2020. « "Ces patients qui ne font pas ce qu'il faut". Étude des impacts de la moralité sanitaire dans la prise en charge des corps malades en cancérologie ». *Revue française des affaires sociales* (3) : 33-49.

Loretti, Aurore. 2021. *La fabrique des inégalités sociales de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Lutz, Andrea. 2020. « Internalising dietary norms and transforming food practices: social inequalities in the management of childhood obesity ». *Health Sociology Review* 29(1) : 16-30.

Mangin, Gaëtan, et Alex Roy. 2023. « L'écologie en milieux populaires : de la débrouillardise à l'action collective ». *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement* (23-2).

Marcellini, Anne, Éric Perera, Angélique Rodhain, et Sylvain Ferez. 2016. « Rapport au corps et engagement dans les activités physiques chez les personnes en situation d'obésité ». *Santé Publique* 1(HS) : 117-125.

Mardon, Aurélia. 2011. « Honte et dégoût dans la fabrication du féminin. L'apparition des menstrues ». *Ethnologie française* 41(1) : 33-40.

Mariot, Nicolas. 2013. *Tous unis dans la tranchée ? 1914-1918, les intellectuels rencontrent le peuple*. Paris : Seuil.

Marsault, Christelle. 2016. « "Sport sur ordonnance", une mise à distance de la médecine : le dispositif strasbourgeois vu par ses éducateurs ». *Santé Publique* 1(HS) : 163-167.

Marsault, Christelle. 2017. « Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois "sport-santé sur ordonnance" comme objet politique transversal ». *Sciences sociales et sport* (10) : 21-49.

Martín-Criado, Enrique. 2015. « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de famille des classes populaires ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (208) : 74-87.

Masclet, Olivier. 2018. *L'invité permanent : la réception de la télévision dans les familles populaires*. Malakoff : Armand Colin.

Matta, Joane, Claire Carette, Claire Rives Lange, et Sébastien Czernichow. 2018. « Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde ». *La Presse Médicale* 47(5) : 434-438.

Mauger, Gérard. 1991. « Enquêter en milieu populaire ». *Genèses* (6) : 125-143.

Mauger, Gérard. 2018. « Capitaux, dispositions, stratégies populaires ». *Savoir/Agir* 44(2) : 95-107.

Mauss, Marcel, et Paul Fauconnet. 1901. « Sociologie ». Dans *Grande Encyclopédie*, Paris, 165-175.

Mears, Ashley. 2019. « Des fêtes très exclusives : les promoteurs de soirées VIP, des intermédiaires aux ambitions contrariées ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (230) : 56-75.

Memmi, Dominique. 2003. *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : La Découverte.

Mennerick, Lewis A. 1974. « Client Typologies: A Method of Coping With Conflict in the Service Worker-Client Relationship ». *Sociology of Work and Occupations* 1(4) : 396-418.

Mennesson, Christine. 2005. *Être une femme dans le monde des hommes : socialisation sportive et construction du genre*. Paris : Harmattan.

Mennesson, Christine, Julien Bertrand, et Martine Court. 2016. « Forger sa volonté ou s'exprimer : les usages socialement différenciés des pratiques physiques et sportives enfantines ». *Sociologie* 7(4) : 393-412.

Mennesson, Christine, Julien Bertrand, et Sarah Nicaise. 2019. « Quand le sport construit la classe ». Dans *Enfance de classe : de l'inégalité parmi les enfants*, Paris : Seuil.

Mennesson, Christine, Sarah Nicaise, Julien Bertrand, et Martine Court. 2021. « Des corps de classe ? Stratégies éducatives familiales et inscription corporelle des inégalités sociales ». Dans *Socialisation familiale des jeunes enfant*, Enfance & parentalité, Toulouse : Érès, 63-74.

Merlaud, Fabien. 2014. « La médecine de l'obésité en France : sociologie des engagements experts dans la normalisation de la corpulence ». Thèse de doctorat. Toulouse 3.

Merlaud, Fabien, et Philippe Terral. 2016. « Lutte contre l'obésité par l'activité physique et fondements du consensus fragile entre experts ». *Santé Publique* 1(HS) : 33-40.

Merton, Robert K. 1972. « Insiders and Outsiders: A Chapter in the Sociology of Knowledge ». *American Journal of Sociology* 1(78) : 9-47.

Merton, Robert King. 1957. *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge : Harvard University Press.

Messner, Michael A., et Donald F. Sabo. 1990. *Sport, Men, and the Gender Order: Critical Feminist Perspectives*. Illinois : Human Kinetics Books.

Millet, Mathias, et Daniel Thin. 2005. « Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité ». *Lien social et Politiques* (54) : 153-162.

Milon, Catherine. 2025. « Une analyse biographique des socialisations "traumatiques" à l'activité physique chez les femmes grosses concernées par une chirurgie bariatrique ». *Staps* 153(5) : 75-95.

Mino, Jean-Christophe, et Céline Lefève. 2016. « Mieux comprendre l'expérience de l'activité physique après un cancer grâce à la philosophie de la santé ». *Santé Publique* 1(HS) : 101-107.

Molaro, Christian, et Christian Vivier. 2013. « "Don de soi" et "Devoir de santé". Les pratiques corporelles sous la IIIe République : éthique, morale et ethos ». Dans *Éthique du sport*, Lausanne : L'Âge d'Homme, 314-327.

Monaghan, Lee F. 2007. « Body Mass Index, Masculinities and Moral Worth: Men's Critical Understandings of 'Appropriate' Weight-for-Height ». *Sociology of Health & Illness* 29(4) : 584-609.

Morales, Yves. 2019. « Action publique et injonction du "sport-santé" : les fédérations sportives, nouvelles opératrices de santé (1980-2018) ». *Corps* 17(1) : 77-87.

Morales, Yves. 2023. « Fabrique des risques liés à la sédentarité et promotion du "sport-santé" en France (1960-2022) ». *Émulations. Revue de sciences sociales* (45) : 19-36.

Morel, Sylvie. 2016. « La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé ». *Agone* 58(1) : 73-88.

Morel, Sylvie. 2023. « Urgence et tri des malades. La production de files d'attente socialement stratifiées pour l'accès aux soins d'urgence ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (250) : 100-117.

Moreno Pestaña, José Luis. 2015. « Haro sur les gros ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (208) : 4-13.

Moreno Pestaña, José Luis. 2016. *La classe du corps : morale corporelle et troubles alimentaires*. Limoges : Pulim.

Nestle, Marion. 2002. *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*. Los Angeles : University of California Press.

Ng, Carmen D. 2019. « Biases in Self-Reported Height and Weight Measurements and Their Effects on Modeling Health Outcomes ». *SSM - population health* 7 : 100405.

Nicaise, Sarah, Christine Mennesson, et Julien Bertrand. 2020. « Les inégalités sociales de santé dès la petite enfance : le rôle du sport ». *Empan* 118(2) : 22-31.

Niedhammer, I., I. Bugel, S. Bonenfant, M. Goldberg, et A. Leclerc. 2000. « Validity of Self-Reported Weight and Height in the French GAZEL Cohort ». *International Journal of Obesity*

and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity 24(9) : 1111-1118.

O'Brien, G., et M. Davies. 2007. « Nutrition Knowledge and Body Mass Index ». *Health Education Research* 22(4) : 571-575.

Ogden, Jane, Induja Bandara, Howard Cohen, David Farmer, Joan Hardie, Harry Minas, Jane Moore, et al. 2001. « General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? » *Patient Education and Counseling* 44(3) : 227-233.

Oliver, Michael, et Colin Barnes. 2012. *The New Politics of Disablement*. 2nd ed. Basingstoke : Palgrave Macmillan.

Ollion, Étienne. 2011. « De la sociologie en Amérique ». *Sociologie* 3(2) : 277-294.

Oualhaci, Akim. 2015. « Faire de la boxe thaï en banlieue : entre masculinité "populaire" et masculinité "respectable" ». *Terrains & travaux* 27(2) : 117-131.

Oude Groeniger, Joost, Carlijn B. M. Kamphuis, Johan P. Mackenbach, Mariëlle A. Beenackers, et Frank J. van Lenthe. 2019. « Are Socio-Economic Inequalities in Diet and Physical Activity a Matter of Social Distinction? A Cross-Sectional Study ». *International Journal of Public Health* 64(7) : 1037-1047.

Oude Groeniger, Joost, Willem de Koster, Jeroen van der Waal, Johan P. Mackenbach, Carlijn B. M. Kamphuis, et Frank J. van Lenthe. 2020. « How does cultural capital keep you thin? Exploring unique aspects of cultural class that link social advantage to lower body mass index ». *Sociology of Health & Illness* 42(7) : 1497-1515.

Paillé, Pierre, et Alex Mucchielli. 2021. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Pampel, Fred C. 2012. « Does Reading Keep You Thin? Leisure Activities, Cultural Tastes, and Body Weight in Comparative Perspective ». *Sociology of Health & Illness* 34(3) : 396-411.

Parsons, Julie M. 2015. *Gender, Class and Food: Families, Bodies and Health*. New York : Palgrave Macmillan.

Passeron, Jean-Claude. 1991. *Le raisonnement sociologique : l'espace non-poppérien du raisonnement naturel*. Paris : Nathan.

Passeron, Jean-Claude, et Jacques Revel. 2005. « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités ». Dans *Penser par cas*, Enquête, Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 9-44.

Pausé, Cat, et Sonya Renee Taylor. 2021. *The Routledge International Handbook of Fat Studies*. London New York : Routledge.

Peneff, Jean. 2005. *L'Hôpital en urgence. Étude par observation participante*. Paris : Métailié.

Peretti-Watel, Patrick. 2012. *La cigarette du pauvre. Enquête auprès des fumeurs en situation précaire*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Peretti-Watel, Patrick. 2013. « La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? » *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 61 : 158-162.

Périer, Pierre. 2014. « Autonomie versus autorité : idéal éducatif ou nouvelle forme de domination ? » *Recherches en éducation* (20).

Perrenoud, Philippe. 1993. « Curriculum : le formel, le réel, le caché ». Dans *La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui*, Collection Pédagogies, Paris : ESF, 61-76.

Perrier, Clément. 2022. « L'État actif : une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique (2001-2017) ». Thèse de doctorat. Université Grenoble Alpes.

Perrin, Claire. 2016. « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical ». *Santé Publique* 1(HS) : 141-151.

Perrin, Raphaël. 2025. *Le choix d'avorter. Sur le contrôle médical du corps des femmes*. Marseille : Agone.

Piggin, Joe, et Alan Bairner. 2016. « The global physical inactivity pandemic: an analysis of knowledge production ». *Sport, Education and Society* 21(2) : 131-147.

Pinell, Patrice. 1992. *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940*. Paris : Métailié.

Plessz, Marie. 2013. « Les légumes transformés : diversité des produits, diversité des usages sociaux ». *Revue d'Études en Agriculture et Environnement* 1 : 13-37.

Pociello, Christian. 1999. *Les cultures sportives. Pratiques, représentations et mythes sportifs*. Paris : Presses universitaires de France.

Poissenot, Claude. 2019. *Sociologie de la lecture*. Paris : Armand Colin.

Poliak, Claude. 2002. « Manières profanes de "parler de soi" ». *Genèses* (47) : 4-20.

Pouillaude, Amélie. 2022. « Au-delà de l'apparence : les coulisses du travail sportif des pratiquantes de twirling bâton à travers le prisme de l'âge ». *Agora débats/jeunesses* 90(1) : 103-114.

Poulain, Jean-Pierre. 2006. « Les modèles alimentaires méditerranéens : un héritage pluriel à étudier pour en faire un label pour le futur ». *Horizons Maghrébins-Le droit à la mémoire* 55(1) : 8-28.

Poulain, Jean-Pierre. 2009a. *Sociologie de l'obésité*. Paris : Presses Universitaires de France.

Poulain, Jean-Pierre. 2009b. « Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité ». *Obésités* 4 : 7-16.

Poulain, Jean-Pierre. 2013. *Sociologies de l'alimentation. Les mangeurs et l'espace social alimentaire*. Paris : Presses Universitaires de France.

Prévot-Ledrich, Julie, Van Van Hoye, Pierre Lombrail, Flore Lecomte, et Anne Vuillemin. 2016. « Panorama des politiques publiques françaises de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé ». *Santé Publique* 1(HS) : 25-31.

Prud'homme, Dorothée. 2016. « Du "soin global" au traitement discriminatoire. La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien ». *Terrains & travaux* 29(2) : 85-104.

Prud'homme, Dorothée. 2021. « La racialisation des patient·e·s "roms" par les médecins urgentistes. Invisibilisation des précarités et révélation des ambitions professionnelles ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (239) : 50-65.

Puhl, Rebecca, et Chelsea A. Heuer. 2009. « The Stigma of Obesity: A Review and Update ». *Obesity (Silver Spring, Md.)* 17(5) : 941-964.

Radel, Antoine. 2012. « 50 ans de campagnes d'éducation pour la santé : l'exemple de la lutte contre la sédentarité et de la promotion des modes de vie actifs (1960-2010) ». Thèse de doctorat. Toulouse 3.

Radel, Antoine, et Yves Morales. 2013. « Une éducation sanitaire "par corps". Analyse de deux campagnes de lutte contre la sédentarité (1980 et 2001-2012) ». *Carrefours de l'éducation* 35(1) : 217-234.

Ravache, Stéphane. 2003. « Mœurs alimentaires sexuées dans le monde rural et urbain ». *Ruralia* (12/13).

Régnier, Faustine. 2006. « Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux États-Unis ». *Cahiers de Nutrition et de Diététique* 41(2) : 97-103.

Régnier, Faustine. 2017. « Vers un corps féminin sur mesure : l'alimentation et les techniques de la corpulence en France et aux Etats-Unis (1934-2010) ». *L'Année sociologique* 67(1) : 131-162.

Régnier, Faustine. 2018. « "Goût de liberté" et self-quantification. Perceptions et appropriations des technologies de self-tracking dans les milieux modestes ». *Réseaux* 208-209(2-3) : 95-120.

Régnier, Faustine. 2025. *Distinctions alimentaires*. Paris : Presses universitaires de France.

Régnier, Faustine, et Ana Masullo. 2009. « Obésité, goûts et consommation : Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale ». *Revue française de sociologie* 50(4) : 747-773.

Régnier, Faustine, Kàtia Lurbe I. Puerto, Caroline Ringard, et Frédérique Thomas. 2020. « Technologies numériques et diabète de type 2 : vers un patient plus autonome ? » *Cahiers de Nutrition et de Diététique* 55(3) : 127-135.

Rennes, Juliette. 2019a. « Âge biologique versus âge social : une distinction problématique ». *Genèses* (117): 109-128.

Rennes, Juliette. 2019b. « Déplier la catégorie d'âge. Âge civil, étape de la vie et vieillissement corporel dans les préjudices liés à l'"âge" ». *Revue française de sociologie* 60(2): 257-284.

Revillard, Anne. 2018. « Saisir les conséquences d'une politique à partir de ses ressortissants : La réception de l'action publique ». *Revue française de science politique* 68(3) : 469-491.

Robinovich, Jossiana, Ximena Ossa, Bernardita Baeza, Anja Krumeich, et Bart van der Borne. 2018. « Embodiment of social roles and thinness as a form of capital: A qualitative approach towards understanding female obesity disparities in Chile ». *Social Science & Medicine* 201 : 80-86.

Rode, Antoine. 2010. « Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. » Thèse de doctorat. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II.

Rodriguez, Noelie, et Alan Ryave. 1990. « Telling Lies in Everyday Life: Motivational and Organizational Consequences of Sequential Preferences ». *Qualitative Sociology* 13(3) : 195-210.

Ross, Robert, et Alison J. Bradshaw. 2009. « The Future of Obesity Reduction: Beyond Weight Loss ». *Nature Reviews. Endocrinology* 5(6) : 319-325.

Roth, Julius A. 1972. « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service ». *American Journal of Sociology* 77(5) : 839-856.

Rothblum, Esther D., et Sondra Solovay. 2009. *The Fat Studies Reader*. New York London : New York University Press.

Rougnant, Théo. 2023. « "J'ai des copines minces mais du coup qui ont la figure toute chiffonnée". Vieillesse, grossesse et stigmate valorisé ». *La peaulogie* (10) : 151-171.

Rougnant, Théo. 2025a. « Être gros·se et s'engager dans une activité physique. Carrières de pratiquant·es dans des espaces sportifs non médicaux ». *Sciences sociales et sport* (26) : 75-104.

Rougnant, Théo. 2025b. « Éviter le discrédit de l'obésité. Mises à distance du stigmate chez des femmes de classes moyennes et supérieures en contexte d'activité physique adaptée ». *Sociologie* 16(2) : 135-150.

Rougnant, Théo, et Tristan Duverné. 2025. « Convertir aux "bonnes mesures" du corps. La construction de la légitimité des médecins de l'obésité et des influenceurs fitness ». *Socio-anthropologie* (51) : 73-89.

Rousseau, Audrey. 2016. « L'institutionnalisation des fat studies : l'impensé des "corps gros" comme modes de subjectivation politique et scientifique ». *Recherches féministes* 29(1) : 9-32.

Rouvarel, Maguelone. 2025. « Perdre du poids grâce à la chirurgie bariatrique : Enjeux pré et post opératoires d'un processus de décision ». Thèse de doctorat. Université de Montpellier Paul-Valéry.

Rubino, Francesco, David E. Cummings, Robert H. Eckel, Ricardo V. Cohen, John P. H. Wilding, Wendy A. Brown, Fatima Cody Stanford, et al. 2025. « Definition and Diagnostic Criteria of Clinical Obesity ». *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 13(3) : 221-262.

Ruiz, Delphine. 2025. « La prise en charge de l'obésité en France : sociologie d'une offre de soins et de ses médecins ». Thèse de doctorat. Université Paris 8.

Saguy, Abigail. 2012. « Why Fat Is a Feminist Issue ». *Sex Roles* 66(9) : 600-607.

de Saint Pol, Thibaut. 2008. « La consommation alimentaire des hommes et des femmes vivant seuls ». *Insee Première* 5(1194) : 4.

de Saint Pol, Thibaut. 2010a. *Le corps désirable : hommes et femmes face à leur poids*. Paris : Presses universitaires de France.

de Saint Pol, Thibaut. 2010b. « Poids et régimes alimentaires en Europe ». *Revue d'Études en Agriculture et Environnement - Review of agricultural and environmental studies* 91 : 129-152.

Sajus, Jean-Philippe. 2012. « L'hôpital à l'épreuve de l'obésité : éléments pour une sociologie économique de la prise en charge d'une pathologie chronique ». Thèse de doctorat. Toulouse 2.

Salanave, Benoit, Charlotte Verdot, Hélène Escalon, Arnaud Gautier, et Valérie Deschamps. 2024. « Évolution de la corpulence déclarée dans les baromètres de Santé publique France de 1996 à 2017 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire - Santé publique France* (15) : 306-312.

Sallée, Nicolas. 2006. « Les médecins, la tumeur et l'enfant. Une sociologie de la décision médicale. Le cas d'un service d'oncologie pédiatrique ». *Terrains & travaux* 11(2) : 61-80.

Sarzier, Martin. 2020. « Des déclassé·es immobiles. Comprendre l'évolution des rapports au travail dans un service hospitalier ». *Sociologie du travail* 62(4).

Sarzier, Martin. 2023. « La spécialisation médicale au travail : enquête sur la gérontopsychiatrie en France ». Thèse de doctorat. Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Scheen, André, Jenny De Flines, et Nicolas Paquot. 2023. « Anti-obesity drugs: from previous disappointments to new hopes ». *Revue Medicale De Liège* 78(3) : 147-152.

Schlegel, Vianney, et Vincent Schlegel. 2025. « La dimension symbolique de la violence médicale. Dominations et réflexivités soignantes dans la prise en charge des diabétiques et des sans-domicile ». *Genèses* (138) : 81-104.

Schlegel, Vincent. 2020. « La fabrique sociale du patient autonome : développer et mettre en œuvre l'éducation du patient diabétique en France ». Thèse de doctorat. Paris, EHESS.

Schlegel, Vincent. 2022. « Le bon, le sucré et le patient : les diabétiques face à la transformation de leurs habitudes alimentaires ». *Sociologie* 13(4) : 381-398.

Schlegel, Vincent. 2024. « Promouvoir l'écoute du corps. Modelage des cultures somatiques et résistances au processus éducatif ». *Sociétés contemporaines* 133 : 37-64.

Schlienger, Jean-Louis. 2024. « La folle histoire du traitement pharmacologique de l'obésité. Les flops et les tops ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 18(4) : 394-402.

Schlienger, Jean-Louis, et L. Monnier. 2019. « L'histoire "mouvementée" du régime des personnes diabétiques ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 13(2) : 217-224.

Schotté, Manuel. 2012. *La construction du « talent » : sociologie de la domination des coureurs marocains*. Paris : Raisons d'Agir.

Schotté, Manuel. 2015. « Dans la course. La construction d'une hiérarchie en action ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (209) : 100-115.

Schotté, Manuel. 2016. « Les possibles corporels : support biologique, déterminations sociales ». *Revue européenne des sciences sociales* 54-1(1) : 201-220.

Schotté, Manuel. 2022. *La valeur du footballeur : socio-histoire d'une production collective*. Paris : CNRS éditions.

Scodellaro, Claire, Jean-Louis Pan Ké Shon, et Stéphane Legleye. 2017. « Troubles dans les rapports sociaux : le cas de l'anorexie et de la boulimie ». *Revue française de sociologie* 58(1) : 7-40.

Serra-Mallol, Christophe. 2012. « Observation participante ». Dans *Dictionnaire des cultures alimentaires*, Paris : Presses universitaires de France, 960-965.

Serre, Delphine. 1998. « Le bébé "superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance ». *Sociétés contemporaines* 31 : 107-127.

Serre, Delphine. 2024. « Justice et maux du travail : une invisibilisation genrée ». *Travail, genre et sociétés* 51(1) : 65-82.

Shim, Janet K. 2010. « Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment ». *Journal of Health and Social Behavior* 51(1) : 1-15.

Siblot, Yasmine. 2006. *Faire valoir ses droits au quotidien : les services publics dans les quartiers populaires*. Paris : Presses de Sciences Po.

Siblot, Yasmine, Marie Cartier, Isabelle Coutant, Olivier Masclet, et Nicolas Renahy. 2015a. « Chapitre 5. Les pratiques culturelles et de loisirs des classes populaires : quelles spécificités ? ». Dans *Sociologie des classes populaires contemporaines*, Paris : Armand Colin, 179-220.

Siblot, Yasmine, Marie Cartier, Isabelle Coutant, Olivier Masclet, et Nicolas Renahy. 2015b. « Chapitre 6. Les classes populaires face à l'État ». Dans *Sociologie des classes populaires contemporaines*, Paris : Armand Colin, 221-255.

Sobal, Jeffery. 1995. « The medicalization and demedicalization of obesity ». Dans *Eating Agendas. Food and Nutrition as Social Problems*, New-York : Adeline de Gruyter, 67-90.

Sobal, Jeffery, et Donna Maurer. 1999a. *Interpreting Weight: The Social Management Of Fatness And Thinness*. New-York : Routledge.

Sobal, Jeffery, et Donna Maurer. 1999b. *Weighty Issues: Fatness and Thinness as Social Problems*. First edition. London : Taylor and Francis.

Spire, Alexis. 2016. « Les policy feedbacks et le rapport ordinaire à l'État ». *Gouvernement & action publique* 5(4) : 141-156.

Spire, Alexis. 2017. « Comment étudier la politique des guichets ? Méthodes pour enquêter sur le pouvoir discrétionnaire des agents de l'immigration ». *Migrations Société* 167(1) : 91-100.

Spire, Alexis. 2020. « La confiance dans l'État : une relation pratique et symbolique ». Dans *Crises de confiance ?*, Paris : La Découverte, 37-55.

Spire, Alexis. 2024. « L'État peut-il transformer les individus ? Réflexions sur la socialisation d'Etat ». *La Vie des idées*.

Spire, Alexis, et Katia Weidenfeld. 2019. « Obtenir justice, une affaire de capital ? » *Délibérée* 7(2) : 13-18.

Strauss, Anselm L. 1992. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.

Swain, John, Sally French, Colin I. Barnes, et Carol Thomas. 2014. *Disabling Barriers - Enabling Environments*. 3ème éd. Los Angeles : Sage.

Swift, Damon L., Joshua E. McGee, Conrad P. Earnest, Erica Carlisle, Madison Nygard, et Neil M. Johannsen. 2018. « The Effects of Exercise and Physical Activity on Weight Loss and Maintenance ». *Progress in Cardiovascular Diseases* 61(2) : 206-213.

Tabet, Paola. 1979. « Les mains, les outils, les armes ». *L'Homme* (19) : 5-61.

Thaler, Richard H., et Cass R. Sunstein. 2008. *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven, CT, US : Yale University Press.

Thievenaz, Joris. 2017. « L'analyse des activités du patient : une occasion de réinterroger la notion de travail ». *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE* (44).

Thomas, Julie, Estelle Duval, Éric Perera, et Sylvain Ferez. 2014. « La perception de l'activité physique comme mode de prise de charge du VIH : effets de la visibilité du corps sur les stratégies de gestion d'une "maladie chronique" ». *Movement Sport Sciences* 84(2) : 99-110.

Throsby, Karen. 2012. « Obesity Surgery and the Management of Excess: Exploring the Body Multiple ». *Sociology of Health & Illness* 34(1) : 1-15.

Tibère, Laurence, Anne Dupuy, et Jean-Pierre Poulain. 2019. « Obésité et image du corps : quelles attitudes face au regard de l'Autre ? » *Corps* 17(1) : 243-256.

Timmermans, Stefan, et Steven Haas. 2008. « Towards a Sociology of Disease ». *Sociology of Health & Illness* 30(5) : 659-676.

Tocco, Morgane. 2025. « Éléments de réflexion sur les perceptions esthétiques des corps au prisme du genre ». *Raison présente* 233(1) : 77-86.

Trachman, Mathieu. 2022. « Très masculin, pas très féminine. Les variations sociales du genre ». *Population & Sociétés* 605(10) : 1-4.

Troisoeufs, Aurélien. 2020. « "Je me sens déshandicapée." Approche anthropologique de la chirurgie de l'obésité et des situations de sortie de handicap ». *Alter. European Journal of Disability Research* (14) : 13-26.

Vandebroeck, Dieter. 2015. « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (208) : 14-39.

Vandebroeck, Dieter. 2016. *Distinctions in the flesh: social class and the embodiment of inequality*. London ; New York : Routledge, Taylor & Francis Group.

Verdot, Charlotte, Marion Torres, Benoit Salanave, et Valérie Deschamps. 2017. « Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire - Santé publique France* (13).

Viaud, Baptiste. 2015. « "Elle ne vaut pas un caramel !". La place des verdicts médicaux dans l'estimation de la "valeur sportive" ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (209) : 56-71.

Vieille-Marchiset, Gilles. 2019. *La conversion des corps : bouger pour être sain*. Paris : l'Harmattan.

Vigarello, Georges. 2004. *Le corps redressé : histoire d'un pouvoir pédagogique*. Paris : Colin.

Vigarello, Georges. 2010. *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité du Moyen Âge au XXe siècle*. Paris : Seuil.

Ville, Isabelle, Emmanuelle Fillion, et Jean-François Ravaud. 2020a. « Chapitre 4. Expérience du handicap ». Dans *Introduction à la sociologie du handicap. Histoire, politiques et expérience*, Paris : De Boeck Supérieur, 113-136.

Ville, Isabelle, Emmanuelle Fillion, et Jean-François Ravaud. 2020b. *Introduction à la sociologie du handicap. Histoire, politiques et expérience*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

Vincent, Guy, Bernard Lahire, et Daniel Thin. 1994. « Sur l'histoire et la théorie de la forme scolaire ». Dans *L'Éducation prisonnière de la forme scolaire ? Scolarisation et socialisation dans les sociétés industrielles*, Hors collection, Lyon : Presses universitaires de Lyon, 11-48.

Wann, Marilyn. 2009. « Foreword. Fat Studies: An Invitation to Revolution ». Dans *The Fat Studies Reader*, New York ; London : New York University Press, IX-XXV.

Weber, Florence. 2009. *Le travail à-côté : une ethnographie des perceptions*. Nouvelle éd. revue et augmentée. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Weber, Max. 2004. *Le savant et le politique*. Paris : 10/18.

Wilding, John P. H., Rachel L. Batterham, Salvatore Calanna, Melanie Davies, Luc F. Van Gaal, Ildiko Lingvay, Barbara M. McGowan, et al. 2021. « Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity ». *New England Journal of Medicine* 384(11) : 989-1002.

Winance, Myriam, Isabelle Ville, et Jean-François Ravaud. 2007. « Disability Policies in France: Changes and Tensions between the Category-Based, Universalist and Personalized Approaches ». *Scandinavian Journal of Disability Research* 9(3-4) : 160-181.

Wolff, Virginie. 2019. « Sensibilités alimentaires et séditions corporelles : de la vulnérabilité à un idéal moral ? » *Ethnologie française* 49(4) : 735-750.

Young, Iris Marion. 2005. *On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays*. New York : Oxford University Press.

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

Zolesio, Emmanuelle. 2012. *Chirurgiens au féminin ? des femmes dans un métier d'hommes*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Annexes

Annexe de l'introduction

Annexe n°1 : Tableau des enquêté·es

Association APA

Pseudonyme	Genre	Âge	Diplôme	Profession (ou ancienne profession)	Origine sociale (parents)
Agnès	F	70	Maitrise d'anglais	Employée administrative catégorie C	Classes populaires
Béatrice	F	51	Master traduction	Traductrice	Classes supérieures
Florence	F	48	Baccalauréat professionnel comptable	Assistante de gestion	Classes moyennes
Francine	F	66	Master psychologie	Psychologue du travail	Classes populaires
Françoise	F	68	Baccalauréat	Secrétaire	Classes populaires
Gabrielle	F	89	Baccalauréat	Photographe puis journaliste	Classes supérieures (économique)
Laeticia	F	46	Licence administration	Fonctionnaire catégorie B+	Classes supérieures
Magali	F	36	Ingénieur + master enseignement	Ingénieure puis professeure des écoles	Classes populaires
Martine	F	63	Licence	Professeure des écoles	Classes populaires
Maryse	F	62	Baccalauréat	Assistante en marketing	Classes supérieures
Monique	F	78	Maitrise (CAPES)	Enseignante arts plastique et artiste	Classes moyennes
Nathalie	F	60	Baccalauréat	Directrice centre de loisir	Classes populaires
Noémie	F	20	Baccalauréat professionnel	Technicienne	Classes populaires
Pascal	M	72	Maitrise droit	DRH	Classes populaires
Patricia	F	65	Licence	Assistante de direction	Classes supérieures
Simone	F	52	Doctorat	Commerciale	Classes supérieures
Vanessa	F	30	Diplôme d'infirmière	Infirmière (reconversion psychologue)	Classes populaires
Viviane	F	69	Master	Psychothérapeute	Classes supérieures
Yves	M	72	Maitrise droit	Commercial	Classes populaires

Service nutrition

Pseudonyme	Genre	Age	Diplôme	Profession	Origine sociale (parents)
Aïda	F	67	Aucun	Retraitée ouvrière / ménage	Classes populaires
Angélique	F	35	BTS	Chômage (ancienne technicienne)	Classes populaires
Anice	M	20	Baccalauréat	Déménageur	Classes populaires
Audrey	F	30	Master enseignement	Institutrice en reconversion	Classes moyennes
Bernadette	F	40	BTS	Secrétaire	Classes moyennes
Christopher	M	39	Maitrise	Cadre de santé	Classes populaires
Claire	F	38	Baccalauréat professionnel comptable	Agent administratif	Classes populaires
Clément	M	40	Master	Acteur	Classes supérieures
Coralie	F	39	Baccalauréat professionnel	Vendeuse	Classes populaires
Franck	M	54	BEP électromécanicien	Agent de sécurité	Classes populaires
Gaëlle	F	42	Master commerce	Assistante de formation	Classes moyennes
Geneviève	F	56	Master	Directrice maison d'édition	Classes supérieures
Ghislaine	F	71	Aucun	Assistante maternelle	Classes populaires
Gilles	M	64	Doctorat (et HDR)	Retraité PU	Classes supérieures
Hélène	F	50	MBA HEC	Commerciale / assurance	Classes supérieures
Jovana	F	56	DE manipulatrice radio	Manipulatrice radio	Classes populaires
Melissa	F	29	Master commerce	Vendeuse	Classes populaires
Mickaël	M	31	Licence informatique	Informaticien (chômage)	Classes populaires
Omar	M	52	CAP	Électricien	Classes populaires
Philippe	M	61	Diplôme ingénieur	Ingénieur	Classes supérieures
Régine	F	55	Baccalauréat	Secrétaire médicale	Classes populaires
Sandra	F	51	Maitrise droit	Inspectrice des impôts	Classes moyennes

Annexe du chapitre 2

Annexe n°2 : L'enquête ENPPS 2020

L'enquête ENPPS de 2020[379] comprend 12 034 individus en France (métropole et DROM), sélectionnés par échantillonnage aléatoire à partir des bases de données de l'INSEE, puis redressés (calage sur marges selon âge, sexe, niveau de diplôme, taille de l'unité urbaine et région de résidence) (Lefèvre et Raffin 2023). L'enquête présentait un caractère obligatoire, avec relance en cas de non-réponse, et a été menée par téléphone, Internet et questionnaire papier.

Bien que reconduite tous les dix ans depuis 2000, cette enquête présente des données d'IMC des individus uniquement dans l'édition de 2020. Les variables explicatives utilisées sont l'IMC, le sexe, l'âge, la profession, le niveau de diplôme, le revenu, la situation familiale et le lieu de résidence. Les variables expliquées sont la pratique ou non d'une activité physique, le nombre, la nature et la fréquence des pratiques déclarées, les raisons et freins à la pratique, les modalités de pratique (seul·e ou à plusieurs, en club, en loisir, en compétition) et les infrastructures utilisées. Bien qu'étant un indicateur imparfait, puisque renseignant uniquement sur un rapport taille-poids, l'IMC sera utilisé comme un proxy de la corpulence des individus. Dans leurs rapports, les enquêteurs de l'INJEP enlèvent celles et deux qui déclarent la « marche / balade », la « baignade » et la « relaxation » de leur définition des pratiquant·es d'APS. Dans notre cas, ces pratiques seront intégrées, puisqu'elles appartiennent à la définition de l'AP recommandée dans les parcours de soins. Les professionnel·les de santé incitent par exemple couramment les individus à marcher, en leur disant que « ça compte » comme une APS. En intégrant ces trois pratiques, je peux observer pleinement ce qui relève de la « bonne sportivité médicale » au sein de cette enquête. Par contre, tout comme les enquêteurs de l'INJEP, je fais le choix de supprimer la pratique des échecs de la définition des pratiquant·es d'APS.

[379] INJEP/Ministère chargé des Sports, ENPPS 2020.

Annexes du chapitre 3

Annexe n°3 : La répartition sociale de l'obésité

Le taux de prévalence général de l'obésité (11,1% pour les femmes ; 11,8% pour les hommes) est étonnamment bas par rapport aux études épidémiologiques portant sur la France. Les valeurs d'IMC obtenues chez les individus se basent sur la déclaration de leur taille et poids, qui ont tendance à être sous-estimés dans ce type d'enquêtes (Niedhammer et al. 2000). Ensuite, il y a un certain nombre de non-réponses sur le poids (1 853)[380], et on peut assez facilement supposer que les personnes les moins enclines à déclarer leur poids sont les personnes qui subissent un stigmate par rapport à leur corpulence, à savoir les personnes obèses ou les personnes anorexiques. Le thème de l'enquête peut également avoir une influence : malgré les précautions employées par les administrateurs du questionnaire, il est possible que les personnes qui n'ont pas souhaité répondre à l'enquête soit aussi celles qui se sentent peu concernées par les activités physiques, à savoir plus fréquemment les classes populaires (Lefèvre et Raffin 2021) et les personnes obèses (cf. Chapitre 6). On peut malgré tout se pencher sur les liens entre la position sociale et l'IMC des personnes qui l'ont déclaré.

Ces premiers résultats confirment largement la littérature : la corpulence se structure selon le genre et la position sociale (et au sein de la position sociale, davantage selon le capital culturel que selon le capital économique). On compte davantage de femmes que d'hommes dans la catégorie maigreur (6,9% contre 2,6%), et davantage d'hommes que de femmes dans la catégorie surpoids (35,3% contre 23,1%). Ces résultats confirment ceux rapportés par la littérature depuis au moins deux décennies (Darmon 2008 ; Poulain 2009a ; de Saint Pol 2010a) et appuient le constat d'une pression à l'évitement du surpoids et de l'obésité plus forte pour les femmes. Leur position dominée dans un rapport de genre a pour effet d'en faire une classe d'individu davantage objet de désir, pour qui le corps est un capital valorisable sur de nombreux marchés (sentimental et matrimonial, de l'emploi…). Le corps des femmes est évalué à partir d'un jugement masculin, ce qui en fait davantage que pour les hommes un « corps perçu ». Henley (1977), Connell (1987) ou Young (2005) ont ainsi montré tout l'intérêt de dépasser les discours et les normes explicites pour comprendre la construction sociale des corps sexués[381]. Davantage assignées dans la division sexuelle du travail à des tâches liées au capital symbolique et à la présentation de soi[382], elles sont plus enclines à se percevoir sous l'angle de leur beauté, de leur apparence, et à développer un goût à cela.

Pour autant, et comme le note également la littérature épidémiologique à ce sujet, la différence est faible, voire nulle, en ce qui concerne l'obésité (Czernichow et al. 2021 ; Fontbonne et al.

[380] Ce qui représente moins de 10% de non-réponses.

[381] Henley (1977) et Young (2005) montrent en particulier comment la conscience d'être un corps objet-perçu incite les femmes à moins user leur corps dans des activités physiques (au sens très large), ce qui en retour les rend moins adroites que les hommes, et les fait apparaitre plus faibles, moins habiles. Connell (1987) montre que la division sexuelle du travail contribue à produire et renforcer l'image de femmes faibles / hommes forts en inscrivant cette différence socialement construite dans la réalité des corps, et en contribuant ainsi à la masquer et à la naturaliser.

[382] Elles sont sur-représentées dans ce que Collins (1992) nomme le « travail goffmanien », valorisant la présentation de soi, qu'on retrouve dans les métiers de secrétaire, réceptionniste, etc.

2023; Salanave et al. 2024 ; Verdot et al. 2017). Ici, le genre s'imbrique avec la classe sociale pour produire une forte représentation de personnes obèses parmi les femmes de classes populaires. Si, à première vue, la pression, sur les corps féminins s'arrête aux portes de l'obésité, elle est en réalité reconfigurée par la classe sociale.

La littérature montre que l'obésité se structure selon un gradient de position sociale visible dans le niveau de diplôme, le revenu et la classe sociale d'appartenance. Plus on monte dans l'échelle sociale, plus la probabilité de rencontrer des individus obèses faiblit (alors que 14,0% des membres des classes populaires sont obèses, seuls 6,1% des classes supérieures le sont). Ce gradient de position sociale est d'autant plus visible lorsque l'on détaille les groupes professionnels (au niveau agrégé de l'INSEE) :

Table n°1 : Répartition des classes de corpulence selon le groupe professionnel.

	Maigreur N=562	Corpulence normale N=5 647	Surpoids N=2 860	Obésité N=1 112	p-value
Groupe professionnel					<0.001
Sans activité professionnelle	11.3%	61.6%	18.5%	8.7%	
Ouvriers	1.4%	51.7%	33.2%	13.7%	
Employés	5.0%	53.4%	27.5%	14.1%	
Agriculteurs exploitants	0.0%	46.4%	36.1%	17.5%	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1.2%	49.6%	40.4%	8.8%	
Professions intermédiaires	4.1%	58.9%	26.9%	10.2%	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2.8%	61.0%	30.1%	6.1%	
Retraités	3.3%	47.5%	35.3%	14.0%	

Lecture : 6,1% des cadres sont obèses contre 17,5% des agriculteurs exploitants.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Mais il ne faut pas voir dans les groupes professionnels, ni dans les classes sociales, des catégories homogènes. L'analyse du seul volume de capital possédé peut masquer un certain nombre d'éléments et doit être complétée d'une analyse de la structure du capital, économique ou culturel. À cet égard, les régressions logistiques *infra* (Table N°2) permettent d'estimer l'importance, à position sociale égale, du niveau de diplôme (indicateur du capital culturel) et du niveau de revenu (indicateur du capital économique). La probabilité d'être situé dans une classe d'IMC élevée décroit à mesure que le niveau de diplôme augmente, et que le niveau de revenu augmente. L'effet du revenu semble plus faible que l'effet du diplôme, en ce qu'il ne concerne que le 10ème décile, ce qui indiquerait une importance plus grande du capital culturel que du capital économique sur la structuration des corpulences. C'est ce que relève également la littérature internationale sur la question (Oude Groeniger et al. 2019 ; Pampel 2012).

La littérature propose plusieurs types d'explications au gradient social de l'obésité, que nous ne présenterons ici rapidement (Cardon, Depecker, et Plessz 2023 ; Poulain 2009a). Le premier type d'explication est purement économique : « bien » manger coûterait cher, et serait donc

inaccessible aux fractions basses de l'espace social. Cette thèse, bien que séduisante et décrivant partiellement la réalité sociale que l'on cherche à explorer, résiste mal aux données qui montrent que les plus pauvres ne sont pas les plus corpulent·es, et qu'il existe un effet propre du niveau de diplôme à revenu équivalent (voir régression logistique, Table N°2).

Le second type d'explication peut être qualifié de cognitiviste. Les classes populaires n'auraient pas les connaissances théoriques et pratiques pour mettre en œuvre un mode de vie « sain » limitant la prise de poids. Or, de nombreuses études montrent que les recommandations nutritionnelles et en matière d'activité physique sont globalement connues, mais mises en pratique de manières différenciées (Longchamp 2014 ; Régnier et Masullo 2009).

Le troisième type d'explication, davantage culturaliste, semble plus établi. Les conditions matérielles d'existence des classes populaires produiraient un rapport au temps davantage soucieux du présent que de la projection dans l'avenir (Duvoux 2023). Combiné à des professions exigeant un rapport au corps instrumental (Boltanski 1971), ce rapport au temps conduit à l'adoption d'un goût de classe et d'une culture alimentaire fondée sur l'apport énergétique (et la recharge de la force de travail) plus que sur l'ascèse sanitaire préventive (Bourdieu 1979). Dans une même attention à la culture de classe, on peut ajouter que la nourriture constitue, dans les classes populaires – qu'il faut par ailleurs distinguer en fractions de classes (Grignon et Grignon 1980 ; Longchamp 2014) – un espace de liberté dans un quotidien contraint (Régnier et Masullo 2009). De leur côté, les classes supérieures chercheraient (intentionnellement ou non) à se distinguer par corps d'individus vus comme peu aptes à maitriser leurs penchants naturels (Vandebroeck 2016), par des dispositions acquises à l'ascétisme et la réflexivité sur leurs usages du corps (Oude Groeniger et al. 2020), particulièrement en cas d'ascension sociale (Régnier et Masullo 2009).

Table n°2 : Régression logistique ordinale sur la classe d'IMC.

	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Sexe			<0.001
Femme	—	—	
Homme	1.79	1.61, 1.99	
Diplôme			<0.001
< CAP	—	—	
CAP/BEP	1.20	1.01, 1.43	
Bac	0.98	0.83, 1.16	
Bac +2/+3	0.91	0.76, 1.08	
> Bac+3	0.76	0.62, 0.94	
Âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	2.36	1.75, 3.18	
35-44	3.62	2.75, 4.77	
45-54	4.54	3.49, 5.91	
55-64	5.08	3.84, 6.71	
65-74	5.41	3.87, 7.55	
> 74	4.74	3.33, 6.76	
Groupe professionnel			0.3
Ouvriers	—	—	
Employés	1.12	0.89, 1.40	
Agriculteurs exploitants	0.89	0.50, 1.60	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0.84	0.62, 1.13	
Professions intermédiaires	0.88	0.71, 1.09	

Cadres et professions intellectuelles supérieures	0.89	0.71, 1.13	
Sans activité professionnelle	0.89	0.69, 1.15	
Retraités	0.88	0.67, 1.15	
Situation familiale			<0.001
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	0.95	0.78, 1.15	
En couple sans enfant	1.23	1.06, 1.44	
En couple avec enfant(s)	1.36	1.15, 1.61	
Décile de revenu disponible			<0.001
Decile_1	—	—	
Decile_2	0.94	0.64, 1.38	
Decile_3	0.78	0.55, 1.12	
Decile_4	1.10	0.79, 1.53	
Decile_5	1.03	0.74, 1.44	
Decile_6	1.09	0.79, 1.51	
Decile_7	0.82	0.60, 1.12	
Decile_8	0.95	0.70, 1.30	
Decile_9	0.85	0.62, 1.15	
Decile_10	0.73	0.54, 0.98	
Lieu de résidence			0.005
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	0.93	0.81, 1.07	
Plus de 100 000 hab.	0.80	0.70, 0.93	
Région de naissance			0.13
France	—	—	
Maghreb	0.91	0.64, 1.28	
Autres pays d'Afrique	1.29	0.72, 2.30	
Turquie, Moyen-Orient	0.82	0.27, 2.46	
Autre pays d'Asie	0.40	0.18, 0.93	
Europe du Sud	0.93	0.56, 1.57	
Autres pays de l'UE 27	0.49	0.27, 0.90	
Autres pays d'Europe	1.41	0.70, 2.83	
Amérique, Océanie	1.09	0.39, 3.03	
Région de naissance du père			0.3
France	—	—	
Maghreb	1.09	0.78, 1.52	
Autres pays d'Afrique	1.50	0.91, 2.46	
Turquie, Moyen-Orient	2.15	0.89, 5.17	
Autre pays d'Asie	1.15	0.53, 2.50	
Europe du Sud	0.76	0.56, 1.03	
Autres pays de l'UE 27	1.22	0.78, 1.90	
Autres pays d'Europe	1.07	0.59, 1.94	
Amérique, Océanie	1.09	0.51, 2.35	
Région de naissance de la mère			0.6
France	—	—	
Maghreb	1.29	0.90, 1.86	
Autres pays d'Afrique	1.02	0.61, 1.71	
Turquie, Moyen-Orient	0.64	0.21, 1.92	
Autre pays d'Asie	1.12	0.49, 2.56	
Europe du Sud	1.33	0.95, 1.86	
Autres pays de l'UE 27	1.10	0.72, 1.66	
Autres pays d'Europe	0.78	0.42, 1.46	
Amérique, Océanie	1.39	0.65, 3.01	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les hommes ont 1,79 fois plus de chances d'appartenir à une classe de corpulence plus élevée que les femmes.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Pour finir sur ces résultats généraux, la corpulence évolue également avec l'âge. Il convient ici de distinguer les trois formes de l'âge repérées par Rennes (2019a, 2019b) : l'âge chronologique représente le temps objectivement vécu par l'individu, compté le plus souvent en années, l'âge statutaire la position de l'individu dans les différentes phases sociales de la vie, et l'âge corporel les transformations physiques et physiologiques liées au vieillissement[383]. S'il est évidemment nécessaire de prendre en compte les effets du vieillissement biologique dans l'interprétation d'une présence plus marquée de l'obésité aux âges avancés (l'avancée en âge étant corrélée à l'accumulation de masse grasse et à la diminution de la taille), quelques pistes sociologiques peuvent être explorées. Tout d'abord, le corps ne possède plus autant d'importance avec l'âge du fait de la réduction des espaces au sein desquels il peut prendre une valeur significative. Autrement dit, le corps n'apporte plus autant de profits matériels et symboliques à mesure que le vieillissement est en marche.

Les trois âges de l'individu décrits par Rennes ont une influence sur la diminution de l'importance du capital corporel avec le vieillissement. D'une part, le désengagement du secteur professionnel dû à la retraite limite l'investissement des individus dans des champs où le corps constitue un langage censé exprimer les qualités associées aux métiers exercés. Moins besoin d'apparaitre dynamique, combatif, endurant ou accueillant lorsque l'on entre dans une période de la vie associée à l'inactivité professionnelle[384]. L'exclusion institutionnalisée du champ des activités professionnelles conduit à couper les personnes âgées d'un espace où le corps peut fonctionner comme un capital générateur de profits (Hidri Neys 2022).

D'autre part, il existe un second espace accordant des profits symboliques et matériels aux corps : le marché de la séduction. S'il convient d'admettre que les personnes âgées ont des pratiques de séduction, l'association entre jeunesse et séduction produit des effets en ce qui concerne les personnes âgées. Se voyant progressivement déniées les droits d'investir un tel marché par le biais d'un imaginaire attribuant à chaque période de la vie un rapport à la séduction – séduction active et expériences variées, puis mise en couple et fondation d'une famille et enfin éloignement progressif des pratiques de séduction – les personnes âgées se voient ainsi symboliquement (et sans doute également physiquement) exclues des espaces où le corps peut fonctionner comme un « capital de séduction » à part entière. Les mécanismes de cette exclusion se fondent sur une violence symbolique imposant cette dernière comme seule manière valable et légitime d'être traité pour celles et ceux qui la subissent[385], ce qu'exprime l'expression « ce n'est plus de mon âge ». Combinés, ces deux processus réduisent la pression à la minceur qui s'exerce sur les individus à mesure qu'ils avancent en âge.

[383] Par cette conceptualisation de l'âge, Rennes (2019a, 2019b) s'éloigne d'une catégorisation en âge biologique et âge social, puisque cette distinction ne permet pas de pleinement rendre compte de l'influence du social sur le biologique.
[384] Ce sont bien là des représentations fréquemment associées à la vieillesse, sens commun éludant la diversité des activités des plus de 60 ans, telles que l'engagement associatif ou le bénévolat.
[385] « La définition dominante du corps et de ses usages n'exerce son effet spécifique de dépossession que si elle est méconnue comme telle, donc reconnue, fût-ce à travers la honte corporelle ou culturelle » (Bourdieu 1977, p. 53).

Annexe n°4 : Répartition des classes de corpulence selon des variables socio-démographiques (%age colonne)

	Maigreur[1] N=562	Corpulence normale[1] N=5 647	Surpoids N=2 860	Obésité N=1 112	p-value[2]
Sexe					<0.001
Femme	72.7%	54.2%	39.8%	49.0%	
Homme	27.3%	45.8%	60.2%	51.0%	
Diplôme					<0.001
< CAP	43.7%	27.3%	27.8%	31.3%	
CAP/BEP	11.2%	19.6%	26.8%	30.9%	
Bac	18.7%	19.3%	16.3%	16.5%	
Bac +2/+3	18.0%	21.8%	19.5%	16.1%	
> Bac+3	8.3%	12.0%	9.7%	5.1%	
Classe d'âge					<0.001
15-24	40.1%	18.7%	5.6%	5.2%	
25-34	12.7%	16.2%	10.7%	10.3%	
35-44	9.7%	16.2%	16.5%	16.4%	
45-54	10.4%	14.6%	19.0%	18.9%	
55-64	8.2%	12.7%	19.0%	18.2%	
65-74	7.9%	11.5%	15.7%	18.8%	
> 74	11.0%	10.1%	13.5%	12.3%	
Classes sociales					<0.001
Classes populaires	53.3%	47.5%	49.7%	61.1%	
Classes moyennes	24.5%	29.3%	28.6%	26.3%	
Classes supérieures	20.8%	21.0%	19.1%	10.2%	
Autres	1.4%	2.1%	2.6%	2.4%	
Situation familiale					<0.001
Seul sans enfant	41.9%	28.5%	22.1%	22.4%	
Seul avec enfant(s)	24.1%	13.6%	8.4%	8.1%	
En couple sans enfant	16.8%	31.1%	37.0%	38.9%	
En couple avec enfant(s)	17.2%	26.8%	32.5%	30.6%	
Décile de revenu disponible					<0.001
Decile_1	5.7%	5.4%	5.7%	6.0%	
Decile_2	6.6%	6.2%	6.6%	8.8%	
Decile_3	6.6%	6.8%	6.2%	6.5%	
Decile_4	6.5%	7.9%	9.1%	10.1%	
Decile_5	9.6%	8.2%	9.8%	11.5%	
Decile_6	11.1%	9.9%	10.5%	13.2%	
Decile_7	11.4%	11.9%	11.9%	11.0%	
Decile_8	11.6%	13.1%	13.4%	13.1%	
Decile_9	14.5%	14.6%	13.7%	12.0%	
Decile_10	16.5%	15.9%	13.1%	7.8%	
Lieu de résidence					0.003
Moins de 2000 hab.	18.4%	21.1%	23.4%	23.7%	
Entre 2000 et 100 000 hab.	28.5%	30.7%	32.0%	34.3%	
Plus de 100 000 hab.	53.1%	48.2%	44.6%	41.9%	

[1] %

[2] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 5,1% des personnes obèses ont un diplôme supérieur à bac+3, contre 12,0% des personnes de corpulence normale.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Annexe n°5 : Critères de choix du précédent spécialiste selon la classe de corpulence

	Maigreur N = 20	Corpulence normale N = 568	Surpoids N = 483	Obésité N = 275	p-value
Proximité géographique					0.6
Oui	43.1%	33.9%	33.4%	30.1%	
Non	56.9%	66.1%	66.6%	69.9%	
Rapidité de rendez-vous					0.7
Oui	42.4%	33.4%	30.7%	32.2%	
Non	57.6%	66.6%	69.3%	67.8%	
Conseillé par le médecin traitant					<0.001
Oui	14.8%	48.9%	57.6%	58.0%	
Non	85.2%	51.1%	42.4%	42.0%	
Conseillé par un autre professionnel de santé					0.019
Oui	26.4%	23.7%	15.2%	18.6%	
Non	73.6%	76.3%	84.8%	81.4%	
Conseillé par l'entourage					0.066
Oui	23.8%	19.8%	20.8%	12.3%	
Non	76.2%	80.2%	79.2%	87.7%	
Ne pratique pas de dépassement d'honoraire					>0.9
Oui	16.3%	13.2%	14.4%	13.8%	
Non	83.7%	86.8%	85.6%	86.2%	
Pratique moins de dépassement d'honoraires que d'autres					0.8
Oui	0.0%	2.2%	2.7%	3.3%	
Non	100.0%	97.8%	97.3%	96.7%	
Pratique le tiers-payant					0.8
Oui	9.8%	11.2%	12.6%	13.2%	
Non	90.2%	88.8%	87.4%	86.8%	
Pour sa réputation					0.6
Oui	46.3%	51.3%	55.1%	55.1%	
Non	53.7%	48.7%	44.9%	44.9%	
Travaille en groupe avec d'autres professionnels de santé					0.4
Oui	40.8%	23.5%	23.2%	25.4%	
Non	59.2%	76.5%	76.8%	74.6%	

Lecture : 58,0% des personnes obèses ont accordé de l'importance aux conseils de leur médecin traitant lors du choix du dernier spécialiste consulté.
Champ : Individus ayant déclaré un problème de santé chronique, second contact, 1 534 individus.
Source : ESPS 2014

Annexe n°6 : Critères de choix d'une hospitalisation future selon la classe de corpulence

	Maigreur N = 150	Corpulence normale N = 3 814	Surpoids N = 2 490	Obésité N = 1 291	p-value[1]
Proximité géographique					0.2
Oui	54.0%	48.6%	46.0%	47.9%	
Non	46.0%	51.4%	54.0%	52.1%	
Présence d'un médecin déjà vu					0.7

Oui	34.6%	36.0%	34.7%	34.1%	
Non	65.4%	64.0%	65.3%	65.9%	
Conseillé par le médecin traitant					0.7
Oui	69.7%	72.7%	71.6%	71.3%	
Non	30.3%	27.3%	28.4%	28.7%	
Conseillé par l'entourage					<0.001
Oui	36.4%	35.9%	28.9%	22.4%	
Non	63.6%	64.1%	71.1%	77.6%	
Réputation					<0.001
Oui	60.4%	60.9%	57.6%	53.5%	
Non	39.6%	39.1%	42.4%	46.5%	
Délai d'attente					0.002
Oui	28.7%	33.9%	30.2%	28.2%	
Non	71.3%	66.1%	69.8%	71.8%	
Lieu d'hospitalisation précédente					0.090
Oui	42.1%	43.7%	45.2%	48.1%	
Non	57.9%	56.3%	54.8%	51.9%	
Ne sait pas					0.5
Oui	0.0%	0.6%	0.4%	0.5%	
Non	100.0%	99.4%	99.6%	99.5%	
Type d'établissement					0.013
Hôpital public	35.8%	30.1%	30.3%	33.1%	
Clinique privée	9.4%	13.8%	15.8%	16.7%	
Pas d'importance	54.8%	56.0%	53.9%	50.3%	

[2] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 22,4% des personnes obèses choisiraient leur lieu d'hospitalisation future sur les conseils de leur entourage contre 35,9% des personnes normopondérées.
Champ : Second contact (7 745 individus).
Source : ESPS 2014.

Annexe n°7 : Variables actives de l'ACM sur les personnes obèses et répartition selon les groupes de la CAH

	1 **N = 1,527**	**2** **N = 399**	**3** **N = 419**
Renoncer à un soin pour raisons financières (12 mois)			
Oui	243 (29%)	95 (38%)	55 (26%)
Non	592 (71%)	153 (62%)	155 (74%)
Unknown	692	151	209
Renoncer à un soin, distance (12 mois)			
Oui	28 (3.4%)	17 (6.9%)	2 (1.0%)
Non	807 (97%)	231 (93%)	208 (99%)
Unknown	692	151	209
Renoncer à un soin, délai (12 mois)			
Oui	129 (15%)	29 (12%)	34 (16%)
Non	706 (85%)	219 (88%)	176 (84%)
Unknown	692	151	209
Recours aide domicile (12 mois)			
Oui	138 (9.1%)	146 (37%)	27 (6.5%)
Non	1,374 (91%)	248 (63%)	389 (94%)
Unknown	15	5	3
Dernière consult. dentiste			
- de 6 mois	513 (34%)	119 (30%)	83 (20%)
Entre 6 et 12 mois	347 (23%)	69 (17%)	72 (17%)
12 mois et +	646 (43%)	189 (48%)	200 (48%)
Jamais	13 (0.9%)	18 (4.6%)	62 (15%)

Unknown	8	4	2
Dernière consult. généraliste			
- de 12 mois	1,460 (96%)	396 (100%)	301 (72%)
+ de 12 mois	61 (4.0%)	0 (0%)	101 (24%)
Jamais	0 (0%)	0 (0%)	14 (3.4%)
Unknown	6	3	3
Dernière consult. spécialiste			
- de 12 mois	776 (52%)	296 (76%)	130 (32%)
+ de 12 mois	580 (39%)	81 (21%)	170 (42%)
Jamais	129 (8.7%)	15 (3.8%)	108 (26%)
Unknown	42	7	11
Dernière cholestérolémie			
- de 12 mois	1,115 (74%)	342 (89%)	32 (7.7%)
Entre 1 et 2 ans	335 (22%)	30 (7.8%)	13 (3.1%)
Entre 2 et 3 ans	14 (0.9%)	8 (2.1%)	91 (22%)
Entre 3 et 5 ans	5 (0.3%)	1 (0.3%)	59 (14%)
5 ans ou plus	1 (<0.1%)	2 (0.5%)	51 (12%)
Jamais	30 (2.0%)	3 (0.8%)	168 (41%)
Unknown	27	13	5
Dernière coloscopie			
- de 12 mois	82 (5.5%)	33 (8.7%)	9 (2.2%)
Entre 1 et 2 ans	80 (5.4%)	31 (8.2%)	10 (2.4%)
Entre 2 et 3 ans	87 (5.9%)	23 (6.1%)	9 (2.2%)
Entre 3 et 5 ans	93 (6.3%)	24 (6.3%)	13 (3.2%)
5 ans ou plus	155 (10%)	51 (13%)	26 (6.3%)
Jamais	981 (66%)	216 (57%)	344 (84%)
Unknown	49	21	8
Dernier frottis (F)			
- de 12 mois	217 (27%)	39 (19%)	33 (18%)
Entre 1 et 2 ans	186 (23%)	27 (13%)	33 (18%)
Entre 2 et 3 ans	79 (9.9%)	17 (8.1%)	17 (9.4%)
Entre 3 et 5 ans	70 (8.8%)	13 (6.2%)	16 (8.8%)
5 ans ou plus	159 (20%)	75 (36%)	36 (20%)
Jamais	89 (11%)	39 (19%)	46 (25%)
Unknown	727	189	238
Dernière mesure glycémie			
- de 12 mois	1,141 (76%)	346 (89%)	36 (8.7%)
Entre 1 et 2 ans	307 (20%)	30 (7.8%)	14 (3.4%)
Entre 2 et 3 ans	18 (1.2%)	7 (1.8%)	90 (22%)
Entre 3 et 5 ans	4 (0.3%)	0 (0%)	63 (15%)
5 ans ou plus	1 (<0.1%)	1 (0.3%)	53 (13%)
Jamais	33 (2.2%)	3 (0.8%)	158 (38%)
Unknown	23	12	5
Dernière recherche de sang dans les selles			
- de 12 mois	235 (16%)	77 (20%)	20 (4.9%)
Entre 1 et 2 ans	209 (14%)	57 (15%)	23 (5.6%)
Entre 2 et 3 ans	87 (5.9%)	21 (5.5%)	15 (3.7%)
Entre 3 et 5 ans	50 (3.4%)	22 (5.8%)	7 (1.7%)
5 ans ou plus	82 (5.6%)	42 (11%)	22 (5.4%)
Jamais	811 (55%)	160 (42%)	323 (79%)
Unknown	53	20	9
Dernière mammographie (F)			
- de 12 mois	224 (28%)	56 (26%)	18 (9.8%)
Entre 1 et 2 ans	201 (25%)	45 (21%)	26 (14%)
Entre 2 et 3 ans	82 (10%)	21 (9.7%)	16 (8.7%)
Entre 3 et 5 ans	35 (4.3%)	16 (7.4%)	8 (4.3%)
5 ans ou plus	70 (8.6%)	38 (18%)	19 (10%)
Jamais	202 (25%)	40 (19%)	97 (53%)
Unknown	713	183	235
Dernière prise tension art.			
- de 12 mois	1,409 (93%)	388 (98%)	200 (48%)
Entre 1 et 2 ans	104 (6.9%)	2 (0.5%)	53 (13%)
Entre 2 et 3 ans	1 (<0.1%)	2 (0.5%)	36 (8.7%)
Entre 3 et 5 ans	0 (0%)	0 (0%)	21 (5.0%)
5 ans ou plus	0 (0%)	0 (0%)	26 (6.3%)
Jamais	2 (0.1%)	2 (0.5%)	80 (19%)
Unknown	11	5	3
Hospitalisation 12 der. mois avec nuit			
Oui	206 (14%)	132 (34%)	34 (8.1%)
Non	1,313 (86%)	262 (66%)	384 (92%)
Unknown	8	5	1

Hospitalisation 12 der. mois sans nuit			
Oui	227 (15%)	111 (29%)	39 (9.4%)
Non	1,288 (85%)	278 (71%)	375 (91%)
Unknown	12	10	5
Consultation kiné 12 der. mois			
Oui	299 (20%)	110 (28%)	34 (8.3%)
Non	1,193 (80%)	276 (72%)	378 (92%)
Unknown	35	13	7
Consultation professionnel santé mentale 12 der. mois			
Oui	94 (6.5%)	31 (8.6%)	15 (3.7%)
Non	1,352 (93%)	331 (91%)	389 (96%)
Unknown	81	37	15
Déjà bénéficié d'éducation thérapeutique			
Oui, en hopitâl ou clinique	8 (1.8%)	46 (20%)	0 (0%)
Oui, ailleurs	48 (11%)	10 (4.4%)	2 (3.9%)
Oui, les deux	0 (0%)	2 (0.9%)	0 (0%)
Non	400 (88%)	170 (75%)	49 (96%)
Unknown	1,071	171	368
Si problème de santé chronique, par qui est fait le suivi			
Un ou des spécialiste(s)	155 (34%)	101 (44%)	19 (37%)
Un généraliste	282 (62%)	127 (56%)	31 (61%)
Pas suivi	19 (4.2%)	0 (0%)	1 (2.0%)
Unknown	1,071	171	368
Limitation depuis au moins 6 mois dans des activités habituelles (2nd contact)			
Oui, fortement	39 (4.7%)	134 (54%)	7 (3.3%)
Oui, mais pas fortement	222 (27%)	68 (27%)	28 (13%)
Non	572 (69%)	46 (19%)	174 (83%)
Unknown	694	151	210
Limitation depuis au moins 6 mois dans des activités habituelles (livret)			
Oui, fortement	93 (6.2%)	233 (59%)	10 (2.4%)
Oui, mais pas fortement	456 (30%)	116 (29%)	59 (14%)
Non	951 (63%)	47 (12%)	342 (83%)
Unknown	27	3	8
Absence du travail pour raison de santé 12 der. mois			
Oui	216 (35%)	33 (73%)	58 (26%)
Non	396 (65%)	12 (27%)	161 (74%)
Unknown	915	354	200
Problème de santé chronique			
Oui	802 (55%)	360 (92%)	95 (24%)
Non	655 (45%)	33 (8.4%)	306 (76%)
Unknown	70	6	18
Douleur physique limitante dans les 4 der. semaines			
Pas du tout	681 (46%)	34 (8.9%)	267 (65%)
Un petit peu	385 (26%)	65 (17%)	82 (20%)
Moyennement	302 (20%)	103 (27%)	47 (12%)
Beaucoup	94 (6.3%)	118 (31%)	10 (2.5%)
Enormément	25 (1.7%)	63 (16%)	2 (0.5%)
Unknown	40	16	11
Sur 5 activités habituelles, nombre de difficulté à les réaliser			
Aucune difficulté	1,480 (98%)	181 (46%)	407 (99%)
1 difficulté	16 (1.1%)	68 (17%)	4 (1.0%)
2 difficulté	11 (0.7%)	42 (11%)	1 (0.2%)
3 difficulté	2 (0.1%)	47 (12%)	1 (0.2%)
4 difficulté	1 (<0.1%)	37 (9.4%)	0 (0%)
5 difficulté	0 (0%)	20 (5.1%)	0 (0%)
Unknown	17	4	6
Sur 7 activités habituelles, nombre de difficulté à les réaliser			
Aucune diff	1,126 (74%)	73 (19%)	346 (84%)
1 difficulté	226 (15%)	41 (10%)	47 (11%)
2 difficulté	102 (6.7%)	33 (8.4%)	8 (1.9%)
3 difficulté	41 (2.7%)	61 (15%)	9 (2.2%)
4 difficulté	18 (1.2%)	65 (16%)	1 (0.2%)

5 difficulté	0 (0%)	54 (14%)	3 (0.7%)
6 difficulté	0 (0%)	31 (7.9%)	0 (0%)
7 difficulté	0 (0%)	36 (9.1%)	0 (0%)
Unknown	14	5	5
Asthme 12 der. mois			
Oui	180 (12%)	127 (32%)	32 (8.1%)
Non	1,284 (88%)	270 (68%)	361 (92%)
Unknown	63	2	26
Bronchite 12 der. mois			
Oui	90 (6.1%)	79 (20%)	15 (3.8%)
Non	1,374 (94%)	318 (80%)	378 (96%)
Unknown	63	2	26
Infarctus 12 der. mois			
Oui	0 (0%)	41 (10%)	1 (0.3%)
Non	1,464 (100%)	356 (90%)	392 (100%)
Unknown	63	2	26
Pathologie artère coronaire 12 der. mois			
Oui	8 (0.5%)	64 (16%)	3 (0.8%)
Non	1,456 (99%)	333 (84%)	390 (99%)
Unknown	63	2	26
Hypertension 12 der. mois			
Oui	465 (32%)	212 (53%)	36 (9.2%)
Non	999 (68%)	185 (47%)	357 (91%)
Unknown	63	2	26
AVC 12 der. mois			
Oui	1 (<0.1%)	37 (9.3%)	1 (0.3%)
Non	1,463 (100%)	360 (91%)	392 (100%)
Unknown	63	2	26
Arthrose 12 der. mois			
Oui	460 (31%)	245 (62%)	38 (9.7%)
Non	1,004 (69%)	152 (38%)	355 (90%)
Unknown	63	2	26
Lombalgie 12 der. mois			
Oui	513 (35%)	217 (55%)	93 (24%)
Non	951 (65%)	180 (45%)	300 (76%)
Unknown	63	2	26
Affection cervicale 12 der. mois			
Oui	246 (17%)	118 (30%)	36 (9.2%)
Non	1,218 (83%)	279 (70%)	357 (91%)
Unknown	63	2	26
Diabète 12 der. mois			
Oui	317 (22%)	177 (45%)	29 (7.4%)
Non	1,147 (78%)	220 (55%)	364 (93%)
Unknown	63	2	26
Allergie 12 der. mois			
Oui	185 (13%)	75 (19%)	45 (11%)
Non	1,279 (87%)	322 (81%)	348 (89%)
Unknown	63	2	26
Cirrhose 12 der. mois			
Oui	0 (0%)	0 (0%)	4 (1.0%)
Non	1,464 (100%)	397 (100%)	389 (99%)
Unknown	63	2	26
Pathologie urinaire 12 der. mois			
Oui	106 (7.2%)	85 (21%)	13 (3.3%)
Non	1,358 (93%)	312 (79%)	380 (97%)
Unknown	63	2	26
Pathologie rénale 12 der. mois			
Oui	37 (2.5%)	19 (4.8%)	6 (1.5%)
Non	1,427 (97%)	378 (95%)	387 (98%)
Unknown	63	2	26
Dépression 12 der. mois			
Oui	96 (6.6%)	62 (16%)	16 (4.1%)
Non	1,368 (93%)	335 (84%)	377 (96%)
Unknown	63	2	26
Autre pathologie 12 der. mois			
Oui	159 (11%)	81 (20%)	19 (4.8%)
Non	1,305 (89%)	316 (80%)	374 (95%)
Unknown	63	2	26
Aucune maladie 12 der. mois			
Oui	304 (21%)	8 (2.0%)	173 (44%)
Non	1,160 (79%)	389 (98%)	220 (56%)
Unknown	63	2	26
Symptômes dépressifs			

Oui	89 (6.4%)	109 (32%)	19 (4.9%)
Non	1,301 (94%)	234 (68%)	371 (95%)
Unknown	137	56	29
Pas d'emploi pour raison de santé			
Oui	70 (25%)	19 (36%)	3 (2.7%)
Non	209 (75%)	34 (64%)	107 (97%)
Unknown	1,248	346	309
Nombre de problème de santé chronique			
0	48 (11%)	16 (7.0%)	4 (7.8%)
1	322 (71%)	107 (47%)	38 (75%)
2	79 (17%)	44 (19%)	7 (14%)
3	5 (1.1%)	30 (13%)	2 (3.9%)
4	0 (0%)	19 (8.3%)	0 (0%)
5	0 (0%)	9 (3.9%)	0 (0%)
6	2 (0.4%)	0 (0%)	0 (0%)
7	0 (0%)	2 (0.9%)	0 (0%)
8	0 (0%)	1 (0.4%)	0 (0%)
Unknown	1,071	171	368

Lecture : 74% des individus du groupe 1 ont réalisé une cholestérolémie il y a moins de 12 mois contre 89% des individus du groupe 2 et 7,7% des individus du groupe 3.
Champ : Individus obèses de l'enquête (2 345 individus).
Source : ESPS 2014.

Annexe n°8 : Dernière consultation chez le généraliste chez les personnes obèses selon la position sociale

	- de 12 mois	+ de 12 mois	Jamais	p-value[1]
Sexe				<0.001
Femme	95.1%	4.5%	0.4%	
Homme	89.3%	10.1%	0.5%	
Diplôme				<0.001
< CAP	95.2%	4.5%	0.3%	
CAP/BEP	92.2%	7.3%	0.5%	
Bac	92.5%	6.9%	0.6%	
Bac +2/+3	89.7%	10.3%	0.0%	
> Bac+3	75.3%	21.4%	3.3%	
Autre / NSP	82.3%	17.7%	0.0%	
Classe d'âge				<0.001
15-24	87.7%	11.1%	1.1%	
25-34	82.1%	17.9%	0.0%	
35-44	87.5%	11.8%	0.8%	
45-54	91.9%	7.4%	0.7%	
55-64	91.8%	7.7%	0.6%	
65-74	97.3%	2.3%	0.4%	
> 74	99.8%	0.2%	0.0%	
Classe sociale				<0.001
Classes populaires	93.4%	6.4%	0.2%	
Classes moyennes	90.8%	8.7%	0.4%	
Classes supérieures	88.6%	9.1%	2.3%	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	96.8%	2.0%	1.2%	
Situation familiale				0.002
Personne seule	95.1%	4.9%	0.0%	
Famille monoparentale	90.2%	9.6%	0.2%	
Couple sans enfant	94.0%	5.5%	0.5%	
Couple avec enfant(s)	88.6%	10.5%	0.9%	
Autre	94.6%	5.4%	0.0%	
Revenu net par unité de consommation				0.4
1er quintile (<952€)	93.3%	6.1%	0.6%	

2ème quintile (952-1329€)	93.9%	5.6%	0.6%
3ème quintile (1330-1679€)	90.8%	9.2%	0.0%
4ème quintile (1680-2221€)	93.4%	6.1%	0.4%
5ème quintile (>2221€)	90.6%	8.8%	0.7%

[7] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 95,1% des femmes obèses ont consulté un généraliste il y a moins de 12 mois contre 89,3% des hommes obèses.
Champ : Individus obèses de l'enquête (2 345 individus).
Source : ESPS 2014.

Annexe n°9 : Parmi les personnes obèses, dernière mesure de glycémie

	- de 12 mois	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 3 ans	Entre 3 et 5 ans	5 ans ou plus	Jamais	p-value[7]
Sexe							0.003
Femme	68.8%	15.9%	4.5%	3.3%	2.0%	5.4%	
Homme	64.9%	13.7%	5.4%	2.9%	3.4%	9.6%	
Diplôme							<0.001
< CAP	75.1%	11.5%	3.5%	1.6%	2.3%	6.0%	
CAP/BEP	64.6%	17.2%	4.4%	3.3%	2.4%	8.2%	
Bac	65.5%	14.8%	5.9%	4.5%	2.3%	6.9%	
Bac +2/+3	58.6%	18.4%	7.8%	3.9%	2.9%	8.3%	
> Bac+3	50.5%	18.8%	10.3%	5.5%	10.3%	4.6%	
Autre / NSP	68.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	17.7%	
Classe d'âge							<0.001
15-24	34.6%	18.0%	8.3%	7.4%	0.0%	31.7%	
25-34	44.0%	21.0%	7.4%	3.4%	4.7%	19.5%	
35-44	47.2%	19.2%	9.1%	4.2%	6.7%	13.6%	
45-54	58.6%	19.3%	6.5%	5.9%	3.3%	6.4%	
55-64	74.3%	13.7%	3.7%	3.0%	1.8%	3.4%	
65-74	82.0%	10.8%	3.1%	1.4%	0.8%	2.0%	
> 74	87.3%	8.6%	0.8%	0.0%	1.6%	1.7%	
Classe sociale							0.024
Classes populaires	67.0%	14.5%	4.5%	2.9%	2.5%	8.6%	
Classes moyennes	70.2%	14.7%	5.0%	3.4%	2.6%	4.2%	
Classes supérieures	62.7%	18.1%	7.8%	2.8%	4.9%	3.8%	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	65.9%	14.1%	2.9%	4.1%	0.0%	13.0%	
Situation familiale							<0.001
Personne seule	73.9%	12.7%	2.6%	2.5%	2.8%	5.5%	
Famille monoparentale	53.6%	15.8%	9.1%	6.7%	6.6%	8.2%	
Couple sans enfant	76.3%	14.1%	3.5%	1.8%	1.3%	3.0%	
Couple avec enfant(s)	53.6%	18.2%	7.3%	4.5%	3.4%	13.1%	
Autre	64.1%	7.8%	6.8%	1.7%	2.0%	17.6%	
Revenu net par unité de consommation							<0.001
1er quintile (<952€)	65.2%	12.5%	4.7%	3.0%	2.8%	11.8%	
2ème quintile (952-1329€)	65.4%	15.2%	4.0%	1.7%	3.2%	10.5%	
3ème quintile (1330-1679€)	68.1%	16.6%	4.5%	4.0%	1.4%	5.4%	
4ème quintile (1680-2221€)	69.2%	18.4%	4.0%	3.0%	2.8%	2.6%	

5ème quintile (>2221€)	64.9%	15.0%	8.4%	4.1%	3.9%	3.6%	

[7] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 5,4% des femmes obèses n'ont jamais réalisé de mesure de glycémie 9,6% des hommes obèses.
Champ : Individus obèses de l'enquête (2 345 individus).
Source : ESPS 2014.

Annexe n°10 : Parmi les personnes obèses, dernière mesure de cholestérolémie

	- de 12 mois	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 3 ans	Entre 3 et 5 ans	5 ans ou plus	Jamais	p-value[7]
Sexe							0.022
Femme	65.9%	18.1%	4.6%	3.0%	1.8%	6.7%	
Homme	64.8%	14.4%	5.3%	2.7%	3.5%	9.4%	
Diplôme							<0.001
< CAP	74.4%	12.7%	3.0%	1.5%	2.1%	6.4%	
CAP/BEP	62.7%	19.4%	5.1%	2.8%	1.9%	8.1%	
Bac	61.1%	17.9%	6.6%	4.9%	1.6%	7.9%	
Bac +2/+3	58.0%	18.4%	7.4%	3.3%	3.7%	9.1%	
> Bac+3	48.1%	18.6%	10.0%	5.5%	12.4%	5.4%	
Autre / NSP	58.3%	24.0%	0.0%	0.0%	0.0%	17.7%	
Classe d'âge							<0.001
15-24	28.8%	18.9%	5.3%	6.0%	1.7%	39.1%	
25-34	37.9%	24.8%	8.3%	3.5%	3.6%	21.9%	
35-44	44.2%	20.9%	9.6%	4.0%	5.2%	16.0%	
45-54	58.2%	21.2%	5.5%	5.3%	3.7%	6.1%	
55-64	74.5%	13.9%	4.1%	3.2%	1.7%	2.5%	
65-74	81.2%	12.9%	2.9%	0.7%	0.8%	1.5%	
> 74	86.1%	8.7%	1.1%	0.2%	2.2%	1.7%	
Classe sociale							0.004
Classes populaires	65.5%	16.3%	4.3%	2.8%	2.1%	9.0%	
Classes moyennes	68.6%	16.0%	5.0%	2.9%	2.6%	4.9%	
Classes supérieures	61.1%	18.1%	8.0%	2.8%	6.2%	3.8%	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	63.2%	13.8%	5.0%	4.1%	0.0%	13.9%	
Situation familiale							<0.001
Personne seule	73.0%	14.6%	2.5%	1.7%	3.2%	5.0%	
Famille monoparentale	49.0%	19.0%	9.2%	5.5%	3.9%	13.4%	
Couple sans enfant	75.5%	14.8%	3.6%	1.8%	1.2%	3.0%	
Couple avec enfant(s)	50.9%	19.6%	7.4%	4.5%	3.4%	14.2%	
Autre	64.6%	11.1%	4.3%	1.7%	3.1%	15.2%	
Revenu net par unité de consommation							<0.001
1er quintile (<952€)	63.2%	14.1%	4.3%	2.3%	2.1%	13.9%	
2ème quintile (952-1329€)	64.5%	17.0%	3.9%	2.2%	2.8%	9.7%	
3ème quintile (1330-1679€)	67.5%	16.4%	4.5%	4.2%	0.9%	6.6%	
4ème quintile (1680-2221€)	66.6%	19.7%	5.7%	2.0%	3.2%	2.9%	
5ème quintile (>2221€)	62.6%	17.3%	7.4%	4.3%	4.6%	3.8%	

[7] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 6,7% des femmes obèses n'ont jamais réalisé de cholestérolémie contre 9,4% des hommes obèses.
Champ : Individus obèses de l'enquête (2 345 individus).
Source : ESPS 2014.

Annexe n°11 : Parmi les personnes obèses, dernière prise de tension artérielle

	- de 12 mois	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 3 ans	Entre 3 et 5 ans	5 ans ou plus	Jamais	p-value[2]
Sexe							0.002
Femme	89.5%	5.5%	1.4%	0.4%	0.7%	2.5%	
Homme	83.2%	7.9%	2.7%	1.3%	1.5%	3.3%	
Diplôme							<0.001
< CAP	90.6%	3.7%	1.6%	0.4%	0.9%	2.8%	
CAP/BEP	84.0%	8.6%	1.7%	1.2%	1.0%	3.6%	
Bac	87.2%	9.1%	0.5%	0.6%	0.8%	1.8%	
Bac +2/+3	84.8%	8.1%	2.7%	1.1%	0.4%	3.0%	
> Bac+3	74.9%	9.1%	7.8%	2.0%	5.6%	0.5%	
Autre / NSP	82.3%	12.1%	0.0%	5.5%	0.0%	0.0%	
Classe d'âge							<0.001
15-24	68.3%	12.2%	2.5%	2.1%	1.6%	13.3%	
25-34	67.1%	16.6%	5.7%	0.3%	2.5%	7.8%	
35-44	73.9%	10.8%	3.3%	2.1%	2.8%	7.1%	
45-54	84.5%	8.6%	2.3%	1.4%	1.0%	2.1%	
55-64	91.6%	5.2%	1.3%	0.8%	0.3%	0.7%	
65-74	95.7%	2.2%	0.9%	0.2%	0.8%	0.2%	
> 74	98.2%	0.8%	0.2%	0.0%	0.0%	0.8%	
Classe sociale							0.2
Classes populaires	86.9%	5.8%	1.9%	1.0%	1.0%	3.4%	
Classes moyennes	87.1%	8.0%	2.1%	0.4%	0.7%	1.8%	
Classes supérieures	84.2%	8.1%	2.6%	1.5%	2.4%	1.1%	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	88.5%	6.3%	1.6%	0.0%	0.0%	3.6%	
Situation familiale							<0.001
Personne seule	91.3%	4.7%	1.8%	0.9%	0.4%	0.9%	
Famille monoparentale	82.3%	8.3%	4.5%	0.8%	1.7%	2.4%	
Couple sans enfant	92.7%	4.1%	1.4%	0.7%	0.7%	0.5%	
Couple avec enfant(s)	76.7%	11.0%	2.3%	0.9%	1.9%	7.2%	
Autre	82.6%	5.3%	1.1%	1.7%	2.0%	7.3%	
Revenu net par unité de consommation							0.002
1er quintile (<952€)	84.3%	6.4%	2.0%	0.3%	1.3%	5.6%	
2ème quintile (952-1329€)	86.9%	6.6%	1.3%	0.3%	2.0%	2.8%	
3ème quintile (1330-1679€)	85.5%	7.3%	2.5%	1.6%	0.8%	2.3%	
4ème quintile (1680-2221€)	89.6%	7.0%	0.8%	1.4%	0.4%	0.8%	
5ème quintile (>2221€)	88.5%	5.9%	3.6%	0.6%	0.4%	0.9%	

[2] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 89,5% des femmes obèses ont réalisé une prise de tension artérielle il y a moins de 12 mois contre 83,2% des hommes obèses.
Champ : Individus obèses de l'enquête (2 345 individus).

Source : ESPS 2014.

Annexe n°12 : En population générale, choisir l'hôpital d'une future hospitalisation par réputation

	Oui	Non	p-value[7]
Sexe			0.6
Femme	60.0%	40.0%	
Homme	60.7%	39.3%	
Niveau de diplôme			<0.001
< CAP	47.0%	53.0%	
CAP/BEP	60.7%	39.3%	
Bac	64.6%	35.4%	
Bac +2/+3	69.1%	30.9%	
> Bac+3	73.5%	26.5%	
Autre / NSP	74.0%	26.0%	
Classe de corpulence			<0.001
Corpulence normale	60.9%	39.1%	
Surpoids	57.6%	42.4%	
Obésité	53.5%	46.5%	
Maigreur	60.4%	39.6%	
Classe d'âge			<0.001
15-24	64.1%	35.9%	
25-34	64.1%	35.9%	
35-44	68.0%	32.0%	
45-54	69.9%	30.1%	
55-64	68.0%	32.0%	
65-74	50.3%	49.7%	
> 74	33.3%	66.7%	
Classe sociale			<0.001
Classes populaires	55.8%	44.2%	
Classes moyennes	64.4%	35.6%	
Classes supérieures	70.2%	29.8%	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	51.7%	48.3%	
Situation familiale			<0.001
Personne seule	53.0%	47.0%	
Famille monoparentale	58.3%	41.7%	
Couple sans enfant	62.0%	38.0%	
Couple avec enfant(s)	69.0%	31.0%	
Autre	52.0%	48.0%	
Revenu net par unité de consommation			<0.001
1er quintile (<952€)	49.1%	50.9%	
2ème quintile (952-1329€)	54.2%	45.8%	
3ème quintile (1330-1679€)	60.7%	39.3%	
4ème quintile (1680-2221€)	67.5%	32.5%	
5ème quintile (>2221€)	71.3%	28.7%	

[2] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 47,0% des personnes ayant un diplôme inférieur au CAP choisiraient leur lieu d'hospitalisation future par réputation contre 73,5% des personnes ayant plus d'un bac+3.
Champ : Second contact (7 745 individus).
Source : ESPS 2014.

Annexe n°13 : Parmi les personnes obèses, choisir l'hôpital de la prochaine hospitalisation par réputation

	Oui	Non	p-value[7]
Sexe			0.5
Femme	52.6%	47.4%	
Homme	54.8%	45.2%	
Diplôme			<0.001
< CAP	44.3%	55.7%	
CAP/BEP	54.7%	45.3%	
Bac	65.1%	34.9%	
Bac +2/+3	65.7%	34.3%	
> Bac+3	66.5%	33.5%	
Autre / NSP	100.0%	0.0%	
Classe d'âge			<0.001
15-24	50.6%	49.4%	
25-34	56.5%	43.5%	
35-44	62.9%	37.1%	
45-54	66.3%	33.7%	
55-64	57.9%	42.1%	
65-74	45.4%	54.6%	
> 74	37.7%	62.3%	
Classe sociale			0.023
Classes populaires	50.0%	50.0%	
Classes moyennes	59.6%	40.4%	
Classes supérieures	60.2%	39.8%	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	47.0%	53.0%	
Situation familiale			0.012
Personne seule	47.8%	52.2%	
Famille monoparentale	49.8%	50.2%	
Couple sans enfant	57.0%	43.0%	
Couple avec enfant(s)	60.2%	39.8%	
Autre	45.8%	54.2%	
Revenu net par unité de consommation			<0.001
1er quintile (<952€)	46.3%	53.7%	
2ème quintile (952-1329€)	48.6%	51.4%	
3ème quintile (1330-1679€)	53.2%	46.8%	
4ème quintile (1680-2221€)	62.5%	37.5%	
5ème quintile (>2221€)	68.5%	31.5%	

[2] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 44,3% des personnes obèses ayant un niveau de diplôme inférieur au CAP prévoient de choisir l'hôpital de leur prochaine hospitalisation par réputation contre 66,5% des personnes ayant plus d'un bac+3.
Champ : Individus obèses de l'enquête (2 345 individus).
Source : ESPS 2014.

Annexe n°14 : En population générale, avoir choisi le spécialiste sur les conseils du médecin traitant

	Oui	Non	p-value[7]
Sexe			0.058
Femme	50.1%	49.9%	
Homme	55.6%	44.4%	
Niveau de diplôme			<0.001
< CAP	57.5%	42.5%	

CAP/BEP	59.5%	40.5%	
Bac	43.8%	56.2%	
Bac +2/+3	45.5%	54.5%	
> Bac+3	38.0%	62.0%	
Autre / NSP	86.5%	13.5%	
Classe de corpulence			<0.001
Corpulence normale	48.9%	51.1%	
Surpoids	57.6%	42.4%	
Obésité	58.0%	42.0%	
Maigreur	14.8%	85.2%	
Classe d'âge			<0.001
15-24	48.4%	51.6%	
25-34	47.0%	53.0%	
35-44	38.9%	61.1%	
45-54	45.3%	54.7%	
55-64	58.8%	41.2%	
65-74	50.4%	49.6%	
> 74	62.6%	37.4%	
Classe sociale			0.006
Classes populaires	54.8%	45.2%	
Classes moyennes	50.8%	49.2%	
Classes supérieures	44.1%	55.9%	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	76.4%	23.6%	
Situation familiale			<0.001
Personne seule	50.8%	49.2%	
Famille monoparentale	40.4%	59.6%	
Couple sans enfant	59.9%	40.1%	
Couple avec enfant(s)	48.2%	51.8%	
Autre	36.9%	63.1%	
Revenu net par unité de consommation			0.6
1er quintile (<952€)	49.8%	50.2%	
2ème quintile (952-1329€)	53.2%	46.8%	
3ème quintile (1330-1679€)	56.1%	43.9%	
4ème quintile (1680-2221€)	51.8%	48.2%	
5ème quintile (>2221€)	49.4%	50.6%	

[2] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 57,5% des personnes ayant un diplôme inférieur au CAP choisiraient leur lieu d'hospitalisation future sur les conseils du médecin traitant contre 38,0% des personnes ayant plus d'un bac+3.
Champ : Second contact (7 745 individus).
Source : ESPS 2014.

Annexe n°15 : Chez les personnes obèses, avoir choisi le spécialiste sur conseil du médecin traitant

	Oui	Non	p-value[7]
Sexe			>0.9
Femme	57.8%	42.2%	
Homme	58.3%	41.7%	
Diplôme			0.3
< CAP	63.4%	36.6%	
CAP/BEP	65.3%	34.7%	
Bac	47.8%	52.2%	
Bac +2/+3	47.6%	52.4%	
> Bac+3	45.0%	55.0%	
Autre / NSP	0.0%	100.0%	

Classe d'âge			0.017
15-24	21.9%	78.1%	
25-34	36.7%	63.3%	
35-44	34.7%	65.3%	
45-54	49.4%	50.6%	
55-64	67.0%	33.0%	
65-74	55.2%	44.8%	
> 74	71.1%	28.9%	
Classe sociale			0.3
Classes populaires	62.1%	37.9%	
Classes moyennes	50.7%	49.3%	
Classes supérieures	49.8%	50.2%	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	76.3%	23.7%	
Situation familiale			0.032
Personne seule	56.4%	43.6%	
Famille monoparentale	48.5%	51.5%	
Couple sans enfant	68.2%	31.8%	
Couple avec enfant(s)	46.9%	53.1%	
Autre	16.3%	83.7%	
Revenu net par unité de consommation			0.5
1er quintile (<952€)	66.9%	33.1%	
2ème quintile (952-1329€)	54.4%	45.6%	
3ème quintile (1330-1679€)	57.3%	42.7%	
4ème quintile (1680-2221€)	54.5%	45.5%	
5ème quintile (>2221€)	68.7%	31.3%	

[1] chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Lecture : 63,4% des personnes obèses ayant un niveau de diplôme inférieur au CAP ont choisi un médecin spécialiste sur les conseils du médecin traitant contre 45,0% des personnes ayant plus d'un bac+3.
Champ : Individus obèses de l'enquête (2 345 individus).
Source : ESPS 2014.

Annexe n°16 : Chez les personnes obèses, régressions ordinales sur la dernière mesure de tension artérielle effectuée

	OR[1]	**95% CI**[1]	**p-value**
Sexe			0.006
Femme	—	—	
Homme	1.65	1.15, 2.35	
Classe sociale			0.11
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	1.19	0.76, 1.87	
Classes supérieures	1.74	0.90, 3.36	
Inactifs n'ayant jamais travaillé	0.36	0.11, 1.12	
Diplôme			0.007
< CAP	—	—	
CAP/BEP	0.81	0.53, 1.22	
Bac	0.44	0.25, 0.76	
Bac +2/+3	0.39	0.21, 0.70	
> Bac+3	0.94	0.41, 2.12	
Autre / NSP	0.66	0.06, 7.45	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	1.87	0.85, 4.11	
35-44	1.20	0.57, 2.54	
45-54	0.66	0.31, 1.41	

55-64	0.41	0.18, 0.93	
65-74	0.26	0.10, 0.68	
> 74	0.10	0.03, 0.38	
Revenu net par unité de consommation			0.5
1er quintile (<952€)	—	—	
2ème quintile (952-1329€)	1.09	0.64, 1.86	
3ème quintile (1330-1679€)	0.90	0.53, 1.52	
4ème quintile (1680-2221€)	0.74	0.43, 1.27	
5ème quintile (>2221€)	0.64	0.34, 1.22	
Situation familiale			>0.9
Personne seule	—	—	
Famille monoparentale	0.87	0.41, 1.86	
Couple sans enfant	0.85	0.48, 1.53	
Couple avec enfant(s)	0.97	0.54, 1.75	
Autre	0.98	0.32, 3.00	
Indicateur d'incapacité	0.93	0.81, 1.07	0.3
Indicateur de morbidité	0.62	0.52, 0.73	<0.001

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : Les hommes obèses ont 1,65 fois plus de chances d'avoir réalisé une prise de tension artérielle moins récemment que les femmes.
Modalités de la régression ordinale : moins de 12 moins ; entre 1 et 2 ans ; entre 2 et 3 ans ; entre 3 et 5 ans ; jamais.
Champ : Individus obèses de l'enquête (2 345 individus).
Source : ESPS 2014.

Annexes du chapitre 6

Annexe n°17 : Régressions logistiques sur les formes de la pratique en population générale

Statut de pratiquant (pratiquer / ne pas pratiquer)

	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Sexe			<0.001
Femme	—	—	
Homme	1.44	1.17, 1.76	
Classe d'IMC			<0.001
Corpulence normale	—	—	
Maigreur	0.64	0.41, 0.99	
Surpoids	0.64	0.50, 0.81	
Obésité	0.32	0.25, 0.42	
Classe sociale			0.002
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	1.52	1.19, 1.95	
Classes supérieures	1.48	1.02, 2.15	
Niveau de diplôme			<0.001
< CAP	—	—	
CAP/BEP	1.19	0.92, 1.55	
Bac	2.07	1.53, 2.79	
Bac +2/+3	2.15	1.50, 3.07	
> Bac+3	4.31	2.44, 7.61	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	0.51	0.31, 0.83	
35-44	0.61	0.37, 1.01	
45-54	0.62	0.39, 0.99	
55-64	0.51	0.33, 0.81	
65-74	0.30	0.20, 0.47	
> 74	0.09	0.06, 0.14	
Niveau de vie (auto-d.)			<0.001
À l'aise	—	—	
Suffisant	0.90	0.65, 1.23	
Juste	0.61	0.43, 0.87	
Difficile	0.29	0.20, 0.43	
Critique	0.33	0.16, 0.67	
Situation familiale			0.061
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	0.66	0.47, 0.93	
En couple sans enfant	1.00	0.77, 1.29	
En couple avec enfant(s)	1.06	0.76, 1.47	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les hommes ont 1,44 fois plus de chances que les femmes d'être pratiquant.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Fréquence de pratique

	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Sexe			<0.001
Femme	—	—	
Homme	1.19	1.09, 1.31	
Classe d'IMC			<0.001
Corpulence normale	—	—	
Maigreur	0.92	0.74, 1.16	
Surpoids	0.87	0.78, 0.96	
Obésité	0.61	0.52, 0.72	
Classe sociale			0.049
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	0.94	0.84, 1.05	
Classes supérieures	0.85	0.75, 0.97	
Niveau de diplôme			0.002
< CAP	—	—	
CAP/BEP	0.82	0.70, 0.96	
Bac	0.85	0.73, 0.98	
Bac +2/+3	1.02	0.88, 1.20	
> Bac+3	1.05	0.88, 1.26	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	0.94	0.77, 1.14	
35-44	0.86	0.71, 1.04	
45-54	1.01	0.84, 1.21	
55-64	1.14	0.95, 1.37	
65-74	1.46	1.21, 1.75	
> 74	1.22	0.97, 1.52	
Niveau de vie (auto-d.)			0.039
À l'aise	—	—	
Suffisant	0.89	0.80, 0.99	
Juste	0.81	0.71, 0.93	
Difficile	0.84	0.66, 1.06	
Critique	1.12	0.69, 1.84	
Situation familiale			<0.001
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	1.08	0.92, 1.27	
En couple sans enfant	0.87	0.76, 0.99	
En couple avec enfant(s)	0.69	0.59, 0.80	
Résidence principale			<0.001
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	1.12	0.99, 1.27	
Plus de 100 000 hab.	1.31	1.16, 1.48	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les hommes ont 1,19 fois plus de chances que les femmes de pratiquer plus fréquemment.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Nombre de pratiques déclarées

	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Sexe			<0.001
Femme	—	—	
Homme	1.32	1.21, 1.45	
Classe d'IMC			<0.001
Corpulence normale	—	—	
Maigreur	0.75	0.61, 0.92	
Surpoids	0.77	0.70, 0.86	
Obésité	0.48	0.41, 0.57	
Classe sociale			<0.001
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	1.62	1.46, 1.80	
Classes supérieures	1.81	1.58, 2.07	
Niveau de diplôme			<0.001
< CAP	—	—	
CAP/BEP	1.19	1.02, 1.38	
Bac	1.44	1.25, 1.65	
Bac +2/+3	1.68	1.45, 1.96	
> Bac+3	1.99	1.66, 2.38	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	0.53	0.44, 0.65	
35-44	0.48	0.39, 0.58	
45-54	0.35	0.29, 0.42	
55-64	0.25	0.21, 0.31	
65-74	0.17	0.14, 0.20	
> 74	0.07	0.06, 0.09	
Niveau de vie (auto-d.)			<0.001
À l'aise	—	—	
Suffisant	0.91	0.81, 1.02	
Juste	0.94	0.82, 1.07	
Difficile	0.57	0.46, 0.71	
Critique	0.54	0.36, 0.81	
Situation familiale			0.029
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	1.20	1.01, 1.42	
En couple sans enfant	1.19	1.04, 1.35	
En couple avec enfant(s)	1.10	0.95, 1.26	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les hommes ont 1,32 fois plus de chances que les femmes de pratiquer un nombre plus élevé d'activités physiques différentes.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Annexe n°18 : Régressions sur les raisons de la non-pratique en population générale

Difficulté à être accepté par les autres

	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Sexe			0.2
Femme	—	—	
Homme	0.82	0.60, 1.13	

Classe d'IMC			<0.001
Corpulence normale	—	—	
Maigreur	0.87	0.47, 1.63	
Surpoids	1.49	1.04, 2.14	
Obésité	2.17	1.46, 3.24	
Classe sociale			0.055
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	0.67	0.46, 0.97	
Classes supérieures	0.66	0.41, 1.04	
Niveau de diplôme			0.8
< CAP	—	—	
CAP/BEP	1.14	0.74, 1.75	
Bac	1.08	0.69, 1.69	
Bac +2/+3	0.88	0.55, 1.40	
> Bac+3	1.16	0.59, 2.28	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	0.72	0.40, 1.29	
35-44	0.56	0.31, 1.01	
45-54	0.52	0.30, 0.91	
55-64	0.37	0.21, 0.67	
65-74	0.29	0.16, 0.53	
> 74	0.35	0.19, 0.63	
Niveau de vie (auto-d.)			0.6
À l'aise	—	—	
Suffisant	1.06	0.64, 1.74	
Juste	1.21	0.70, 2.08	
Difficile	1.45	0.79, 2.66	
Critique	1.77	0.53, 5.86	
Situation familiale			0.9
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	0.96	0.59, 1.58	
En couple sans enfant	0.98	0.66, 1.44	
En couple avec enfant(s)	0.84	0.54, 1.31	
Résidence principale			0.7
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	1.17	0.78, 1.76	
Plus de 100 000 hab.	1.14	0.78, 1.67	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les personnes obèses ont 2,17 fois plus de chances que les personnes normopondérées de déclarer une difficulté à être accepté par les autres comme raison à la non-pratique.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Regard des autres

	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Sexe			0.12
Femme	—	—	
Homme	0.80	0.60, 1.06	
Classe d'IMC			<0.001
Corpulence normale	—	—	
Maigreur	0.56	0.32, 1.00	
Surpoids	1.31	0.92, 1.86	
Obésité	2.57	1.81, 3.63	
Classe sociale			0.3
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	1.08	0.76, 1.54	

Classes supérieures	0.77	0.52, 1.15	
Niveau de diplôme			0.9
< CAP	—	—	
CAP/BEP	0.88	0.59, 1.30	
Bac	0.90	0.59, 1.36	
Bac +2/+3	0.88	0.56, 1.39	
> Bac+3	1.10	0.59, 2.04	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	0.67	0.40, 1.14	
35-44	0.60	0.37, 1.0	
45-54	0.47	0.30, 0.75	
55-64	0.34	0.20, 0.59	
65-74	0.26	0.15, 0.44	
> 74	0.29	0.16, 0.51	
Niveau de vie (auto-d.)			0.067
À l'aise	—	—	
Suffisant	1.50	0.99, 2.27	
Juste	1.52	0.96, 2.41	
Difficile	2.15	1.28, 3.61	
Critique	2.04	0.63, 6.56	
Situation familiale			0.6
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	1.00	0.61, 1.63	
En couple sans enfant	0.80	0.55, 1.15	
En couple avec enfant(s)	0.85	0.57, 1.26	
Résidence principale			0.5
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	1.09	0.77, 1.56	
Plus de 100 000 hab.	1.23	0.86, 1.75	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les personnes obèses ont 2,57 fois plus de chances que les personnes normopondérées de déclarer le regard des autres comme raison à la non-pratique.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

N'arrive pas à s'y mettre

	OR[1]	**95% CI[1]**	**p-value**
Sexe			<0.001
Femme	—	—	
Homme	0.64	0.52, 0.80	
Classe d'IMC			0.020
Corpulence normale	—	—	
Maigreur	0.83	0.54, 1.28	
Surpoids	1.18	0.91, 1.53	
Obésité	1.53	1.14, 2.06	
Classe sociale			0.3
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	1.22	0.93, 1.60	
Classes supérieures	1.11	0.80, 1.54	
Niveau de diplôme			0.2
< CAP	—	—	
CAP/BEP	1.11	0.82, 1.52	
Bac	1.20	0.88, 1.65	
Bac +2/+3	1.45	1.04, 2.02	
> Bac+3	1.12	0.72, 1.75	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	

25-34	0.62	0.42, 0.91	
35-44	0.60	0.42, 0.87	
45-54	0.53	0.37, 0.76	
55-64	0.36	0.23, 0.54	
65-74	0.23	0.15, 0.35	
> 74	0.19	0.12, 0.29	
Niveau de vie (auto-d.)			0.3
À l'aise	—	—	
Suffisant	1.37	1.02, 1.85	
Juste	1.20	0.86, 1.67	
Difficile	1.40	0.93, 2.11	
Critique	1.35	0.49, 3.72	
Situation familiale			0.013
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	1.27	0.87, 1.86	
En couple sans enfant	1.50	1.13, 1.98	
En couple avec enfant(s)	1.54	1.13, 2.11	
Résidence principale			0.044
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	1.13	0.84, 1.52	
Plus de 100 000 hab.	1.40	1.05, 1.85	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les personnes obèses ont 1,53 fois plus de chances que les personnes normopondérées de déclarer ne pas arriver à s'y mettre comme raison à la non-pratique.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Problème de santé

	OR[1]	**95% CI**[1]	**p-value**
Sexe			0.028
Femme	—	—	
Homme	0.77	0.61, 0.97	
Classe d'IMC			<0.001
Corpulence normale	—	—	
Maigreur	0.85	0.51, 1.41	
Surpoids	1.28	0.98, 1.67	
Obésité	2.49	1.84, 3.37	
Classe sociale			0.014
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	0.68	0.51, 0.92	
Classes supérieures	0.65	0.45, 0.94	
Niveau de diplôme			0.8
< CAP	—	—	
CAP/BEP	0.87	0.64, 1.20	
Bac	0.98	0.70, 1.39	
Bac +2/+3	1.06	0.72, 1.57	
> Bac+3	1.06	0.64, 1.74	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	1.13	0.66, 1.96	
35-44	1.54	0.94, 2.50	
45-54	3.41	2.17, 5.36	
55-64	4.26	2.58, 7.04	
65-74	4.27	2.58, 7.07	
> 74	11.2	6.95, 18.1	
Niveau de vie (auto-d.)			<0.001

À l'aise	—	—	
Suffisant	1.11	0.76, 1.61	
Juste	1.33	0.89, 2.01	
Difficile	2.77	1.69, 4.53	
Critique	1.33	0.46, 3.82	
Situation familiale			0.005
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	0.62	0.41, 0.92	
En couple sans enfant	0.66	0.49, 0.91	
En couple avec enfant(s)	0.57	0.40, 0.80	
Résidence principale			0.14
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	1.29	0.96, 1.74	
Plus de 100 000 hab.	1.31	0.98, 1.75	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les personnes obèses ont 2,49 fois plus de chances que les personnes normopondérées de déclarer un problème de santé comme raison à la non-pratique.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Mauvaise expérience antérieure

	OR[1]	**95% CI**[1]	**p-value**
Sexe			0.021
Femme	—	—	
Homme	0.70	0.52, 0.95	
Classe d'IMC			0.036
Corpulence normale	—	—	
Maigreur	0.82	0.47, 1.45	
Surpoids	1.13	0.80, 1.61	
Obésité	1.68	1.15, 2.46	
Classe sociale			0.7
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	0.89	0.62, 1.26	
Classes supérieures	0.84	0.53, 1.34	
Niveau de diplôme			0.014
< CAP	—	—	
CAP/BEP	1.83	1.22, 2.73	
Bac	1.44	0.94, 2.23	
Bac +2/+3	1.80	1.14, 2.83	
> Bac+3	2.24	1.26, 3.98	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	0.70	0.41, 1.19	
35-44	0.64	0.37, 1.09	
45-54	0.52	0.31, 0.87	
55-64	0.52	0.30, 0.90	
65-74	0.31	0.18, 0.54	
> 74	0.31	0.17, 0.55	
Niveau de vie (auto-d.)			0.4
À l'aise	—	—	
Suffisant	1.39	0.89, 2.16	
Juste	1.26	0.77, 2.07	
Difficile	1.49	0.85, 2.61	
Critique	2.35	0.88, 6.24	
Situation familiale			0.3
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	0.84	0.53, 1.34	

En couple sans enfant	0.80	0.55, 1.17	
En couple avec enfant(s)	0.68	0.45, 1.02	
Résidence principale			0.027
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	1.15	0.76, 1.73	
Plus de 100 000 hab.	1.58	1.08, 2.29	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les personnes obèses ont 1,68 fois plus de chances que les personnes normopondérées de déclarer une mauvaise expérience antérieure comme raison à la non-pratique.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Annexe n°19 : Régressions sur le fait de pratiquer certaines activités physiques

Rugby

	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Sexe			<0.001
Femme	—	—	
Homme	4.69	2.93, 7.51	
Classe d'IMC			0.010
Corpulence normale	—	—	
Maigreur	0.35	0.14, 0.84	
Surpoids	1.63	1.01, 2.62	
Obésité	1.74	0.86, 3.52	
Classe sociale			0.7
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	0.99	0.64, 1.53	
Classes supérieures	1.19	0.75, 1.89	
Niveau de diplôme			0.025
< CAP	—	—	
CAP/BEP	0.41	0.18, 0.92	
Bac	0.50	0.28, 0.87	
Bac +2/+3	0.96	0.54, 1.68	
> Bac+3	0.95	0.47, 1.93	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	0.31	0.15, 0.63	
35-44	0.30	0.13, 0.69	
45-54	0.09	0.04, 0.19	
55-64	0.04	0.01, 0.15	
65-74	0.10	0.03, 0.37	
> 74	0.13	0.03, 0.48	
Niveau de vie (auto-d.)			0.3
À l'aise	—	—	
Suffisant	0.66	0.42, 1.05	
Juste	0.82	0.48, 1.40	
Difficile	0.95	0.44, 2.02	
Critique	1.79	0.48, 6.68	
Situation familiale			0.2
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	1.09	0.64, 1.83	
En couple sans enfant	0.55	0.27, 1.11	
En couple avec enfant(s)	1.27	0.63, 2.57	
Résidence principale			0.042
Moins de 2000 hab.	—	—	

Entre 2000 et 100 000 hab.	1.03	0.63, 1.67	
Plus de 100 000 hab.	0.61	0.37, 0.99	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les hommes ont 4,69 fois plus de chances que les femmes de pratiquer du rugby.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Vélo d'intérieur

	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Sexe			<0.001
Femme	—	—	
Homme	0.67	0.54, 0.84	
Classe d'IMC			0.009
Corpulence normale	—	—	
Maigreur	0.69	0.36, 1.35	
Surpoids	1.07	0.84, 1.37	
Obésité	1.68	1.22, 2.32	
Classe sociale			0.3
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	1.23	0.94, 1.61	
Classes supérieures	1.17	0.86, 1.60	
Niveau de diplôme			0.15
< CAP	—	—	
CAP/BEP	1.19	0.82, 1.72	
Bac	1.34	0.93, 1.93	
Bac +2/+3	1.28	0.88, 1.86	
> Bac+3	1.70	1.12, 2.58	
Classe d'âge			0.046
15-24	—	—	
25-34	1.38	0.85, 2.25	
35-44	1.49	0.91, 2.42	
45-54	2.04	1.30, 3.21	
55-64	1.49	0.91, 2.42	
65-74	1.67	1.04, 2.69	
> 74	1.24	0.73, 2.11	
Niveau de vie (auto-d.)			0.8
À l'aise	—	—	
Suffisant	1.03	0.79, 1.34	
Juste	0.99	0.72, 1.37	
Difficile	0.83	0.53, 1.32	
Critique	1.29	0.58, 2.89	
Situation familiale			0.2
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	0.86	0.56, 1.31	
En couple sans enfant	1.29	0.95, 1.76	
En couple avec enfant(s)	1.08	0.77, 1.50	
Résidence principale			>0.9
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	1.05	0.77, 1.42	
Plus de 100 000 hab.	1.01	0.76, 1.35	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les personnes obèses ont 1,68 fois plus de chance que les personnes normopondérées de pratiquer du vélo d'intérieur.
Champ : Individus de l'enquête (12 034).
Source : ENPPS 2020.

Annexe n°20 : Régressions ordinales (échelle de 0 à 5) sur les raisons de pratiquer parmi les personnes obèses

Pratiquer pour la santé

	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Sexe			0.009
Femme	—	—	
Homme	0.67	0.49, 0.90	
Classe sociale			0.5
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	1.18	0.82, 1.71	
Classes supérieures	0.93	0.57, 1.53	
Niveau de diplôme			0.8
< CAP	—	—	
CAP/BEP	0.77	0.50, 1.19	
Bac	0.79	0.48, 1.30	
Bac +2/+3	0.79	0.47, 1.32	
> Bac+3	0.95	0.49, 1.84	
Classe d'âge			0.2
15-24	—	—	
25-34	1.02	0.52, 2.00	
35-44	1.25	0.62, 2.50	
45-54	0.87	0.44, 1.73	
55-64	0.79	0.40, 1.58	
65-74	0.75	0.37, 1.53	
> 74	0.42	0.19, 0.95	
Niveau de vie (auto-d.)			0.5
À l'aise	—	—	
Suffisant	0.96	0.61, 1.52	
Juste	1.21	0.75, 1.96	
Difficile	1.44	0.75, 2.75	
Critique	0.82	0.25, 2.69	
Situation familiale			0.2
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	0.81	0.40, 1.64	
En couple sans enfant	1.47	0.94, 2.30	
En couple avec enfant(s)	1.07	0.67, 1.71	
Résidence principale			<0.001
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	1.07	0.72, 1.60	
Plus de 100 000 hab.	1.96	1.34, 2.89	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les hommes obèses ont 0,67 fois plus de chances de pratiquer pour des raisons de santé que les femmes.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC supérieur à 30, de 15 ans et plus (1 112).
Source : ENPPS 2020.

Pratiquer pour l'apparence physique

	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Sexe			0.012
Femme	—	—	
Homme	0.67	0.49, 0.92	
Classe sociale			0.5
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	0.83	0.58, 1.20	
Classes supérieures	0.81	0.50, 1.29	

Niveau de diplôme			0.11
< CAP	—	—	
CAP/BEP	1.88	1.18, 2.98	
Bac	1.71	1.01, 2.87	
Bac +2/+3	1.68	0.99, 2.84	
> Bac+3	1.50	0.81, 2.78	
Classe d'âge			<0.001
15-24	—	—	
25-34	0.81	0.39, 1.68	
35-44	0.87	0.46, 1.68	
45-54	0.40	0.20, 0.80	
55-64	0.29	0.15, 0.57	
65-74	0.24	0.12, 0.47	
> 74	0.15	0.06, 0.35	
Niveau de vie (auto-d.)			0.5
À l'aise	—	—	
Suffisant	0.95	0.62, 1.45	
Juste	0.90	0.56, 1.46	
Difficile	1.14	0.63, 2.06	
Critique	0.39	0.12, 1.32	
Situation familiale			0.9
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	1.07	0.57, 2.03	
En couple sans enfant	1.19	0.77, 1.84	
En couple avec enfant(s)	1.13	0.70, 1.83	
Résidence principale			0.3
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	1.22	0.80, 1.86	
Plus de 100 000 hab.	1.40	0.92, 2.12	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les hommes obèses ont 0,67 fois plus de chances de pratiquer pour l'apparence physique que les femmes.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC supérieur à 30, de 15 ans et plus (1 112).
Source : ENPPS 2020.

Pratiquer pour le plaisir

	OR[1]	**95% CI[1]**	**p-value**
Sexe			0.019
Femme	—	—	
Homme	1.44	1.06, 1.94	
Classe sociale			0.3
Classes populaires	—	—	
Classes moyennes	1.24	0.85, 1.79	
Classes supérieures	0.91	0.57, 1.46	
Niveau de diplôme			0.8
< CAP	—	—	
CAP/BEP	1.20	0.78, 1.87	
Bac	1.32	0.80, 2.18	
Bac +2/+3	1.18	0.72, 1.93	
> Bac+3	1.30	0.69, 2.45	
Classe d'âge			0.13
15-24	—	—	
25-34	0.57	0.27, 1.22	
35-44	0.83	0.43, 1.58	
45-54	0.70	0.36, 1.39	
55-64	0.68	0.35, 1.31	
65-74	0.39	0.19, 0.80	
> 74	0.48	0.19, 1.20	

Niveau de vie (auto-d.)			0.8
À l'aise	—	—	
Suffisant	1.04	0.67, 1.63	
Juste	1.20	0.75, 1.94	
Difficile	0.99	0.53, 1.83	
Critique	0.65	0.18, 2.40	
Situation familiale			0.4
Seul sans enfant	—	—	
Seul avec enfant(s)	1.42	0.80, 2.52	
En couple sans enfant	1.36	0.87, 2.13	
En couple avec enfant(s)	1.08	0.71, 1.66	
Résidence principale			0.8
Moins de 2000 hab.	—	—	
Entre 2000 et 100 000 hab.	0.87	0.57, 1.32	
Plus de 100 000 hab.	0.89	0.59, 1.33	

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Lecture : En tenant les autres variables constantes, les hommes obèses ont 1,44 fois plus de chances de pratiquer pour le plaisir que les femmes.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC supérieur à 30, de 15 ans et plus (1 112).
Source : ENPPS 2020.

Annexe du chapitre 7

Annexe n°21 : Tableau de répartition de chaque groupe issu de la CAH pour chaque variable explicative

	Monopratiquants réguliers, N = 201	Non-pratiquants, N = 213	Touche-à-tout autonomes, N = 320	Multipratiquants intensifs, N = 216	Monopratiquants malgré eux, N = 162	Total	p-value[1]
Sexe							<0.001
Femme	56.2%	62.9%	46.6%	38.0%	53.7%	50.8%	
Homme	43.8%	37.1%	53.4%	62.0%	46.3%	49.2%	
Classe sociale							
Classes populaires	67.7%	69.0%	53.1%	42.1%	57.4%	57.3%	
Classes moyennes	24.4%	21.1%	26.9%	34.7%	30.2%	27.3%	
Classes supérieures	5.0%	7.0%	17.2%	20.8%	10.5%	12.8%	
Autres	3.0%	2.8%	2.8%	2.3%	1.9%	2.6%	
Niveau de diplôme							<0.001
< CAP	34.3%	47.9%	21.6%	16.7%	44.4%	31.3%	
CAP/BEP	29.9%	25.4%	21.6%	22.7%	23.5%	24.3%	
Bac	18.4%	16.4%	24.7%	20.4%	11.7%	19.2%	
Bac +2/+3	12.4%	9.9%	22.2%	26.9%	15.4%	18.0%	
> Bac+3	5.0%	0.5%	10.0%	13.4%	4.9%	7.2%	
Classe d'âge							<0.001
15-24	9.0%	2.3%	8.8%	15.3%	3.1%	8.0%	
25-34	8.5%	9.9%	9.4%	13.4%	8.6%	10.0%	
35-44	13.9%	9.9%	19.7%	23.6%	11.7%	16.4%	
45-54	19.9%	16.0%	23.1%	21.8%	16.7%	20.0%	
55-64	21.9%	13.1%	15.9%	13.0%	20.4%	16.5%	
65-74	19.4%	23.9%	17.5%	10.6%	27.2%	19.2%	
> 74	7.5%	24.9%	5.6%	2.3%	12.3%	10.0%	
Niveau de vie perçu							
À l'aise	10.1%	9.0%	17.6%	18.1%	13.7%	14.1%	
Suffisant	44.2%	35.7%	39.8%	38.9%	43.5%	40.2%	
Juste	22.6%	31.4%	26.3%	32.9%	27.3%	28.1%	
Difficile	18.6%	22.4%	13.8%	8.8%	11.2%	14.9%	
Critique	4.5%	1.4%	2.5%	1.4%	4.3%	2.7%	
Situation familiale							<0.001
Seul sans enfant	23.1%	24.5%	21.8%	21.8%	22.2%	22.6%	
Seul avec enfant(s)	12.6%	20.9%	9.5%	10.4%	6.5%	11.9%	
En couple sans enfant	34.7%	39.8%	35.6%	30.8%	41.8%	36.2%	

En couple avec enfant(s)	29.6%	14.8%	33.1%	37.0%	29.4%	29.4%	
Lieu de résidence							0.001
Moins de 2000 hab.	12.4%	17.8%	20.6%	22.7%	13.6%	18.0%	
Entre 2000 et 100 000 hab.	32.3%	30.0%	34.4%	27.8%	40.7%	32.8%	
Plus de 100 000 hab.	45.8%	46.0%	42.5%	47.2%	41.4%	44.5%	
Non-réponse	9.5%	6.1%	2.5%	2.3%	4.3%	4.7%	

[1] Pearson's Chi-squared test

Lecture : 56,2% des « monopratiquants réguliers » sont des femmes.
Champ : Toutes les personnes ayant un IMC supérieur à 30, de 15 ans et plus (1 112).
Source : ENPPS 2020.

Table des matières

Remerciements

Résumé et mots clés

Abstract and keywords

Index des abréviations et acronymes

Sommaire

Table des tableaux

Table des illustrations

Introduction 1

I. Des corps pathologisés et discrédités 2

A. Faire d'une caractéristique corporelle une déviance sanitaire et morale 2

B. Tous les individus vivent-ils le stigmate de la même façon ? 4

C. Des corps gros socialement situés 6

D. La prise en charge médicale des personnes « obèses » 9

II. Une mise aux normes des corps gros par l'institution médicale 12

III. Traquer les socialisations corporelles secondaires 14

A. Étudier des socialisations lentes dans un temps restreint 14

B. Ethnographier la transmission de pratiques corporelles 15

L'activité physique comme analyseur des styles de vie « sains » 15

Naviguer en terrain acquis à la cause des sciences sociales 17

Au risque d'être perçu comme un professionnel de santé 19

C. Des méthodes mixtes en appui de l'étude dispositionnelle 23

IV. Plan de la thèse 24

Partie I. La médicalisation du style de vie 27

Introduction 27

Chapitre 1. L'activité physique comme nouvel outil thérapeutique 28

I. D'innovations en échecs, une médecine en quête de solutions thérapeutiques 30

A. Retour sur la pathologisation de l'obésité 30

B. D'une médecine qui échoue à faire maigrir à une médecine qui ne cherche plus la perte de poids 35

C. Le déclin récent de la chirurgie 41

II. L'AP comme outil thérapeutique aux allures consensuelles 45
A. La centralité des modifications thérapeutiques des modes de vie 45
B. L'AP, un « médicament parfait » ? 50
Conclusion du chapitre 1 : nouveaux objectifs, nouvelles méthodes 61
Chapitre 2. L'idéal socialement situé de la prise en charge : une normalisation vers le haut ? 63
I. La coopération comme objectif préalable 65
II. Se rapprocher d'un régime méditerranéen 70
III. Pratiquer une AP définie par ses effets physiologiques 76
Conclusion du chapitre 2 : un modèle féminin de classes supérieures ? 86
Conclusion de la partie I 88

Partie II. Soigner des patient·es, socialiser des individus 90
Introduction 90
Chapitre 3. Devenir patient·e. Conditions sociales de l'entrée dans une prise en charge 92
I. L'espace social de l'obésité 93
II. Consommations médicales forcées ou préventives ? Distances sociales à la prise en charge de l'obésité 99
A. L'importante consommation médicale des personnes obèses 100
B. L'espace social des rapports à la santé parmi les personnes obèses 106
C. Les modes d'entrée comme révélateurs de rapports différenciés à la santé 113
Venir de soi-même 114
Venir par le biais de l'institution médicale 120
Conclusion du chapitre 3 : des rapports à la santé socialement situés 125
Chapitre 4. Comment faire adopter un mode de vie « sain » ? La production médicale différenciée d'une bonne volonté sanitaire 127
I. Conditions organisationnelles d'une socialisation cohérente 129
A. Éduquer à plusieurs : division pluriprofessionnelle du travail de socialisation 130
La culture professionnelle commune comme condition d'une socialisation cohérente 130
Des hiérarchies persistantes derrière le fonctionnement collégial 135
B. Produire une emprise à distance ? Une socialisation déléguée et focalisée 137
C. La cohérence du suivi, un outil rhétorique pour se placer dans le champ médical 141
II. Faire se réguler au quotidien : la réflexivité comme point d'appui 144

A. Orienter les objectifs vers la santé invisible 144
B. Convertir à la bonne sportivité médicale 149
Les fonctions médicales de la pratique d'AP 149
Socialiser à l'auto-régulation par les sensations 154
C. Retour à la « nature » : manger en pleine conscience 158
III. Différencier le soin : les catégories de l'entendement médical 164
A. Le travail médical d'enquête 166
B. Faire de la classe et du genre des données médicales 170
La classe 171
Le genre des options thérapeutiques 177
C. Catégories pratiques : agir sur les patient·es 179
La capacité future à répondre aux attentes induites par les traitements 179
Le continuum de la déviance : à la recherche du déviant idéal 185
Conclusion du chapitre 4 : les limites de l'universalisme médical 195
Chapitre 5. S'adapter ou résister. Conditions sociales de félicité du travail socialisateur . 198
I. L'osmose dispositionnelle 201
A. Le rapport de long terme à la santé 201
B. L'écoute de soi 205
C. Le relâchement contrôlé 209
D. Résistances dominantes au travail médical 215
De la critique légitime 217
II. L'effort et le mérite : entraves paradoxales à la socialisation 223
A. Tenir au contrôle, tenir le contrôle 224
B. Accepter en principe plus qu'en pratique le travail sur les sensations 228
C. Les efforts comme seule voie de salut 233
III. Contester malgré soi le travail socialisateur 239
A. La souffrance comme condition nécessaire 240
B. Vouloir un plan précis sans pouvoir l'exiger 247
C. Le contrôle des sensations hors du champ des possibles 249
D. Les conséquences interactionnelles et sanitaires d'un désajustement dispositionnel. Le cas de la bonne sportivité médicale 255
Les obstacles matériels et symboliques dans l'accès à une pratique régulière d'AP 256
Le discrédit des patient·es peu investi·es 261

Conclusion du chapitre 5 : une médecine de classe 266
Contribution théorique à la sociologie des socialisations (secondaires) 268
Conclusion de la partie II 274

Partie III. Adopter la bonne sportivité médicale 277

Chapitre 6. Pratiquer malgré son corps. La différenciation sociale des personnes obèses dans la pratique d'activités physiques 279
I. Un « environnement » peu propice à la pratique des personnes obèses ? 283
A. Une pratique courante mais spécifique 283
B. Une structuration historique des AP défavorable aux fortes corpulences 287
II. La variation sociale d'une pratique contrainte 301
A. L'incitation médicale à la pratique 301
B. Un rapport contraint à l'activité physique 302
C. Une autocontrainte socialement située 305
Conclusion du chapitre 6 : porter en soi l'institution médicale 311
Chapitre 7. S'engager, persévérer, adhérer. Carrières de pratiquant·es dans des espaces sportifs variés 314
I. La pluralité des modes de pratiques 318
II. Commencer : passer la porte d'une structure d'AP 322
A. Un corps à changer 322
B. L'activité physique comme outil de modification du corps 324
C. Trouver une offre adaptée 328
III. Continuer : dissocier santé et minceur 329
A. Apprentissage conjoint des techniques et des effets directs 330
B. Anticiper des effets à long terme et dissocier la santé de la minceur 332
IV. Persévérer : prendre du plaisir 335
Conclusion du chapitre 7 : faut-il arrêter de chercher la santé pour adopter les « bonnes » pratiques sanitaires à long terme ? 341
Chapitre 8. Ne pas être associées aux « pires ». Distinctions de classe et de genre dans et par la pratique d'activités physiques 343
I. La performance sportive comme mise à distance du stigmate par corps 346
A. Comparaisons et hiérarchisations des corps 346
B. Se distinguer corporellement dans l'activité 348
C. L'importance de l'histoire pondérale et des socialisations sportives 353

II. Une mise à distance du stigmate discréditante et genrée 355
A. Manque de volonté et figure repoussoir 355
B. À l'intersection du genre, de la classe et de l'histoire pondérale 358
Conclusion du chapitre 8 : pratiquer pour se distinguer 365
Conclusion de la partie III 367

Conclusion générale 369
Qui peut tirer profit de la médecine de l'obésité ? 369
Des terrains d'enquête à la sociologie de l'institution médicale 371
Les effets socialisateurs de la domination mince 374

Bibliographie 378

Annexes 407
Annexe de l'introduction 407
Annexe n°1 : Tableau des enquêté·es 407
Association APA 407
Service nutrition 408
Annexe du chapitre 2 409
Annexe n°2 : L'enquête ENPPS 2020 409
Annexes du chapitre 3 410
Annexe n°3 : La répartition sociale de l'obésité 410
Annexe n°4 : Répartition des classes de corpulence selon des variables socio-démographiques (%age colonne) 415
Annexe n°5 : Critères de choix du précédent spécialiste selon la classe de corpulence 416
Annexe n°6 : Critères de choix d'une hospitalisation future selon la classe de corpulence 416
Annexe n°7 : Variables actives de l'ACM sur les personnes obèses et répartition selon les groupes de la CAH 417
Annexe n°8 : Dernière consultation chez le généraliste chez les personnes obèses selon la position sociale 421
Annexe n°9 : Parmi les personnes obèses, dernière mesure de glycémie 422
Annexe n°10 : Parmi les personnes obèses, dernière mesure de cholestérolémie 423
Annexe n°11 : Parmi les personnes obèses, dernière prise de tension artérielle 424

Annexe n°12 : En population générale, choisir l'hôpital d'une future hospitalisation par réputation 425
Annexe n°13 : Parmi les personnes obèses, choisir l'hôpital de la prochaine hospitalisation par réputation 426
Annexe n°14 : En population générale, avoir choisi le spécialiste sur les conseils du médecin traitant 426
Annexe n°15 : Chez les personnes obèses, avoir choisi le spécialiste sur conseil du médecin traitant 427
Annexe n°16 : Chez les personnes obèses, régressions ordinales sur la dernière mesure de tension artérielle effectuée 428
Annexes du chapitre 6 430
Annexe n°17 : Régressions logistiques sur les formes de la pratique en population générale 430
Statut de pratiquant (pratiquer / ne pas pratiquer) 430
Fréquence de pratique 431
Nombre de pratiques déclarées 432
Annexe n°18 : Régressions sur les raisons de la non-pratique en population générale 432
Difficulté à être accepté par les autres 432
Regard des autres 433
N'arrive pas à s'y mettre 434
Problème de santé 435
Mauvaise expérience antérieure 436
Annexe n°19 : Régressions sur le fait de pratiquer certaines activités physiques 437
Rugby 437
Vélo d'intérieur 438
Annexe n°20 : Régressions ordinales (échelle de 0 à 5) sur les raisons de pratiquer parmi les personnes obèses 439
Pratiquer pour la santé 439
Pratiquer pour l'apparence physique 439
Pratiquer pour le plaisir 440
Annexe du chapitre 7 442
Annexe n°21 : Tableau de répartition de chaque groupe issu de la CAH pour chaque variable explicative 442
Table des matières 444