



Université
de Toulouse

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse III Paul Sabatier (UT3 Paul Sabatier)

Présentée et soutenue par:

Fabien Merlaud

Le lundi 23 juin 2014

Titre :

La médecine de l'obésité en France.

Sociologie des engagements experts dans la normalisation de la corpulence

École doctorale :

ED CLESCO

Unité de recherche :

PRISSMH – SOI EA 4561

Directeur de thèse :

Philippe Terral, MCF-HDR, Université de Toulouse III Paul Sabatier

Président du jury :

Francis Chateauraynaud, Directeur d'études, École des Hautes Études en Sciences Sociales

Rapportrices :

Claire Perrin, MCF-HDR, Université de Lyon I Claude Bernard

Cécile Collinet, PU, Université Paris-Est Marne La Vallée

Examinatrice :

Anne Mayère, PU, Université de Toulouse III Paul Sabatier

Table des matières

Remerciements.....	- 7 -
Introduction	- 9 -
DES EXPERTS DANS LEURS ENGAGEMENTS	- 9 -
1 – Portrait d’un sujet composite.....	- 10 -
2 – Un laboratoire pour l’étude des sciences en plein air.....	- 16 -
3 – Une sociologie de l’engagement.....	- 21 -
3.1. <i>Des acteurs aux « faïtiches » institutionnels.....</i>	- 27 -
3.1.1. Le département des narrations quantifiées	- 28 -
3.1.2. Le département des fondations.....	- 30 -
3.1.3. Celui des cartographes	- 33 -
3.2. <i>Les temporalités</i>	- 34 -
4 – Problématique de la recherche.....	- 35 -
Partie I.....	- 37 -
SINGULARITES DES ENGAGEMENTS EXPERTS ET SEQUENCES D’UN PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE.....	- 37 -
<i>Encart méthodologique n°1</i>	- 39 -
I.1 – L’émergence d’un « fléau sanitaire ».....	- 43 -
1.1.1. <i>Une alerte épidémique mondiale</i>	- 43 -
1.1.2. <i>La politisation d’une solution nutritionnelle pour la santé de la population.....</i>	- 47 -
I.2 – Le marché de la minceur : contraintes et obstacles à la politique nutritionnelle.....	- 52 -
1.2.1. <i>Les industries agroalimentaires nourrices de la population.....</i>	- 52 -
1.2.2. <i>Les industries pharmaceutiques en quête de remèdes amaigrissants</i>	- 58 -
I.3 – Une politique contestée : l’humanisation de la prévention	- 63 -
1.3.1. <i>Des pratiques inadaptées à régler.....</i>	- 63 -

I.3.2. <i>La pluridisciplinarité et les réseaux de santé : des remparts aux dérives</i>	- 72 -
I.4 – Un champ de compétences partagées : la scission de la prévention nutritionnelle et de la prise en charge thérapeutique de l'obésité.....	- 77 -
I.4.1. <i>Un fruit à la récré ou non ?</i>	- 77 -
I.4.2. <i>Un « multimédicament » à l'allure consensuelle : l'activité physique</i>	- 80 -
Conclusion Partie I – Problématique médicale sous tensions	- 86 -
Partie II.....	- 89 -
LES CONTROVERSESES	- 89 -
<i>Encart méthodologique n°2</i>	- 92 -
II.1 – L'obésité : une maladie de grande ampleur ?	- 94 -
II.1.1. <i>L'obésité au pluriel : définitions et déterminants</i>	- 95 -
II.1.1.1. Une définition médicale et épidémiologique avec des risques pour la santé	- 95 -
-	
II.1.1.2. Un trouble du comportement alimentaire d'origine psychologique aggravé par des pratiques inadaptées	- 99 -
II.1.1.3. Une prédisposition génétique à l'expression phénotypique dépendante de l'environnement social ou une addiction d'ordre plus général ?.....	- 104 -
II.1.2. <i>Mesurer la pathologie</i>	- 108 -
II.1.2.1. L'Indice de Masse Corporel : un outil pour la pratique clinique routinière	- 108 -
-	
II.1.2.2. Les statistiques épidémiologiques et l'économie : des données agrégées au secours de l'hypothèse d'une épidémie coûteuse.....	- 110 -
II.1.2.3. L'expérimentation en laboratoire : quand les souris nous aident à comprendre les mécanismes moléculaires intervenant dans l'obésité humaine.....	- 112 -
II.1.2.4. L'appréhension du bilan calorique par les apports et les dépenses énergétiques	- 115 -
II.1.2.5. L'approche clinique de parcours psychosomatiques singuliers par entretiens...-	119 -

II.2 – Des traditions préventives hétérogènes : de la santé publique à la table des patients..-	123 -
II.2.1. La promotion de la santé par la mise en place de campagnes nutritionnelles à destination de la population générale.....	- 124 -
II.2.2. Dépister et sensibiliser les sujets à risque dans le cadre des consultations en soins primaires	- 131 -
II.2.3. Prévenir par l'éducation thérapeutique et la formation des professionnels de santé	- 135 -
II.2.4. Démédicaliser l'alimentation et les pratiques alimentaires, lutter contre la stigmatisation	- 137 -
II.3 – Quelles prises en charge pour quels effets ?	- 140 -
II.3.1. L'approche incarnée par le triptyque de l'alimentation, de l'activité physique et de la dimension psychologique	- 141 -
II.3.2. L'approche bio-psycho-sensorielle	- 146 -
II.3.3. L'approche médicamenteuse	- 154 -
II.3.4. L'approche chirurgicale.....	- 159 -
Conclusion partie II – À la croisée des mondes : des enjeux de groupes professionnels et de visions du futur	- 174 -
Partie III	- 183 -
LA MEDECINE DE L'OBESITE ET SES FRONTIERES	- 183 -
Encart méthodologique n°3	- 187 -
III.1. – L'inscription pluridisciplinaire de la médecine de l'obésité : une réponse à la critique d'une médecine qui ne parvient pas à faire maigrir	- 190 -
III.1.1. Une mise en scène principalement portée par les experts instituants	- 190 -
III.1.2. Une pluridisciplinarité assumée par la communauté des chercheurs	- 200 -
III.2. – Les cancérologues, les diabétologues...les « obésologues » : une remise en cause des hiérarchies médicales pour fonder une spécialité nouvelle ?	- 211 -
III.2.1. Des pratiques de co-signature non bouleversées.....	- 211 -

III.2.2. <i>L'espace disciplinaire de la médecine de l'obésité : des réseaux de références centrés sur les spécialités historiques</i>	215 -
III.2.2.1. Les points d'articulations : qui menace la connexité ?.....	218 -
III.2.2.2. Le(s) centre(s) et la périphérie	221 -
III.2.2.3. Basdevant A. : une référence incontournable.....	235 -
Conclusion Partie III – « Petits meurtres entre amis ». Les faux-semblants de la pluridisciplinarité.....	239 -
CONCLUSION GENERALE	243 -
L'obsession de la minceur	245 -
Vers d'autres canaux de la démocratie sanitaire.....	249 -
Les Méthodes d'Appariement Optimal appliquées à des données sémantiques	251 -
Index des auteurs	265 -
Liste des sigles utilisés.....	271 -
Annexes.....	275
<i>Annexe n°1 : Sources documentaires constituant le corpus mobilisé dans la partie I.</i>	275
<i>Annexe n°2 : Périodisation du dossier de l'obésité</i>	279
<i>Annexe n°3 : Liste des patronymes cités au sein des articles de presse</i>	280
<i>Annexe n°4 : Extraits du numéro hors-série consacré à la diététique du bulletin Médicographie édité par les laboratoires Servier en Janvier 1980</i>	316
<i>Annexe n°5 : Description du corpus « Ouvrages » mobilisé dans les parties II et III</i>	318
<i>Annexe n°6 : Extraits du verbatim de l'émission « Régimes, quand maigrir fait grossir » diffusée sur France 5 en décembre 2010</i>	322 -
<i>Annexe n°7 : Illustrations de conseils nutritionnels issus du chapitre d'ouvrage Gougis S. Basdevant A., 2004, « Alimentation », in Basdevant A., Guy-Grand B., (dir.), Médecine de l'obésité, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », Paris, p. 228-245.</i>	328 -
<i>Annexe n°8 : Photos prises lors des 8^{ème} et 9^{ème} Rencontres du GROS en novembre 2010 et 2011</i>	333 -

Annexe n°9 : Description du corpus « Revue Obésité » mobilisé dans la partie III..... - 335 -

*Annexe n°10 : Illustration de la composition d'un fichier source *.net permettant l'analyse des réseaux de référence et de citation..... - 347 -*

Remerciements

Ce travail n'aurait pu aboutir sans les très nombreux encouragements qui m'ont été adressés pendant ces quatre années de recherches et d'écritures. Ma gratitude va tout d'abord à Philippe Terral qui a assuré la direction de cette thèse en me faisant bénéficier de son érudition et de ses critiques constructives. Je lui adresse ma sincère considération pour la qualité des remarques ainsi formulées qui ont grandement contribué à affiner la démarche d'analyse.

D'autre part, cette analyse a été influencée par les remarques et les réflexions de sociologues qui m'ont apporté une aide certaine et m'ont permis d'accéder à des personnes, à des lieux et des dispositifs qui, sans eux, me seraient restés inaccessibles. Je pense ici en particulier à Nadine Haschar-Noé, Jean-Charles Basson, Samuel Julhe, Marina Honta, Jean-Paul Clément ou Patrick Trabal.

Il serait malvenu de ne pas honorer ceux qui, sur le terrain, ont donné à cette recherche sa véritable dimension. Les médecins, les professionnels de santé et les représentants d'organismes qui ont accepté de répondre à mes questions. Le respect de l'anonymat m'empêche de les nommer ici, mais je leur adresse à tous mes sincères remerciements.

Les enseignants-chercheurs, les docteurs et les doctorants du PRISSMH-SOI ne peuvent être oubliés tant leurs témoignages d'amitiés et d'encouragements ont été importants. Je pense en particulier à Loïc Gojard, Fanny Dubois et Thomas Ginsbourger. Le soutien technique de Michel Fourment mérite également d'être mentionné dans la mesure où sa connaissance de certaines procédures administratives m'a parfois été d'un grand secours.

Chapeau bas à mes amis et à ma famille bien sûr, pour leur indéfectible présence à mes côtés et leur zèle débordant dès lors qu'ils avaient la possibilité de m'aider. Ils m'ont définitivement persuadé de leur insondable générosité. Enfin, un remerciement particulier à Camille pour sa patience et son soutien qui ont à mes yeux une valeur inestimable. Ce travail leur appartient.

“A Pig and a Chicken are walking down the road.
The Chicken says: "Hey Pig, I was thinking we should open a restaurant!"
Pig replies: "Hm, maybe, what would we call it?"
The Chicken responds: "How about 'ham-n-eggs'?"
The Pig thinks for a moment and says: "No thanks. I'd be committed, but you'd only be involved!"”

The fable of the Chicken and the Pig.

Introduction

DES EXPERTS DANS LEURS ENGAGEMENTS

Comprendre le fonctionnement d'un monde social complexe et le rendre intelligible est parfois décontençant, souvent éreintant, pour le sociologue qui s'aventure à cet exercice. Sous son regard, l'obésité est, ni plus ni moins, vécue simplement en tant que sujet social et la compréhension première de ce sujet approche celle du sens commun. Elle caractériserait une corpulence, une silhouette, une anatomie que l'œil peut distinguer et nuancer relativement à la maigreur. Il s'agirait alors d'un jugement que l'on porte sur les corps, et plus précisément sur leurs corpulences, la sienne et celle d'autrui. Toutefois, cette appréhension première ne suffit pas et porte en elle les limites d'un sujet d'étude qui pourrait paraître, à tort, trop familier. Comment jauger la corpulence et le seuil au-delà duquel un individu peut être considéré comme obèse ? De quelle nature est le jugement porté sur cette obésité ? Enfin, comment s'établissent les normes qui la définissent ? Des questions pour lesquelles il ne semble pas pouvoir être possible d'apporter de réponses univoques car sujettes à la subjectivité et à la diversité des regards portés.

Emprunté au latin *obesitas*, « excès d'embonpoint », on lui a longtemps préféré ce terme aux XVIIIème et XIXème siècles pour désigner l'excès de poids des personnes bien en chair, rondes et grasses. L'embonpoint désigne alors l'individu qui vit dans l'aisance et qui mange à sa faim. Il est tiré du syntagme « en bon point », c'est-à-dire « en bonne condition », « en bonne santé¹ ». Il est l'apanage du bourgeois mais fait l'objet d'une attention accrue mêlant considérations esthétiques et sanitaires². C'est là que le bât blesse. Si le « ventru », le

¹ Csergo J., (dir.), 2009, *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, Éditions Autrement, coll. « Mutations », Paris.

² Vigarello G., 2010, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, Éditions du Seuil, Paris.

« rondelet » pouvaient jouir aux XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles d'un certain prestige et désignait un individu en bonne santé à la position enviable, en est-il toujours de même pour l'actuel obèse ?

1 – Portrait d'un sujet composite

Marqueur d'appartenance sociale, le corps est une ressource qui s'avère essentielle dans la construction et la définition de l'identité personnelle. Toutes les relations que nous avons avec notre environnement et avec les personnes qui nous entourent font intervenir le corps. Aux États-Unis, Erving Goffman a souligné, par son analyse des stigmates et de la vie quotidienne, l'importance de l'apparence et des mises en scène des corps lors des interactions sociales³. Les proportions des membres et leurs contours, qui définissent la corpulence, sont alors les premiers critères de différenciation entre les corps avec la couleur des cheveux, des yeux et de la peau. Cet individu est petit ou grand, gros ou maigre, blond, brun ou roux, *etc.* Dans ce cadre, l'obésité « se mue en un formidable attracteur de regards et de commentaires, un opérateur de discours et d'émotions⁴ ». Finalement, pas un jour ne passe sans que la corpulence ne soit au centre des pratiques quotidiennes d'observation de soi et d'autrui mais également des préoccupations médiatiques. La une des magazines de mode, de la presse écrite, des journaux télévisés, l'utilisation banalisée du pèse-personne et du miroir pour observer l'évolution des silhouettes témoignent de l'enjeu que l'obésité représente pour les individus et pour l'ensemble de la société.

C'est probablement une des raisons pour laquelle la sociologie s'est emparée de cet objet pour saisir les dimensions sociales de la corpulence et du corps désirable pour reprendre la terminologie d'April Fallon et de Paul Rozin⁵, elle-même conceptualisée par Thibaut de Saint

³ Goffman E., 1975[1963], *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun », Paris ; Goffman E., 1973[1956], *Mise en scène de la vie quotidienne*, Tome 1 et 2, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun », Paris ; Goffman E., 1974[1967], *Les rites d'interaction*, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun », Paris.

⁴ Le Breton D., 2010, « L'obésité entre dissidence et résistance », in Bergeron H., Castel P., (dir.), *Regards croisés sur l'obésité*, Éditions de Santé/Presses de Sciences Po, Paris, p.23.

⁵ Fallon A.E., Rozin P., 1985, "Sex Differences in Perceptions of Desirable Body Shape", *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (1), p. 102-105.

Pol⁶. Nous ferons ici une brève synthèse de ces travaux qui ne se veut pas exhaustive mais évoque néanmoins les principales contributions sur ce sujet. Un premier ensemble de travaux anglo-saxons se sont intéressés à l'influence des déterminants sociaux sur le développement de l'obésité selon deux perspectives. La première propose un modèle pour tenter d'expliquer l'action des trois grandes variables socio-économiques considérées comme pertinentes, à savoir le niveau d'éducation, les revenus et les professions et catégories socio-professionnelles (PCS)⁷. Modèle repris et développé plus récemment par Thibaut de Saint Pol qui examine les inégalités de corpulence selon les milieux sociaux, mettant également en évidence le rôle différencié qu'elles jouent d'un pays à l'autre⁸ (pays du Nord et du Sud de l'Europe) ou d'un genre à l'autre⁹. La seconde étudie l'influence de l'obésité sur les positions et les trajectoires sociales en faisant appel aux concepts de stigmatisation et de discrimination qui lui sont associés¹⁰. Ces études font alors la démonstration d'une composante sociale indéniable dans les représentations négatives associées à l'obésité sur la période

⁶ (de) Saint Pol T., 2010, *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leurs poids*, Presses Universitaires de France, Paris.

⁷ Sobal J., Stunkard A., 1989, "Socioeconomic status and obesity: a review of the literature", *Psychological Bulletin*, 105, p. 260-275; Sobal J., 1991, "Obesity and Socioeconomic Status: A Frame Work for Examining Relationships between Physical and Social Variables", *Medical Anthropology*, 13, p. 231-247; Sobal J., 2001, "Social and Cultural Influences on Obesity", in Björntorp P. (eds.), *International Textbook of Obesity*, Wiley, p. 305-322; Ball K., Crawford D., 2005, "Socioeconomic status and weight change in adults: a review", *Social Science and Medicine*, 60, p. 1987-2010; Poulain J.-P., 2000, « Les dimensions sociales de l'obésité », in *Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*, Expertise collective INSERM, Paris.

⁸ Voir également sur ce point la comparaison menée entre la France et les États-Unis par Régnier F., 2006, « Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux États-Unis », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 41 (2), p. 97-103 ; ainsi que l'ouvrage collectif Oddy D.J., Atkins P.J., Amilien V., (eds.), 2009, *The Rise of Obesity in Europe. A Twentieth Century Food History*, Ashgate, Farnham, Surrey, and Burlington.

⁹ (de) Saint Pol T., 2010, *op.cit.*

¹⁰ Cahnman W.J., 1968, "The Stygma of Obesity", *Sociological Quarterly*, 9 (3), p. 283-299; Tobias A.L., Gordon J.D., 1980, "Social Consequences of Obesity", *Journal of the American Dietetic Association*, 76, p. 338-342; Sobal J., 1984, "Group Dieting, the Stigma of Obesity, and Overweight Adolescents: The Contribution of Nathalie Allon to the Sociology of Obesity", *Marriage and Family Review*, 7, p. 9-20. Analyses prolongées en France par Amadiou J.-F., 2005, *Le poids des apparences. Beauté, amour et gloire*, Odile Jacob, Paris et Tibère L., Poulain J.-P., Pacheco da Costa Proenca R., Jeannot S., 2007, « Adolescents obèses face à la stigmatisation », *Obésité*, 2, p. 173-181.

contemporaine. Elle est alors qualifiée de « déviance sociale¹¹ » dont la responsabilité est souvent imputée aux personnes obèses elles-mêmes. Ce qui intensifie l'effet négatif et affecte en retour les interactions qu'ont ces individus avec leur environnement.

En France, au travers du prisme de la sociologie de l'alimentation, Claude Fischler analyse l'obésité comme la conséquence d'une série de transformations des pratiques alimentaires et de l'environnement social lié à l'alimentation conduisant à un affaiblissement de l'appareil normatif encadrant les pratiques individuelles, ce qu'il désigne par le concept de « gastro-anomie¹² ». L'influence de ces normes¹³ sur les pratiques alimentaires, prescrites dans le cadre de consultations médicales ou au travers de messages de prévention par exemple, et leurs interprétations seraient indexées à l'appartenance sociale des individus qui en sont les destinataires¹⁴ et à leurs cultures somatiques¹⁵. Soulignons enfin les travaux de Michael Bury qui interprète les maladies chroniques, dont l'obésité fait partie, comme le résultat de ruptures biographiques singulières dans la trajectoire des patients qui ne disposent pas toujours des

¹¹ Maddox G.L., Back K.W., Liederman V.R., 1968, "Overweight as Social Deviance and Disability", *Journal of Health and Social Behavior*, 9 (4), p. 287-298.

¹² Fischler C., 1990, *L'Homnivore*, Odile Jacob, Paris.

¹³ Nous entendons ici par normes, à la suite de Faustine Régnier (Régnier F., 2009, « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue Française de Sociologie*, 50 (4), p. 747-773.), une famille de règles et de représentations en matière d'alimentation et de corpulence ayant rapport aux valeurs et ne découlant pas des strictes conditions scientifiques de production des savoirs. Toutes ne sont pas impératives et certaines sont plus contraignantes que d'autres. En cas de non-suivi, la sanction réside dans la désapprobation de celui qui ne respecte pas la norme. Pour ce qui concerne la corpulence, la norme est plus implicite : il s'agit de la minceur, critère de l'excellence corporelle (voir Darmon M., Détéz C., 2004, *Corps et société*, La Documentation française, coll. « Problèmes politiques et sociaux », Paris ; Vigarello G., 2004, *Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours*, Éditions du Seuil, Paris). L'obésité, quant à elle, est l'état corporel considéré avec le moins d'indulgence lorsqu'on demande à des enfants de classer par ordre de préférence des images représentant d'autres enfants atteints de diverses infirmités et un obèse (voir Richardson S., Goodman N., Hastorf A., Dornbusch S., 1961, "Cultural Uniformity and Reaction to Physical Disability", *American Sociological Review*, 26, p. 241-247; Goodman N., Richardson S., Dornbusch S., Hastorf A., 1963, "Variant Reactions to Physical Disability", *American Sociological Review*, 28, p. 429-435; Maddox G.L., et al., 1968, *op.cit.*).

¹⁴ Régnier F., 2009, *op.cit.*

¹⁵ Boltanski L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, 26, p. 205-233 ; Depecker T., 2010, « Les cultures somatiques : usages du corps et diététique », *Revue d'Études en Agriculture et Environnement*, 91 (2), p. 153-184.

ressources cognitives et matérielles pour faire face à leurs souffrances¹⁶. Cette entrée par la trajectoire sociale des patients fut reprise plus récemment par Myriam Jacolin qui a étudié les conditions sociales d'une sortie de « carrière d'obèse » par l'intermédiaire de divers dispositifs de prise en charge médicalisés ou non¹⁷. Elle montre notamment dans son travail de thèse que l'engagement dans un processus d'amaigrissement nécessite la rencontre entre un évènement, un processus historique objectif, une situation et des dispositions individuelles particulières.

Mais le corps et la corpulence ne représentent pas seulement un enjeu individuel dont nous pouvons dégager les déterminants sociaux selon les catégories classiques de la sociologie, ni un simple objet d'analyse permettant d'étudier des pratiques sociales (curiosités liées à l'alimentation, telles que les régimes alimentaires par exemple). Au cours des années 1960, le corps¹⁸ est devenu « un lieu et un instrument légitime de lecture ou d'opérativité de l'ordre social [...] au travers duquel un pouvoir s'exerce (Foucault), la domination se reproduit (Bourdieu), les places et les tactiques sociales sont signifiées (Goffman, Douglas), la progressive civilisation des mœurs se manifeste (Elias)¹⁹ ». A ce titre, depuis le milieu des années 1990, l'obésité occupe une des premières places dans la hiérarchie des préoccupations relatives à la santé publique. Si la médicalisation de l'obésité est ancienne²⁰, son entrée sur la scène médiatico-politique est récente et se caractérise par la célérité de son inscription à l'agenda public²¹. La corpulence et plus particulièrement l'obésité fait aujourd'hui l'objet de politiques publiques²². Se déploient alors autour de ces programmes de nombreux discours. A

¹⁶ Bury M., 1982, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, 4 (2), p. 167-182.

¹⁷ Jacolin M., 2012, *Dispositifs et dispositions : les conditions de l'engagement et de la réussite de l'amaigrissement de jeunes adultes obèses*, Thèse de 3^{ème} cycle en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, Université Paul Sabatier, Toulouse.

¹⁸ Pour une histoire du corps dans la sociologie, voir Berthelot J.-M., Druhle M., Clément S., Forné J., M'Bodj G., 1985, « L'émergence du corps dans la sociologie contemporaine », *Current Sociology*, 33 (2), p. 57-126.

¹⁹ Memmi D., Guillo D., Martin O., 2009, *La tentation du corps. Corporéité et sciences sociales*, Éditions de l'EHESS, coll. « Cas de figures », Paris, p. 13-14.

²⁰ Poulain J.-P., 2009, « Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité », *Obésité*, 3, p. 7-16 ; Poulain J.-P., 2009, *Sociologie de l'obésité*, Presses Universitaires de France, Paris ; Vigarelo G., 2010, *op.cit.*

²¹ Bossy T., 2010, *Poids de l'enjeu, enjeux de poids. La mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France*, Thèse de 3^{ème} cycle en science politique, Institut d'Études Politiques de Paris.

²² Tout d'abord au travers du Programme National Nutrition Santé (PNNS) dont la première version a couvert la période 2001-2005. Il fut poursuivi dans une seconde version entre 2006-2010 et, actuellement, une troisième

un premier niveau d'analyse, nous verrons que c'est avant tout comme signifié que la question de l'obésité est investie. Ici, les normes du corps sain et désirable sont en jeu. Leurs définitions font l'objet de luttes faisant intervenir de nombreux acteurs – médecins, représentants d'associations, politiciens ou journalistes – dont les discours peuvent être contradictoires. A bien y regarder, le milieu de l'obésité n'est pas un « tout petit monde²³ » si tranquille que cela. C'est en tout cas ce que nous montrerons au cours de ce travail. Enfin à un second niveau d'analyse, nous verrons que la corpulence dépasse la fonction de signifié pour devenir un véritable opérateur des rapports de forces étudiés où les modes de construction et de fonctionnement des normes corporelles sont en jeu.

Nous aimerions dans ce manuscrit décliner les variations de ces regards normatifs sur la période contemporaine et les engagements experts parfois complexes qui en résultent, en partant de l'exemple de la médecine de l'obésité. Nous nous immergerons au cours de cette recherche dans une médecine singulière impliquant de nombreuses disciplines scientifiques (chirurgie, endocrinologie, psychologie, génétique, ...), de multiples groupes professionnels (médecins, éducateurs médico-sportifs, psychomotriciens, diététiciens ...), et des acteurs issus de divers parcours de formation (médecine, Sciences et Technique des Activités Physiques et Sportives, diplôme d'État, ...). Voici des scientifiques, médecins, qui ne soignent pas, ni ne prescrivent d'ordonnances, mais qui rendent des avis dans des administrations, des agences étatiques ou des services municipaux. Voici des médecins ou des professionnels de santé qui n'établissent pas seulement des diagnostics en consultation mais explorent également les « conditions environnementales », et à travers elles les objets, les groupes, les règles qui peuplent et aménagent l'expérience vécue par leur patient dans leur quotidien. Voici enfin des personnes, non directement associées à la médecine, qui militent pour la reconnaissance de leurs droits à être obèse ou dont les préoccupations relatives à la santé les conduisent à défendre les droits des consommateurs. Nous utiliserons le caractère atypique de la médecine de l'obésité, qui ne figure pas comme une spécialité à part entière, reconnue par l'ordre des médecins, pour briser plus facilement l'évidence du regard médical et le confronter à d'autres formes de jugements, parfois qualifiés de « profanes » ou de « citoyens », sur les individus.

version court jusqu'en 2015 et ce depuis 2011. Enfin, l'obésité fait également l'objet depuis 2010, et ce jusqu'en 2013, d'un plan à part intitulé : Plan Obésité (PO).

²³ Nous reprenons à notre compte le titre de l'ouvrage de David Lodge qui croquait dans *Un tout petit monde* l'individualisme exacerbé dans les milieux de l'université et de la recherche. Lodge D., 1992, *Un tout petit monde*, Rivages, Paris.

« Chaque théorie élimine ce qui ne lui convient pas, mais l'abus de confiance commence quand, par effet d'écriture, le lecteur est incité à croire que la démarche scientifique se confond avec la démarche exposée²⁴ ». En nous concentrant sur la manière dont les experts de l'obésité perçoivent, jugent et normalisent cet état corporel sur la période contemporaine en France, nous devons consentir à reléguer au second plan la dimension économique et le cadrage de l'obésité en amont en terme de coûts pour l'assurance maladie²⁵ qui a une incidence sur la problématisation même de l'obésité et son accession à l'agenda politique. Toutefois, si elle est impliquée, cette expertise économique influe peu sur la définition des normes et des pratiques ayant trait au « gouvernement des corps²⁶ » laissée historiquement à la vigilance des médecins, ou plus généralement des professionnels de la santé, plus à même de définir le « sain » et le « malsain »²⁷ et ayant conquis depuis le XIXème siècle des positions influentes dans la sphère politique²⁸. Ceci dit cette partition n'est pas aussi tranchée que notre propos pourrait le suggérer. Nous serons donc attentifs à la manière dont les savoirs économiques peuvent toutefois être mobilisés par les experts de l'obésité engagés dans la définition de ces normes. La distinction que nous esquisserons entre l'implication et l'engagement sera centrale dans notre analyse mais nous y reviendrons dans la troisième section de ce propos introductif. Ce choix est quelque peu drastique tant l'économie de la santé pénètre et organise la vie et les décisions politiques sur la période récente²⁹ mais il nous

²⁴ (de) Singly F., 2004, « La sociologie, forme particulière de conscience », in Lahire B., (dir.), *À quoi sert la sociologie ?*, La Découverte, Paris, p.23.

²⁵ D'après Mireille Elbaum (Elbaum M., 2010, « L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse », *Les tribunes de la santé*, HS (1), p. 15-29), les couvertures à 100% des affections de longue durée (ALD) et des maladies chroniques (sida, obésité, diabète, hypertension, ...) sont en extension continue et concentrent en 2008 plus de 62 % des remboursements du régime général. Enfin d'après Corinne Emery et al. (Emery C., Dinet J., Lafuma A., Sermet C., Khoshnood B., Fagnani F., 2007, « Évaluation du coût associé à l'obésité en France », *La Presse médicale*, 36 (6), p. 832-840), une personne obèse produit entre 506 à 648 euros de surcoût médical par an par rapport à une personne qui n'est pas en surpoids. Le coût total annuel de l'obésité serait alors estimé entre 2.1 et 6.2 milliards d'euros soit entre 1.5% et 4.6% des dépenses courantes relatives à la santé en 2002 en France.

²⁶ Fassin D., Memmi D., (dir.), 2004, *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'EHESS, coll. « Cas de figure », Paris.

²⁷ Vigarello G., 1999[1993], *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Éditions du Seuil, Paris.

²⁸ Léonard J., 1992, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXème siècle*, Éditions Aubier, coll. « Historique », Paris ; Hassenteufel P., 1997, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Les Presses de Science Po, coll. « Académique », Paris.

permettra d'apporter un peu de simplicité dans une question qui s'avère particulièrement complexe.

Le manuscrit traduira les difficultés de l'appréhension d'un tel sujet à partir d'une étude centrée sur les conditions de l'engagement des experts (de nature politique et/ou scientifique) face aux risques sanitaires nouvellement problématisés. Nous chercherons à comprendre comment les experts et leurs connaissances équipent la société civile et par là même modifient les représentations et les pratiques associées à la normalisation de la corpulence des individus. C'est donc également, au-delà du cas de la médecine de l'obésité, à une théorie de l'expertise que nous souhaitons ici contribuer.

2 – Un laboratoire pour l'étude des sciences en plein air

La sociologie de l'expertise a connu et connaît un essor considérable depuis plusieurs décennies³⁰. Elle fait l'objet d'un nombre croissant de travaux dont l'objectif est d'examiner comment et par quels procédés se construisent les connaissances expertes, la manière dont elles sont mobilisées dans des situations problématiques, et institutionnalisées dans des programmes ou des dispositifs. Elle analyse les liens qui se tissent entre des savoirs académiques ou professionnels, des enjeux politiques et la société civile, notamment au travers de la production de normes et d'instruments qui modifient des ensembles de connaissances, la manière dont ils sont distribués, organisent la vie matérielle, rationalisent des risques et concrétisent ou limitent des promesses technologiques³¹. Elle est, pour reprendre les développements de Yann Bérard et de Renaud Crespin³², un objet-frontière aux

²⁹ Voir Benamouzig D., 2009, « Professionnalisation académique et engagements partisans des économistes de la santé (1970-1990) », *Sociétés contemporaines*, 73 (1), p. 73-95 ; Benamouzig D., 2012, « Du grand soir au clair-obscur. Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 193 (3), p. 56-73.

³⁰ Pour une première synthèse, voir Trépos J.-Y., 1996, *La sociologie de l'expertise*, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », Paris.

³¹ Barbier M., Cauchard L., Joly P.-B., Paradeise C., Vinck D., 2013, « Pour une approche pragmatique, écologique et politique de l'expertise », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 7 (1), p. 1-23.

³² Bérard Y., Crespin R., (dir.), 2010, *Aux frontières de l'expertise. Dialogues entre savoirs et pouvoirs*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes.

contours flous. L'analyse des mobiles de l'expertise que livre Francis Chateauraynaud³³ l'illustre bien et rend compte du caractère à la fois polyphonique et contingent que revêt cet objet. L'enjeu est alors de tenter de caractériser une partie du processus complexe d'évolution de l'expertise telle qu'il se donne à voir aujourd'hui dans l'action publique. Les travaux, les publications et les colloques sur cette thématique sont nombreux et il est vain de vouloir les recenser dans notre propos. Toutefois, ces recherches se développent schématiquement selon deux grandes tendances qu'il importe de retracer pour situer nos résultats dans ce vaste ensemble et pointer la/les éventuelle(s) singularité(s) de notre sujet d'étude.

La première prend pour objet la situation d'expertise, définie comme « la rencontre d'une conjoncture problématique et d'un savoir spécialisé³⁴ », et les pratiques expertes afin de saisir les différentes manières dont les experts parviennent : à évaluer les risques liés à une maladie et à définir des standards en situation d'incertitude³⁵ ; à élaborer des « prises » afin d'identifier l'authenticité des choses dans des scènes de la vie ordinaire ou professionnelle³⁶ ; à exercer un jugement afin de déterminer l'aptitude au travail d'un salarié dans le cadre d'une visite médicale, obligatoire au sein des entreprises depuis la loi de 1946 définissant le rôle général des médecins du travail³⁷ ; *etc.* Les exemples de travaux prenant pour objet l'expertise en situation sont nombreux, nous n'en citons ici que quelque uns que nous considérons comme exemplaires par leurs démonstrations et leur richesse empirique. Ils débouchent parfois sur une sociologie des sciences qui s'intéresse à l'usage des savoirs scientifiques et professionnels en « plein air³⁸ » pour reprendre les propos de Michel Callon, Pierre Lascoumes et Yannick Barthe, autrement dit lorsque les connaissances scientifiques ou

³³ Chateauraynaud F., 2011, « Les mobiles de l'expertise scientifique et technique », in Chateauraynaud F., 2011, *Argumenter dans un champ de forces. Essai de balistique sociologique*, Éditions Pétra, coll. « Pragmatismes », Paris, p. 213-250.

³⁴ Fritsch P. (dir.), 1985, *Situations d'expertise et socialisation des savoirs*, actes de la table ronde, colloque du CRESAL, Saint-Étienne, 14-15 mars, p. 3.

³⁵ Granjou C., Barbier M., 2010, *Métamorphoses de l'expertise. Précaution et maladies à prions*, Maison des sciences de l'homme, coll. « Natures Sociales », Paris.

³⁶ Bessy C., Chateauraynaud F., 1995, *Experts et faussaires. Pour une sociologie de la perception*, Métailié, Paris.

³⁷ Dodier N., 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, Paris.

³⁸ Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., 2001, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Éditions du Seuil, coll. « La couleur des idées », Paris.

professionnelles sont mobilisées hors du laboratoire pour « équiper³⁹ » la société civile et renseigner la décision politique.

La seconde tendance s'intéresse à « l'entrée en expertise⁴⁰ » ou au « devenir expert⁴¹ ». Comment un individu, scientifique ou non, acquiert le statut toujours précaire d'expert dont « la position résulte du fait que, dans un contexte donné, des acteurs s'accordent pour reconnaître à la parole d'un individu une autorité singulière⁴² ». Quels sont les critères, les connaissances, les ressources et les déplacements qui permettent d'obtenir cette position et d'exercer ce rôle ? Ces travaux ont, entre autres, conduit à distinguer l'expert mandaté – à savoir l'expert doté d'un capital spécifique qui intervient comme un tiers, dans une position d'extériorité par rapport à l'institution-cadre dans laquelle se déroule l'expertise – de l'expert instituant qui ne se contente pas d'évaluer à partir de son savoir propre une situation donnée, mais la constitue par ce savoir et produit des « faits normatifs », des qualifications et des déqualifications qui prennent un statut de droit⁴³.

Cette capacité de l'expert, une fois recruté, à « contribuer personnellement au mode de légitimation qui autorise sa présence⁴⁴ » a également eu pour effet de faire émerger des critiques à l'encontre de l'expertise classique, envisagée comme l'exportation de la science et de ses modèles d'évaluation dans le champ social⁴⁵ alors même que la légitimité de son intervention tient précisément à l'existence de cette frontière, à l'autonomie et à la neutralité qu'elle permet de revendiquer⁴⁶. Elles ont ainsi ouvert sur une série de travaux accordant une place plus importante aux experts dit « profanes » et aux connaissances issues de l'expérience

³⁹ Trépos J.-Y., 2002, « L'expertise comme équipement politique de la société civile », *Questions de communication*, 2, p. 7-18.

⁴⁰ Chevallier J., 1996, « L'entrée en expertise », *Politix*, 9 (36), p. 33-50.

⁴¹ Voir le chapitre I de l'ouvrage de Trépos J.-Y., 1996, *op.cit.*

⁴² Robert C., 2008, « Expertise et action publique », in Borraz O., Guiraudon V., (dir.), *Politiques publiques I*, Presses de Sciences Po, coll. « Académique », Paris, p. 311.

⁴³ Castel R., 1985, « L'expert mandaté et l'expert instituant », in Fritsch P. (dir.), 1985, *Situations d'expertise et socialisation des savoirs*, actes de la table ronde, colloque du CRESAL, Saint-Étienne, 14-15 mars, p. 81-92.

⁴⁴ Memmi D., 1989, « Savants et maîtres à penser. La fabrication d'une morale de la procréation artificielle », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 76-77, p. 93.

⁴⁵ Joly P.-B., 1999, « Besoin d'expertise et quête d'une légitimité nouvelle : Quelles procédures pour réguler l'expertise scientifique ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1, 53^{ème} année, p. 45-53.

⁴⁶ Robert C., 2008, *op. cit.* p. 316.

des milieux⁴⁷ conduisant même certains sociologues à faire la promotion de dispositifs démocratiques nouveaux tels que les « forums hybrides⁴⁸ » afin d'ouvrir la décision politique à la participation des citoyens sur des sujets sensibles et controversés. Mais de quelle nature est cette participation ?

Dans le domaine de l'action sociale et de la santé⁴⁹, ces dispositions furent inscrites dans la loi Kouchner n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, à la qualité des soins et à la démocratie sanitaire ainsi que dans la loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004 afin de légitimer la place des patients et des collectifs associatifs dans la gouvernance de la santé. Elles sont le fruit d'un important travail de mobilisations associatives à la suite d'affaires importantes, telle que l'affaire du sang contaminé⁵⁰, aillant mis à mal la position hégémonique des médecins et de l'expertise scientifique dans la relation soignant/soigné et la gestion des crises sanitaires. Les associations, auxquelles les sociologues prêtent volontiers un caractère « profane » et « citoyen », participent donc à transformer les rapports de pouvoirs et de compétences à l'intérieur du monde médical mais également en dehors de cet univers, en s'appuyant sur d'autres disciplines scientifiques, pour faire valoir la légitimité de leurs maladies⁵¹, de leurs connaissances⁵² ou de leurs préjugés⁵³. Toutefois, est-ce que tous les

⁴⁷ Voir les travaux précurseurs de Wynne B., 1989, "Sheep Farming after Chernobyl: A Case Study in Communicating Scientific Information", *Environmental Magazine*, 31 (2), p. 33-39; Wynne B., 1996, "May the Sheep Safely Graze? A Reflexive View of the Expert-Lay Knowledge Divide", in Lash S., Szerszynski B., Wynne B., (eds.), *Risk, Environment and Modernity: Towards a New Ecology*, Sage, London, p. 27-83; Wynne B., 1996, "Misunderstood Misunderstandings: Social Identities and Public Uptake of Science", in Irwin A., Wynne B., (eds.), *Misunderstanding Science? The Public Reconstruction of Science and Technology*, Cambridge University Press, Cambridge.

⁴⁸ Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., 2001, *op.cit.*

⁴⁹ Qui constitue, avec 11,3% d'associations, le troisième secteur le plus important en termes d'effectifs associatifs après le secteur sportif (60%) et la défense des droits et des causes (15,5%). Catégorisation et chiffres établis par Viviane Tchernonog (Tchernonog V., 2007, *Le paysage associatif français*, Dalloz/Juris-associations, Paris/Lyon).

⁵⁰ Fillion E., 2005, « Que font les scandales ? La médecine de l'hémophilie à l'épreuve du sang contaminé », *Politix*, 18 (71), p. 193-216.

⁵¹ Callon M., Rabeharisoa V., 1999, *Le pouvoir des malades. L'association française contre les myopathies et la recherche*, Éditions de l'École des Mines, Paris ; Colinet S., 2010, « L'implication associative de personnes atteintes de sclérose en plaques », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 5, <http://socio-logos.revues.org/2507>.

⁵² Barbot J., 2001, « Les interactions entre les associations et les agences publiques dans l'organisation de la recherche d'un traitement contre le sida », *Revue Française des Affaires Sociales*, 4, p. 59-63 ; Barbot J., 2001,

problèmes de santé publique se prêtent à de telles ouvertures ? Les usagers et les collectifs associatifs parviennent-ils toujours à faire entendre leurs voix ?

D'autres sociologues tentent en effet de comprendre comment il se peut que les sciences et les technologies restent malgré tout la meilleure façon de « distiller » l'expérience humaine d'un monde incertain⁵⁴. Inscrivant leur démarche dans une forme de scientisme, ils déclinent plusieurs niveaux d'expertise dans la compréhension des phénomènes allant de l'expertise dite « omniprésente », qui s'apparente au sens commun, à l'expertise qu'ils qualifient de « contributive », en passant par l'expertise « interactionnelle » à laquelle ils consacrent leurs développements. Ainsi, la participation du public a permis de réduire le problème de la légitimité mais elle a fait émerger en retour le problème de l'extension, c'est-à-dire la question de savoir comment, où et quand limiter la participation du public. Les auteurs font l'hypothèse qu'accepter l'idée d'une vision de « sagesse populaire » (qui n'est pas celle du « profane ») ne suffit pas à fonder la prise de décision technologique – qui se découpe en deux phases (la phase du débat scientifique ou technologique et la phase politique à proprement parlé) – car cela revient à gommer la frontière entre « ceux qui savent de quoi ils parlent » et « ceux qui ne savent pas de quoi ils parlent ». Se pose donc à nouveau la question des recours à l'expertise (qui croire ?) et des facteurs permettant à certains individus de faire porter leurs voix aux plus hauts niveaux des prises de décisions politiques (quelles dynamiques soutiennent ces expertises ?). Comme le développe Francis Chateauraynaud, il n'appartient pas à n'importe qui de pouvoir argumenter dans un champ de forces⁵⁵ même s'il est toujours envisageable que les transformations sociales ne requièrent pas de modifier d'un coup la « structure » mais de trouver l'opérateur (parfois petit) qui fait se réorienter les milliards d'actants⁵⁶.

Sur ces différents points, nous faisons l'observation dans le domaine de l'obésité que la présence de telles expertises profanes, citoyennes ou expérientielles n'est que marginale ou

« S'engager dans le monde biomédical. Diversité et front commun des associations. Les formes de l'action collective », *Raisons Pratiques*, 12, p. 229-254.

⁵³ Barbot J., Fillion E., (2007), « La dynamique des victimes. Les formes d'engagement associatif face aux contaminations iatrogènes (VIH et prion) », *Sociologies et sociétés*, 29 (1), p. 217-247.

⁵⁴ Collins H., Evans R., 2007, *Rethinking expertise*, The University of Chicago Press, Chicago, p. 2.

⁵⁵ Chateauraynaud F., 2011, *Argumenter dans un champ de forces. Essai de balistique sociologique*, Éditions Pétra, coll. « Pragmatismes », Paris.

⁵⁶ Latour B., 1984, *Les microbes. Guerre et paix*, suivi de *Irréductions*, Métailié, coll. « Pandore », Paris.

adossée à des expertises scientifiques considérées comme plus légitimes. L'espace associatif s'apparente davantage à un espace collectif qui permet à des experts éloignés, voire écartés, de la conception nationale des programmes de santé publique, de continuer à exister dans le débat⁵⁷. Dès lors, nous tempèrerons les analyses qui envisageraient l'évolution des rapports entre les décideurs nationaux et les associations comme l'unique expression d'une « démocratie sanitaire⁵⁸ » à l'œuvre octroyant une place plus importante à la société civile. Il s'agit là encore d'une singularité de la médecine de l'obésité où l'expertise médicale, de nature académique et clinique, est prépondérante et reste le pivot autour duquel s'organisent les autres participants du fait de son statut valorisé par les instances sanitaires et les patients mais également parce que les médecins sont en charge de la prescription qui s'avère indispensable dans le système sanitaire français pour le remboursement des actes. **Cette curiosité est au fondement de notre positionnement théorique.** Elle nous a conduit à distinguer, dans la dynamique de normalisation de la corpulence, la participation ou l'implication (involvement dans la littérature anglo-saxonne) des parties prenantes du concept d'engagement (commitment) expert.

3 – Une sociologie de l'engagement

Il nous faut justifier le choix de cette distinction entre la participation et l'engagement car la sociologie fournit de multiples regards pour les étudier, souvent conjointement et parfois de façon indistincte. La première raison tient à l'état actuel des débats sur la participation que nous venons d'évoquer et le problème plus particulier de l'extension de la prise de décision politique aux publics concernés. Nous ne reviendrons pas dessus. La seconde réside dans le constat établi par Howard Becker sur la notion d'engagement⁵⁹, que nous partageons, à savoir qu'il en « est venu à englober un large éventail de significations de sens commun, charriant ainsi toutes sortes d'ambiguïtés fort prévisibles » (p. 178).

⁵⁷ Merlaud F., Terral P., Haschar-Noé N., 2012, « S'engager dans la lutte contre l'obésité et la sédentarité en France. La construction d'une expertise hybride et située par les réseaux associatifs de prévention et de soins », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 7, <http://socio-logos.revues.org/2691>.

⁵⁸ Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., 2001, *op.cit.* ; Akrich M., Rabeharisoa V., 2012, « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé publique*, 24 (1), p. 69-74.

⁵⁹ Becker H.S., 2006, « Notes sur le concept d'engagement », *Tracés. Revue de Sciences Humaines*, 11, p. 177-192 : <http://traces.revues.org/257>. Référence originale : Becker H.S., 1960, "Notes on the Concept of Commitment", *The American Journal of Sociology*, 66 (1), p. 32-40.

Nous identifions dans la littérature sociologique sur l'engagement un premier corpus d'études, proches de la sociologie des intellectuels, qui a permis de typifier les formes de l'engagement intellectuel⁶⁰ dans la société depuis le penseur « critique universaliste », souvent incarné par la figure de Jean-Paul Sartre, à l'« expert » doté d'une compétence spécialisée en passant par l'« intellectuel spécifique⁶¹ » aussi appelé « critique spécialisé ». Un second corpus de travaux analyse les engagements militants, en tant que prise de rôle inscrite dans la durée, à partir des théories de l'action collective⁶², du champ syndical⁶³, des milieux associatifs⁶⁴, des organisations altermondialistes⁶⁵ ou politiques⁶⁶, *etc.* Ces travaux donnent à voir les raisons pour lesquelles des individus sont amenés à s'engager pour une cause et rendent compte de la cohérence de leurs comportements. Ils observent dans le temps des modes d'engagement (pétitions, prises de parole publique dans des meetings ou des manifestations, *etc.*), des rituels qui organisent les cadres de l'interaction et de l'engagement en acte, adossés à des idées, des connaissances, des sociabilités, des dispositions ou des trajectoires sociales particulières. Mais ils ont, selon nous, pour limite de peu voire pas formaliser le processus d'engagement à proprement parlé et ce qu'il suppose comme contraintes ou coûts d'investissement. Comme l'affirme Howard Becker, « la proposition selon laquelle l'engagement produit des lignes

⁶⁰ Pour une synthèse, voir Sapiro G., 2009, « Modèles d'intervention politique des intellectuels. Le cas français », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 176-177 (1), p. 8-31 ; Pinault M., 2003, « L'intellectuel scientifique : du savant à l'expert », in Leymarie M., Sirinelli J.-F., (dir.), *L'Histoire des intellectuels aujourd'hui*, Presses Universitaires de France, Paris, p. 229-254 ; et le dossier de la revue *Natures Sciences et Sociétés* : Bonneuil C., 2006, « Introduction. De la République des savants à la démocratie technique : conditions et transformations de l'engagement public des chercheurs », *Natures Sciences et Sociétés*, 14, p. 235-238.

⁶¹ Foucault M., 1994[1976], « La fonction politique de l'intellectuel », in Defert D., Ewald F., (dir.), *Dits et écrits*, III, Gallimard, Paris, p. 109-114.

⁶² Voir le chapitre 11 de l'ouvrage de Cefaï D., 2007, *Pourquoi se mobilise-t-on ? Les théories de l'action collective*, Éditions La Découverte, coll. « La bibliothèque du M.A.U.S.S », Paris.

⁶³ Berlivet L., Sawicki F., 1994, « La foi dans l'engagement. Les militants syndicalistes CFTC de Bretagne dans l'après-guerre », *Politix*, 7 (27), p. 111-142.

⁶⁴ Harvard-Duclos B., Nicourd S., 2005, *Pourquoi s'engager ? Bénévoles et militants dans les associations de solidarité*, Payot, Paris.

⁶⁵ Cruzel E., 2004, « “Passer à l'Attac”. Éléments pour l'analyse d'un engagement altermondialiste », *Politix*, 17 (68), p. 135-163.

⁶⁶ Lafont V., 2001, « Les jeunes militants du Front national : trois modèles d'engagement et de cheminement », *Revue française de science politique*, 51, p. 175-198 ; Bruneau I., 2002, « Un mode d'engagement singulier au Front national. La trajectoire scolaire effective d'un fils de mineur », *Politix*, 15(57), p. 183-211. ; Duriez H., 2004, « Modèles d'engagement et logiques de structuration des réseaux locaux de la gauche mouvementiste à Lille », *Politix*, 17 (68), p. 165-199.

d'action cohérentes est tautologique car, quelles que soient nos intuitions sur son existence propre, l'engagement est alors synonyme du comportement engagé qu'il est censé expliquer⁶⁷ ». Dans la mesure où ces recherches sont centrées sur des individus ou des organisations sélectionnés comme objet d'étude pour leurs engagements singuliers – souvent politiques et déjà manifeste –, ils ne peuvent formaliser les critères d'analyse qui permettent de distinguer les individus engagés, des individus seulement impliqués ou participants qui sont de fait exclus ou à la marge de leurs observations. Leurs approches méthodologiques ne permettent finalement pas de porter un regard sur la frontière entre un individu « qui sait de quoi il parle » et un individu « qui ne sait pas de quoi il parle ». Si nous pouvons considérer un militant à la tribune d'une manifestation comme un individu engagé, peut-on pour autant considérer comme engagée une personne qui assiste à son élocution ?

La langue anglaise nous invite donc à distinguer et à ne pas confondre, au travers de la fable du cochon et du poulet (citée en avant-propos de cette introduction), les notions de « commitment » et d'« involvement » que nous pourrions traduire et associer à l'engagement. Deux sociologues ont, à notre connaissance, poussé plus loin la réflexion : Howard Becker, précédemment cité, et Laurent Thévenot⁶⁸.

Afin d'éviter l'écueil tautologique, le sociologue américain invite les chercheurs s'appuyant sur la notion d'engagement à caractériser le fait d'être engagé, indépendamment de l'engagement en acte qu'il est censé expliquer. L'effort de théorisation qu'il fait du concept le conduit à retenir le terme « engagement » pour faire référence aux mécanismes spécifiques contraignant le comportement au moyen de paris subsidiaires (« *side bet* ») antérieurs. Selon lui, l'individu engagé agit de manière à impliquer directement dans son action certains de ses autres intérêts, au départ étrangers à l'action dans laquelle il s'engage. Par ses propres actions antérieures, il a mis en jeu une chose à laquelle il tient – et qui n'a au départ aucun rapport avec son enchaînement présent d'actions – en étant cohérent dans son comportement présent. Les conséquences de l'incohérence seraient tellement coûteuses, que l'incohérence dans l'attitude n'est plus une alternative praticable. L'individu a conscience, au préalable ou au moment de faire le choix de s'engager, de l'existence de ce pari subsidiaire et que sa décision à ce sujet aura des ramifications au-delà. Ces paris subsidiaires peuvent être le fruit d'une

⁶⁷ Becker H.S., 2006[1960], *op.cit.*, p. 183.

⁶⁸ Thévenot L., 2006, *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, La Découverte, coll. « Textes à l'appui/politique et sociétés », Paris.

action antérieure de l'individu mais ils peuvent également être réalisés contre son gré dès lors qu'il appartient à une société, une organisation, un groupe, une classe sociale, *etc.* L'enjeu pour le sociologue est de déceler les paris subsidiaires qui sous-tendent des décisions qui produiront un comportement cohérent. « Les décisions n'engendrent pas en elles-mêmes des lignes d'action cohérentes, dans la mesure où l'on en change fréquemment, [...] mais celles qui ne sont pas soutenues par ces types de paris n'auront pas la force de se maintenir et se recroquevilleront face à la moindre opposition, ou se déliteront, pour être remplacées par d'autres décisions par essence insignifiantes, jusqu'à ce qu'un engagement fondé sur des paris subsidiaires stabilise le comportement⁶⁹ ». Enfin, pour comprendre complètement l'engagement d'un individu, il convient d'analyser le système de valeurs ou, mieux encore, des objets de valeur avec lesquels les paris peuvent être pris, dans le monde dans lequel l'individu vit. Ce faisant, nous comprenons non seulement comment les paris subsidiaires sont pris, mais aussi les ressources qui les rendent possibles ; il semble en fait qu'il soit impossible de repérer les premiers sans comprendre les secondes.

Avec Laurent Thévenot, l'engagement trouve son moteur et son unité conceptuelle dans le jugement sur l'action. S'engager signifie que quelqu'un qui agit tient un jugement sur son action. Cette évaluation dans le cours de l'action prend la forme d'une question pratique : est-ce que mon action convient ? L'identité de la personne n'est dans sa perspective « pas seulement caractérisée, mais composée et recomposée à partir d'engagements multiples dont le feuilletage confère une consistance dynamique à la personne⁷⁰ ». Il distingue trois régimes d'engagement (de la justification, du plan et de familiarité) qui renvoient à trois façons différentes d'évaluer ce qu'on est en train de faire. Lors d'une dispute, il faut qualifier sa position au nom de principes généraux pour la justifier de façon probante aux yeux d'un public anonyme. Lors de la mise en œuvre d'un plan, il suffit de montrer à quelqu'un que l'on peut avoir ou suivre un projet. Les catégories alors mobilisées sont moins générales. Lors d'un engagement en régime de familiarité le critère d'évaluation est quasi-indicible, il relève de l'aisance, de la « commodité » et de l'« attachement » (p. 245). Le jugement, selon lui, repose sur trois étapes : la qualification, qui permet de mettre en équivalence, dans la perspective d'atteindre un but, des éléments qui m'environnent ; la clôture, qui permet d'oublier l'interprétation des signes, au moins temporairement, pour pouvoir agir. L'arrêt du

⁶⁹ Becker H.S., 2006, *op.cit.*, p. 188-189.

⁷⁰ Table ronde avec Luc Boltanski, François Dosse, Michaël Foessel, François Hartog, Patrick Pharo, Louis Quéré et Laurent Thévenot, 2006, « L'effet Ricoeur dans les sciences humaines », *Esprit*, 323, p. 43-68.

jugement repose alors sur des repères partagés, nommés « investissements de forme⁷¹ », qui canalisent l'attention et les gestes vers la sélection d'éléments pertinents pour telle ou telle action ; et la possibilité de révision, lorsqu'une personne constate une déconvenue, elle est capable de se réajuster. Enfin, l'engagement n'est pas simplement une action qui s'adapte à des contraintes, elle vise la quête d'un bien capital (qui ne se réduit pas à des finalités mais inclut l'assurance de la personne dans son rapport aux autres et à elle-même) et implique à minima un souci de coordination avec soi-même, avec les personnes qui nous entourent et/ou avec les objets dans le monde.

Plus que les typologies élaborées, nous retiendrons de ces constructions théoriques les ingrédients qui caractérisent un engagement et le distinguent d'autres formes de participation. **A savoir, l'existence d'un pari subsidiaire qui met en relation des actions passées, des ressources (systèmes de valeur et/ou objet de valeur) et des intérêts avec une ligne d'action cohérente dont la décision impacte sur l'avenir. Ces engagements impliquent un jugement sur les situations rencontrées par les personnes qui engendrent des opérations de qualification, de clôture et de révision.** Ces étapes conduisent à des ajustements et produisent de l'incertitude quant à l'aboutissement de l'engagement. Car il est également contraint par des règles, par un souci de coordination avec soi-même et les entités peuplant l'environnement, ainsi que par les organisations ou formes sociales⁷² qui représentent des appuis et des enjeux mais qui peuvent également générer des paris subsidiaires à l'insu des individus. C'est le cas par exemple lorsqu'un homme qui souhaite quitter son emploi se heurte au fait que, à cause des règles régissant le fonds de retraite de l'entreprise, il ne pourra partir sans perdre la somme considérable qu'il détient dans ce fond. Toute décision relative au nouvel emploi implique un pari financier subsidiaire que le fond de retraite a, par ses règles, pris pour lui.

⁷¹ Ils mettent « en balance un coût et la généralité d'une forme qui sert d'instrument d'équivalence et qui est caractérisée par sa stabilité et son extension (domaine de validité) » (p. 30). Il s'agit de règles, plus ou moins générales et plus ou moins stables ou extensives, collectivement négociées (ceci a un coût) qui ont pour contrepartie de structurer l'environnement de façon à le rendre signifiant et rentable en stabilisant la fonction des objets et des personnes évoluant dans cet espace, sans que les participants aient à chaque fois besoin de les renégocier. Une loi est un investissement de forme avec un rendement élevé. Les repères très singuliers au sein d'un habitat peuvent l'être tout autant.

⁷² Grossetti M., 2004, *Sociologie de l'imprévisible. Dynamique de l'activité et des formes sociales*, Presses Universitaires de France, Paris.

Il va sans dire que ce n'est pas au sociologue de définir *a priori* ce que doit être ou devrait être l'engagement. **Ce sont les acteurs qui se préoccupent de distinguer les connaissances, les dispositifs, les contraintes et les possibilités de l'engagement. Le passage obligé par les usages du langage ordinaire pour dire quoi que ce soit sur les individus obèses et l'obésité donne au chercheur l'occasion de se saisir des traces de leurs jugements pour établir son/ses modèle(s).** C'est cette posture de recherche que nous adoptons. Au lieu d'être tendu dans son effort de description critique pour déconstruire « l'ordre de l'apparence socialement constituée⁷³ », elle incite le chercheur à décrire toutes les opérations par lesquelles les acteurs font apparaître comme êtres dans le monde social. Ce moment est important dans l'enquête. Il nous éclaire sur la variété des entités que manipulent les acteurs dans leurs argumentations dès lors qu'ils s'engagent dans un processus de normalisation des corps. **Il permet de constituer la base sur laquelle nous pouvons étudier, dans un deuxième temps, les tensions éventuelles entre ces mondes et leurs contradictions. La sociologie garde une portée critique mais ce n'est plus la même. Elle clarifie ce que les acteurs ouvrent comme possibilités d'action, et ce à quoi l'on doit renoncer, en considérant les individus sous certains angles.**

Nous verrons que la problématique de l'obésité en France est née de l'engagement de médecins de santé publique et d'épidémiologistes dont les intérêts scientifiques et professionnels les ont conduit à formuler un pari concernant le devenir de la corpulence de la population française, faisant peser un risque sur la santé et l'économie. Ce risque devenu intolérable pour les pouvoirs publics constitue l'assise de la politique nutritionnelle, encore à l'œuvre à l'heure où nous écrivons ces pages. Cette mobilisation est aussi le point de départ d'autres engagements de psychiatres, de sociologues, de psychologues, d'associations, ... dont les jugements diffèrent. Il s'ensuit que la normalisation de la corpulence résulte de la confrontation entre ces engagements à la fois concurrentiels sur certains aspects (les conceptions associées à la définition de l'obésité) et analogues sur d'autres (le postulat de la prise en charge pluridisciplinaire des patients au fondement de la médecine de l'obésité).

Mais avant de détailler nos résultats, commençons par indiquer comment nous les constituerons. Nous ne nous livrerons pas à l'écriture d'une section « méthodologique » spécifique tant chacune de nos conclusions, présentées dans les parties I, II et III, sont le fruit

⁷³ Bourdieu P., Wacquant L., 1992, *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Le Seuil, coll. « Libre examen politique », Paris, p.213.

d'opérations de recherche variées et déployées dans des temporalités distinctes. Certaines d'entre elles, pour les plus anciennes, furent mises en œuvre au cours de notre mémoire de master 2 en 2009-2010, tandis que les plus récentes, ont été réalisées au cours de l'année 2013⁷⁴. Par ailleurs, la méthode est « une visite, à distance, dans le laboratoire d'un chercheur ». Or, ce laboratoire est « singulièrement léger [...] et les machines y sont rares⁷⁵ ». Le nôtre ne déroge pas à la règle et se résume à un bureau, un ordinateur, une connexion internet, des logiciels de traitement de texte, de programmation, des piles de notes, d'ouvrages et des cartons, à même le sol, remplis d'articles, de programmes de colloques et de documents glanés sur le « terrain ». Par conséquent, nous faisons plutôt le choix de décrire le cheminement de notre enquête et la manière dont s'articule notre cadre d'analyse à des procédures de production et d'extraction de données. Nous différons la présentation des outils qui leurs sont associés dans des encarts dédiés en début de chaque partie afin de faciliter la compréhension de l'exposé des résultats et de leurs interprétations.

3.1. Des acteurs aux « fâitiches » institutionnels

Revenons-en au(x) « terrain(s) » précisément. S'intéresser aux engagements experts participant à la normalisation de la corpulence implique de « suivre les acteurs » prenant part à ce processus. De fait, il ne s'agit pas d'un lieu unique, une totalité qui s'offre à l'observation de l'ethnologue immergé dans une « culture », une « communauté », un « laboratoire », un « comité », etc. L'obésité, comme nous l'avons esquissé dans la première section de cette introduction, est un phénomène social complexe jugé par différents individus. Ses transformations successives s'opèrent dans plusieurs espaces et mettent en jeu des outils et des métrologies multiples. Suivre les acteurs, avons-nous dit, mais pourquoi procéder ainsi et comment faire ? Pourquoi risquer d'être plongé dans un brouillard de contingences puisque,

⁷⁴ Par ailleurs, notre travail a bénéficié et alimenté trois contrats de recherche : l'un, financé par l'Institut de recherche en santé publique et dirigé par Nadine Haschar-Noé (PRISSMH-SOI – Université de Toulouse Paul Sabatier), s'intitule *Sociologie d'une politique préventive de santé publique. Le Programme national nutrition santé à l'épreuve de la territorialisation (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais)* (2009-2012). Le second, financé par le Conseil Régional de Midi-Pyrénées, s'intitule *Activité physique, nutrition et santé : la mise en œuvre du PNNS en Midi-Pyrénées* (2009-2010) également dirigé par Nadine Haschar-Noé. Enfin le troisième contrat, financé par l'Agence National de la Recherche et dirigé par Patrick Trabal (CERSM – Université de Paris Ouest Nanterre), s'intitule *Le travail scientifique interdisciplinaire : réalités et contraintes*.

⁷⁵ Dodier N., 1993, *op.cit*, p. 36.

comme l'analyse Dominique Pestre⁷⁶, les acteurs ne se donnent pas d'eux-mêmes et leur nombre, face à toute question, est *a priori* infini ? En fait, comme il le développe si bien, nous ne « suivons » pas « les » acteurs mais nous en sélectionnons certains que nous jugeons pertinents d'étudier car ils semblent jouer un rôle dans l'histoire. Par ailleurs, que suivons-nous ? Du fait de leur éparpillement sur le territoire et du respect de la vie privée, il semble utopique d'observer pas à pas, dans leur quotidien et dans leur intimité, l'ensemble des acteurs que nous sélectionnons sans leur aval, qui paraît également illusoire d'obtenir. En somme, nous ne pouvons qu'être les témoins d'interactions ponctuelles saisies dans l'espace public ou à de rares exceptions dans des espaces plus confinés. Enfin, nous n'avons accès qu'aux traces qu'ils peuvent laisser par leurs activités, les principales d'entre elles impliquant l'usage du langage naturel dans des « dits » ou des « écrits » pour paraphraser un recueil de cours célèbres.

3.1.1. Le département des narrations quantifiées

Afin de sortir de ces impasses et, malgré tout, tenir le fil de l'histoire de la normalisation de la corpulence au travers du traitement expert de l'obésité en France, il est important, selon nous, de cerner dans un premier temps les personnes charnières, qui sont bien souvent les plus visibles et les plus influentes (experts mandatés par l'État pour la mise en place d'un programme de santé publique, en l'occurrence le Programme National Nutrition Santé). Puis, d'extraire leurs prises de position dans les milieux où elles interviennent si nous voulons comprendre comment elles combinent les diverses ressources qu'elles engagent dans ce processus. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à des séquences, et c'est en suivant ces personnes dans ces séquences que nous pourrions décrire les combinaisons et les rapports qu'elles entretiennent avec d'autres individus ou milieux sociaux qui deviennent à leur tour pertinents pour l'enquête. **Il faut passer par une étape de personnalisation des discours publics portés sur l'obésité, au travers de séquences, pour faire agir des personnes singulières, dont nous pourrions dégager les principales ressources (argumentatives, organisationnelles, ...) et propriétés (des motivations, des modes d'être**

⁷⁶ Pestre D., 2012, « Épistémologie et politique des sciences and transnational studies », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6 (3), p. 1-24.

et de faire, des trajectoires professionnelles, ...) dans des « **narrations quantifiées**⁷⁷ » (partie I).

Cette méthode, développée par Michel Grossetti pour évaluer les effets d'encastrement à travers l'analyse des chaînes relationnelles, nous paraît transposable à notre sujet d'étude si nous opérons quelques ajustements. Elle consiste tout d'abord à construire un matériau narratif sur des processus qui peuvent être différents mais que nous souhaitons pouvoir mettre en équivalence sous certains aspects. L'auteur s'appuie sur des entretiens, des témoignages dont il reconstitue les récits. Ces récits font alors l'objet de croisements, de recoupements à partir d'autres sources écrites ou orales afin d'éviter l'écueil de centrer le récit sur une personne et son point de vue⁷⁸. Nous pouvons considérer cette étape comme l'effort de contextualisation que nous évoquions dans le paragraphe précédent sous la forme de séquences, appelées récits dans le cas présent. Ces récits peuvent ensuite faire l'objet d'analyses qualitatives sur certaines caractéristiques des processus étudiés, comme la présence de bifurcations ou de reconfigurations, et quantitatives afin de faire apparaître, par une procédure de codage, des régularités.

L'identification des processus dans les récits relève déjà d'un effort d'analyse de la part du chercheur. Il est alors indispensable de préciser les critères qui décident du début et de la fin de l'histoire qu'il rédige. C'est le moins qu'on puisse attendre d'une enquête méthodique, mais ces récits ne suppriment pas un sentiment plus profond de confusion. Ils campent l'obésité et l'obèse, le font agir, ils lui attribuent des motifs, ils dressent le contexte à l'intérieur duquel les inégalités et les symptômes prennent place, ils pointent les risques liés à la maladie et mentionnent les obstacles auxquels sont confrontés les tenants d'un programme de santé publique face aux lobbys. Mais, aucune histoire ne possède par elle-même, lorsqu'on la lit, ces ressorts de l'exemplarité qui offre l'opportunité au scientifique de monter en généralité sur la frontière entre l'engagement expert et la participation à une action collective.

⁷⁷ Grossetti M., 2011, « Les narrations quantifiées. Une méthode mixte pour étudier des processus sociaux », *Terrains & Travaux*, 19 (2), p. 161-182.

⁷⁸ Compte tenu des contraintes précédemment évoquées quant à la disponibilité et la dispersion sur le territoire des acteurs engagés dans le processus de normalisation de la corpulence, nous inverserons la procédure de récolte du matériau narratif en prenant pour point de départ des sources écrites ou orales, non structurées par un guide d'entretien, disponibles dans les médias, les rapports, les manifestations publiques, *etc.* Dans un second temps, afin de contrôler les narrations et de croiser nos sources, nous avons procédé à quelques entretiens ciblés permettant l'amendement de la trame de nos récits par les personnes elles-mêmes.

Nous en rencontrons plusieurs : des séquences rapportées par le chercheur, dans le style que nous avons indiqué, recoupées par des histoires plus fragmentées, moins détaillées, mais dont l'unité est cependant assurée par le souci que nous avons de les documenter au travers de la littérature scientifique disponible ou de sources complémentaires. Leur pouvoir d'évocation pourrait jouer sur d'autres ressorts : le témoignage des stigmatisations liées à la corpulence par exemple, mais ce n'est pas sous cet angle que nous nous y intéressons. Il nous faut donc bien des moyens supplémentaires pour sortir de ces récits et en faire quelque chose d'autre. Il manque en effet des méthodes pour sortir du fil du temps et éprouver la capacité des experts à bâtir des fondations pour leurs engagements, en examinant ce qui, dans les histoires, se réfère à elles. Nous étions dans le département des narrations quantifiées, il nous faut passer au département des fondations.

3.1.2. Le département des fondations

Cette personnalisation des récits ou séquences focalise l'attention du sociologue pour les situations⁷⁹, et plus particulièrement pour les moments de controverses ou de désaccord. Nous comprenons un engagement expert en examinant les entités qui guident l'attention d'un acteur dont il va se servir pour élaborer son jugement. Mais nous verrons que ces jugements peuvent subir des métamorphoses. Boltanski et Thévenot⁸⁰ ont utilisé cette entrée dans l'action pour montrer les critiques réciproques, les « dénonciations », et les « dévoilements », qui surgissent lorsque des personnes jugent la même affaire selon des « mondes communs » différents. Dans nos séquences, nous retrouvons ces dimensions critiques dans l'usage des régimes alimentaires en vue d'un amaigrissement, celui des messages nutritionnels pour la promotion de la santé et l'attribution des bénéfices associés à la pratique d'une activité physique (partie II).

⁷⁹ Dans la cadre de la méthode des narrations quantifiées, cette seconde étape s'apparente à la formalisation des configurations qui sont des « arrêts sur image » permettant de reconstituer les relations d'interdépendance entre des acteurs et des ressources que les récits mettent en scène. L'usage de la notion de configuration fait par l'auteur est ici proche de celui des développements d'Elias N., 1991[1970], *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Pocket, coll. « Agora », Paris. L'intérêt est de saisir des dynamiques : « la narration permet de se concentrer sur le changement, sans empêcher toutefois de faire de temps en temps des arrêts sur image qui éclairent des environnements structurels » (Grossetti M., 2011, *op. cit.*, p.179).

⁸⁰ Boltanski L., Thévenot L., 1991, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Gallimard, Paris.

En suivant le développement des situations de disputes⁸¹, on peut mettre en évidence les dispositifs que les personnes doivent inventer pour tenter de clore les conflits⁸², ou pour faire émerger de nouveaux mondes possibles conduisant parfois à des « dialogues de sourds⁸³ » ou des divergences incommensurables⁸⁴. **Elles donnent à voir des références normatives existantes et, en même temps, elles sont le lieu où s'en élaborent de nouvelles.** Pour notre étude, l'enjeu d'une telle perspective est d'essayer de discerner les forces⁸⁵ et les fondations qui permettent non seulement à un individu de s'engager dans des processus d'expertise, mais surtout de parvenir à transformer les états de choses dans la dynamique des débats autour de l'obésité. Au cœur de ces processus de transformation, il y a des moments de vérité auxquels ne peuvent se soustraire les personnes et les groupes. Cela se traduit par des joutes argumentatives qui visent « l'installation d'une factualité (“voilà ce qu'il en est réellement”, “nous sommes face à”), de réflexivité sur les outillages cognitifs qui engage une épistémologie réflexive (“ce qui permet de dire X, ce sont les études menées par Y”), et de référence à des valeurs universalisables marquées par l'activation d'impératifs ou de principes supérieurs (“il faut sauver la planète avant qu'il ne soit trop tard !”)⁸⁶ ». Au cours de ces confrontations, il est possible de créer de nouveaux principes, de nouveaux objets et une forme originale d'articulation entre eux. Mais les protagonistes ne peuvent s'affranchir de l'histoire dans laquelle ils sont pris et faire l'impasse sur les « cadres⁸⁷ » qui organisent

⁸¹ Poser la question des controverses, c'est s'inscrire dans une démarche qui met au cœur de son sujet les conflits et les luttes. La littérature offre de nombreux synonymes pouvant lui correspondre dans le langage courant : polémiques, disputes, ... En sociologie, elle renvoie à d'autres notions liées à la conflictualité et peut être travaillée en tant que telle par différentes approches conceptuelles. Devant l'étendue des approches possibles (pour une revue de littérature voir l'introduction de l'ouvrage de Collinet C., Terral P., 2013, *Sports et controverses*, Éditions des archives contemporaines, Paris), nous avons choisi d'utiliser ce terme de façon générique.

⁸² Chateauraynaud F., 1991, *La faute professionnelle. Une sociologie des conflits de responsabilité*, Métailié, Paris.

⁸³ Angenot M., 2008, *Dialogues de sourds. Essai de rhétorique antilogique*, Mille et une nuits, Paris.

⁸⁴ Khun T.S., 1983[1962], *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, coll. « Champs », Paris.

⁸⁵ « Une force est ce qui produit un changement d'état dans le monde et un champ de forces se caractérise par la mise en rapport de capacités différentes de transformation des états de choses. Créer un rapport de forces, c'est être en mesure de faire plier, reculer, disparaître ce qui fait obstacle à l'action ou à la reconfiguration d'un milieu, d'une activité ou d'un dispositif » (Chateauraynaud F., 2011, *op.cit.*, p. 22).

⁸⁶ Chateauraynaud F., 2011, *op.cit.*, p. 109.

⁸⁷ Goffman E., 1991[1974], *Les cadres de l'expérience*, Les Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun », Paris ; Snow D.A., Rochford E.B.J., Worden S.K., Benford R.D., 1986, “Frame Alignment Processes,

l'interaction, sans prendre le risque d'être décrédibilisés, écartés ou mis en marge du processus d'expertise. **Ces moments de dispute sont donc particulièrement intéressants car ils fixent l'identité des participants, les rôles qu'ils jouent et les sujets qu'ils abordent sans être pour autant dénués de surprises et d'incertitudes quant à leurs issues. Ils permettent d'éprouver les coûts d'entrée dans l'engagement expert et par conséquent d'étudier le degré de participation des acteurs ayant différents points de vue sur le monde.**

A propos de ces mondes, nous les traitons comme étant disjoints en régime de controverse. Nous voulions, en effet, sortir de la confusion dans laquelle nous avaient jeté les entités multiples manipulées par les acteurs dans nos récits afin de distinguer les fondations des expertises qui « portent⁸⁸ », de celles qui ne portent pas du fait notamment d'un engagement moindre (confinant à la participation) ou, au contraire, à des engagements dont le pari, trop risqué, fait peser des conséquences jugées inacceptables pour la société (l'exemple du mouvement de *fat acceptance*⁸⁹ de l'association Allegro Fortissimo calqué sur le modèle américain illustre ce cas de figure). Ces deux processus peuvent alors conduire à la mise à l'écart de certaines formes expertes, à leur éviction ou elles peuvent se voir agréger sous d'autres formes (plus consensuelles ou considérées comme plus légitimes). Mais ces mondes sont justement mêlés dans nos séquences et les échanges peuvent conduire à des divergences mais également à des constats partagés. Nous quittons alors le département des fondations pour rejoindre celui des cartographes.

Micromobilization, and Movement Participation”, *American Sociological Review*, 51, p. 464-481; Snow D.A., Benford R.D., 2000, “Framing Processes and Social Movements: An Overview and Assessment”, *Annual Review of Sociology*, 26, p. 611-639.

⁸⁸ Sur le modèle de la balistique sociologique développée par Francis Chateauraynaud, nous nous donnons pour but de « décrire, comparer et analyser les trajectoires suivies par des causes différentes dans des arènes analogues ou par les mêmes causes dans des cadres différents, en prenant en compte l'évolution des visées ou des fins poursuivies par les protagonistes » (2011, *op.cit.*, p. 174). Programme qui est au fondement de la notion de portée développée dans le chapitre 4 de l'ouvrage.

⁸⁹ Saguy A.C., Riley K.W., 2005, “Weighing Both Sides: Morality, Mortality, and Framing Contests over Obesity”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (5), p. 869-923.

3.1.3. *Celui des cartographes*

Un autre point de départ consiste à suivre des entités communes à plusieurs mondes. Nous sommes alors dans le cas de figure où des individus, qui agissent dans des espaces différents, coordonnent leurs actions respectives grâce à des instruments, des modes d'organisation ou des croyances partagées. Le coin des cartographes focalise l'attention sur les figures qui résistent à la confrontation entre plusieurs mondes et durent dans le temps. À tel point que ces figures s'érigent comme des entités transcendantes, autrement dit sans corps, dont la tâche semble être de réaffirmer un ordre dans un contexte d'intérêts divergents. Ce que Luc Boltanski désigne comme des institutions⁹⁰. C'est le cas lorsque nous observons une injonction à la pratique d'une médecine de l'obésité qui se voudrait pluridisciplinaire (partie III). Injonction partagée de tous dont il s'agit de comprendre comment elle agit et marque la vie des individus et des choses. Nous nous demanderons, par exemple, pourquoi des personnes, bien qu'elles doivent, de leur propre aveu, faire la même chose (à savoir prendre en charge un individu obèse pour traiter sa/ses pathologie(s) de façon pluridisciplinaire), procèdent différemment ? De même, nous nous interrogerons sur la distance qui sépare les individus entre eux. Quand bien même leurs points de vue divergent, n'agissent-ils pas dans la perspective d'atteindre un but commun ?

Cet angle de recherche questionne les différents modes d'existence du « faitiche⁹¹ » désignant la médecine pluridisciplinaire de l'obésité, c'est-à-dire « les fictions qui sont toutefois hautement réelles, des fictions que d'autres “acteurs” peuvent chercher à réduire ou dénaturer, mais qui sont dotées d'une performativité matérielle, sociale et discursive puissante et particulière⁹² ». L'enquête tirera alors autant parti du discours des acteurs – qui leur donnent une voix, les servent ou simplement vivent et meurent dans les domaines de réalité qu'elles contribuent à faire tenir et perdurer – que de leurs positions dans l'espace social de cette médecine (Qui dote le « faitiche » d'un pouvoir d'agir dans le monde des corps et sous quelles formes organisationnelles ?).

⁹⁰ Boltanski L., 2009, *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Gallimard, Paris.

⁹¹ Latour B., 1996, *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris.

⁹² Pestre D., 2012, *op.cit.*, p. 15.

3.2. *Les temporalités*

Le panorama de notre enquête ne serait pas complet sans préciser combien il est important de replacer les engagements experts dans leurs temporalités. L'analyse de l'évolution de l'action publique en sciences sociales, comme dans d'autres disciplines, ne peut s'affranchir d'un rapport étroit au temps⁹³.

La première stratégie consiste à analyser les documents de notre corpus dans leur déploiement chronologique et à associer les sources – qui ont en commun de traiter du sujet de l'obésité en France – selon les thématiques abordées par leurs auteurs (santé publique, marchés agroalimentaire et pharmaceutique, agriculture, monde associatif, *etc.*). La périodisation qui en découle nous permet de repérer des auteurs, des thèmes pivots, des états et des registres relativement stables de jeux d'acteurs et d'arguments⁹⁴ sur lesquels s'appuient les différents protagonistes pour élaborer leurs descriptions et leurs jugements. Cette analyse thématique nous a également permis de modéliser treize séquences distinctes relevant pleinement d'une démarche interprétative. Toutefois, contrairement aux périodisations couramment produites en Histoire, les intervalles de temps retenus s'apparentent davantage à des séquences non linéaires qui se chevauchent et alternent des périodes de silence et de reproduction de débats antérieurs nous rapprochant ainsi de l'ontologie du temps historique développée par Andrew Abbott⁹⁵.

La seconde méthode consiste à s'intéresser au moment présent, celui de la situation observée, mais nous ne restons pas pour autant rivés au présent. Nous abordons le temps de la même façon que l'environnement des acteurs : nous sommes attentifs à la manière dont ils définissent eux-mêmes la temporalité pertinente de leurs actes et de leurs jugements. Ils peuvent aller chercher des éléments du passé pour ancrer leurs descriptions dans des précédents qui font sens et les relier à un avenir proche ou lointain en faisant de l'acte présent une source possible de prises sur le futur, tels des « lanceurs d'alerte⁹⁶ ». Leurs pronostics ou

⁹³ Palier B., Surel Y., 2010, *Quand les politiques changent : temporalités et niveaux de l'action publique*, L'Harmattan, Paris.

⁹⁴ Chateauraynaud F., 2003, *Prospéro : une technologie littéraire pour les sciences humaines*, Éditions du CNRS, Paris.

⁹⁵ Abbott A., 2001, *Time Matters. On Theory And Method*, University of Chicago Press, Chicago.

⁹⁶ Chateauraynaud F., Torny D., 1999, *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Éditions de l'EHESS, Paris.

paris mettent en scène, dans l'horizon narratif déployé, tout un réseau d'agents pertinents : des personnes singulières, des institutions, des collectifs, des objets, des dispositifs. Ils nous font comprendre quels sont les êtres pertinents dans leurs environnements et donnent ainsi un sens à leurs engagements.

4 – Problématique de la recherche

Ce tour d'horizon de la littérature sur la corpulence, et plus particulièrement de l'obésité, faisant l'objet de politiques, puis sur l'expertise conduisant à la formation des problèmes publics, nous permet de formuler le fil conducteur de notre recherche en ces termes : **quels sont les processus sociaux à l'œuvre dans la fabrication des normes de corpulence ayant conduit à la transformation des regards portés sur l'obésité, aujourd'hui considérée comme un état pathologique ?**

L'ensemble des apports théoriques présentés ci-dessus nous conduit à examiner trois idées qui guideront notre réflexion au travers des trois parties qui composent ce manuscrit. La première postule que l'investissement des pouvoirs publics dans la nutrition humaine constitue l'élément déclencheur du décloisonnement de la problématique de l'obésité autrefois traitée dans le cadre du colloque singulier médecins-patient. Le jugement porté sur les corpulences hors normes n'était alors qu'esthétique et de l'ordre de l'intime. À partir du moment où les caractères pathologiques et épidémiques de l'obésité furent mis en évidence et retenus par les experts proches du pouvoir politique – par le truchement des études épidémiologiques internationales et nationales – elle est devenue un risque contre lequel il importe de lutter. Cette redéfinition intervient dans une période où les scandales sanitaires et alimentaires se multiplient, accélérant ainsi le processus de mise à l'agenda politique. Toutefois, la variété des objectifs poursuivis par les campagnes nutritionnelles, et notamment le Programme National Nutrition Santé (PNNS) ont également eu pour effet d'offrir une fenêtre d'opportunité aux entreprises agroalimentaires et pharmaceutiques pour se développer sur le marché de la minceur. Dilué dans le marketing de ces acteurs privés, l'objectif de santé publique fait l'objet d'une réappropriation renforçant, paradoxalement, l'obsession de la minceur et la stigmatisation des personnes obèses.

La seconde idée met en avant le rôle des connaissances produites et diffusées par les experts de l'obésité, médecins pour la plupart, dans la mise en risque de l'obésité. Si l'approche nutritionnelle a obtenu gain de cause à l'égard des décideurs nationaux, les controverses ne

sont pas pour autant moins vives dans cet espace en cours de constitution, pourvoyeur d'emplois et de rémunérations. Les luttes définitionnelles donnent à voir les intérêts sous-jacents, aux prémisses des engagements experts. L'enjeu pour les groupes professionnels et les disciplines peu reconnues est alors de rendre crédible d'autres « paris subsidiaires » sur l'avenir où la tendance épidémique et pathologique de l'obésité serait contestée afin de promouvoir d'autres modes de prévention et de prise en charge. Il découle de ces tensions un élargissement des domaines d'intervention des sciences sur les corps. L'obèse était au mieux la victime malheureuse d'une vie qu'il aurait choisie avec son lot de risques connus, au pire le coupable désigné d'un écart commis envers ses « devoirs » quotidiens (ce que l'on attend de lui, à savoir « manger cinq fruits et légumes par jours », *etc.*). Aujourd'hui, les obésités sont considérées comme le résultat d'une combinaison complexe de multiples déterminants, incluant des facteurs génétiques, environnementaux, psychologiques et sociaux pouvant dépasser la volonté propre des individus.

Enfin, l'étude des engagements experts suppose également une seconde dynamique qui touche à la question des collectifs, à leur confrontation et à leurs désaccords, mais aussi à leurs modes de coordination, notamment autour de la figure de la pluridisciplinarité. Dans une troisième proposition, nous analysons ainsi l'étendue des frontières de cette médecine de l'obésité. En même temps que le périmètre de ses interventions s'élargit, elle entre en compétition avec d'autres modes de production des savoirs et s'expose à la critique lorsqu'elle ne parvient pas à faire la preuve de son efficacité. Par la mobilisation d'un réseau plus large de professionnel de santé et de disciplines scientifiques, elle renforce son leadership dans le processus d'expertise et relaye à la marge, voire au met au ban, d'autres visions minoritaires. Soit parce qu'elles sont portées par des professionnels en manque de formation continue, pour ne pas dire des « charlatans », soit parce qu'elles revendiquent un droit à être obèse et en bonne santé – droit rendu inacceptable compte tenu de la structure qui supporte le système des soins en France.

Partie I

SINGULARITES DES ENGAGEMENTS EXPERTS ET SEQUENCES D'UN PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE

L'émergence d'un problème public présente souvent une structure simple. Nous pouvons isoler des séquences où s'opèrent une définition du problème, qui prend appui sur des qualifications afin de le rendre tangible et une mobilisation d'acteurs qui deviennent le groupe porteur de la cause. Cette simplicité disparaîtrait si nous nous plongeons dans le dense détail des opérations qui jalonnent l'activité des personnes car ces trois dynamiques interdépendantes ne s'accomplissent pas dans un espace social neutre, vide de tout autre acteur⁹⁷. Il faudrait alors s'arrêter longuement sur chaque épisode élémentaire pour extraire toute la finesse des ajustements auxquels doivent procéder les individus pour parvenir à leurs fins. A moins de posséder des accès privilégiés dans les « trous noirs⁹⁸ » du pouvoir, par définition peu observables, ces modalités d'enquête ne peuvent s'accomplir sur un sujet aussi vaste que celui de l'obésité. Mais cette relative clarté continue à se profiler lorsque nous cherchons à schématiser les trajectoires visées par les acteurs et les trajectoires effectivement générées au fil des confrontations. Au-delà des variations de détail, apparaît la trame systématique des jugements experts, reproduite d'une prise de position à l'autre, assurant la cohérence de leurs engagements. Nous reviendrons plus tard sur les conceptions qui sous-tendent ces jugements contrastés. Mais, dans un premier temps, exploitons cette simplicité pour clarifier les bases sur lesquelles s'échafaudent le Programme National Nutrition Santé (PNNS) qui marque la mise à l'agenda politique de la nutrition et de l'obésité.

Avec la mise en place de cette politique nutritionnelle de santé publique, la problématique de l'obésité, auparavant traitée dans le cadre du colloque singulier médecin/patient, trouve un écho au-delà du champ proprement médical. À partir de la description relativement simple de l'émergence de ce problème par la méthode des « narrations quantifiées » (encart méthodologique n°1), ce déconfinement offre pour nous le grand avantage de permettre de

⁹⁷ Lascoumes P., Le Galès P., 2007, *Sociologie de l'action publique*, Armand Colin, coll. « 128 », Paris.

⁹⁸ Lascoumes P., Lorrain D., 2007, « Les trous noirs du pouvoir. Les intermédiaires de l'action publique », *Sociologie du travail*, 49, p. 1-9.

suivre dans le temps la variation des prises de position et le comportement des individus influents, et donc d'examiner s'il existe des spécificités aux jugements experts relatifs à la normalisation des corps. Nous verrons que c'est avant tout les caractères pathologiques et épidémiques de l'obésité qui sont investis. Les normes du corps sain sont en jeu et se mêlent à des intérêts divergents qui laissent planer une ambiguïté quant aux objectifs réellement poursuivis par les acteurs en place. Nous pouvons ainsi risquer l'idée, que nous nous efforcerons d'étayer dans cette première partie, selon laquelle le marché de la minceur trouve, au travers de la déclinaison récente de cette politique, un écho formidable pour se développer, et ce, dans au moins trois directions : la production et la vente d'anorexigènes, celles d'alicaments, ainsi que la publication et la commercialisation de régimes alimentaires. Nous chercherons plus précisément à démontrer que l'argument de santé publique se confond avec des considérations issues du marketing entrepreneurial qui puisent dans cette politique les ressources nécessaires à la promotion de leurs produits. Par conséquent, les promoteurs du programme de santé publique doivent repositionner leurs jugements experts dans un jeu complexe du chat et de la souris dont les combinaisons engendrent des effets, parfois pervers, impliquant le renforcement de la norme de minceur et l'illisibilité de leurs arguments de santé publique dans l'espace médiatico-politique. Le PNNS, et à travers lui l'obésité, devient alors un véritable opérateur des rapports de forces étudiés.

Encart méthodologique n°1

Cette étude puise, entre autres, son inspiration théorique dans la méthode des « narrations quantifiées » développée par Michel Grossetti⁹⁹ dont nous avons esquissé les grandes lignes en introduction. Elle se nourrit également des travaux menés en sociologie de l'action collective, et plus particulièrement ceux qui envisagent la construction des problèmes publics sous l'angle des luttes définitionnelles prises dans le cours de l'action publique. Programme de recherche qui connaît en France un renouveau, notamment dans le cadre plus spécifique des problèmes de santé publique¹⁰⁰.

Puisqu'il s'agissait de retracer l'histoire de la normalisation de la corpulence au travers du traitement expert de l'obésité en France, il importait d'observer et de comprendre les trajectoires prises par les acteurs s'engageant dans ce processus selon les milieux où ils interviennent. Cette trajectoire résulte de la cristallisation d'un état toujours provisoire des rapports de force entre parties prenantes. Dès lors, il convient de penser à la fois les trajectoires visées par les promoteurs d'une politique nutritionnelle et les trajectoires effectivement générées au fil des confrontations avec les représentants du secteur marchand ou les autres administrations potentiellement concurrentes du monde de la santé. Ces évolutions sont le produit d'un travail politique dont les ressorts résident dans la capacité argumentative des protagonistes qui n'est pas donnée *a priori* mais qui se développe à la faveur de configurations favorables à son expression¹⁰¹. Nos résultats ont pour vocation de reconstituer les récits de ces séquences au sein desquelles agissent des personnes singulières.

Pour ce faire, nous avons constitué un matériau narratif à partir de différentes sources documentaires (*cf.* annexe 1) interrogées par l'intermédiaire du logiciel Prospero¹⁰² :

⁹⁹ Grossetti M., 2011, « Les narrations quantifiées. Une méthode mixte pour étudier des processus sociaux », *Terrains & Travaux*, 19 (2), p. 161-182.

¹⁰⁰ Gilbert C., Henry E., (dir.), 2009, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Éditions La Découverte, Paris.

¹⁰¹ Chateauraynaud F., 2011, *Argumenter dans un champ de forces. Essai de balistique sociologique*, Éditions Pétra, coll. « Pragmatismes », Paris, p.18.

¹⁰² Chateauraynaud F., 2003, *Prospero : une technologie littéraire pour les sciences humaines*, Éditions du CNRS, Paris.

- Des articles de presse couvrant la période de 1995 à 2013 dans lesquels des individus s’emparent de la question de l’obésité en France¹⁰³. Ces articles (n= 2006) ont été récupérés via *Factiva*. Créée en 2001, c’est une base de données recensant des quotidiens (nationaux et régionaux), des revues professionnelles, des dépêches d’agences de presse (dont l’AFP) ;
- Des documents produits et diffusés autour du PNNS (n=31). Il s’agit de rapports d’expertise, d’instruments de communication et de circulaires émanant de la Direction Générale de la Santé (DGS), de l’Institut National de Prévention et d’Éducation pour la Santé (INPES), d’organismes de recherche ou d’agences d’État ;
- Des entretiens réalisés auprès de responsables de la DGS et des professionnels de santé spécialisés dans le traitement de l’obésité (n=9) ;
- Des notes, provenant d’observations ethnographiques, prises lors de journées d’étude ou de colloques spécialisés (n=7) ;
- Des documents de vulgarisation issus de sites internet (n=213 articles ou fascicules récupérés sur 7 sites internet).

Ces différents types de données nous permettent de saisir l’éventail des positions des auteurs-

¹⁰³ La requête adressée à la base de données fût la suivante : « obésité and France and (santé or nutrition) ». A la lecture de ces articles, nous avons repéré des textes qui n’interrogent pas ou ne discutent pas l’obésité en France ainsi que des doublons. Nous avons donc effectué un second tri pour que notre corpus « Presse » soit représentatif des articles qui interrogent ou discutent l’obésité en France. Pour cela, nous avons créé des objets, appelés des êtres-fictifs, afin de regrouper sous une même entité les différentes représentations graphiques d’un même mot et ses synonymes. Ainsi, ont été conçus les êtres-fictifs associés aux mots et à leurs synonymes : obésité/surpoids, troubles du comportement alimentaire, nutrition, obèse, régimes, *etc.* Nous avons ensuite constitué un corpus d’articles regroupant tous les textes où l’un de ces objets apparaît comme *acteur principal*. L’algorithme sous-jacent à cette dernière fonctionnalité opère de la sorte : sur chaque texte, à partir de la liste des entités (mots ou être-fictif placés en position de sujet dans une phrase) présentes au moins deux fois, on extrait la tête de la liste. La taille de la liste est relative à la taille du texte lui-même (une table associe un nombre d’acteurs minimum au nombre de caractères du texte). Les ex-aequo en nombre d’occurrence sont tous pris, ce qui allonge d’autant la taille de la liste extraite. L’entrée par la liste des *acteurs principaux* du corpus cumule l’ensemble de ces têtes de liste, et trie les *acteurs principaux* selon le nombre de textes dans lesquels ils sont dans la tête de liste.

acteurs de notre corpus. Les médias, qui s'emparent à plusieurs égards de ces affaires sanitaires¹⁰⁴, jouent un rôle dans la diffusion des discours portés par les différents groupes d'intérêts ainsi que dans la définition des problèmes de société¹⁰⁵. Ils constituent une source documentaire privilégiée pour saisir les discours de cadrage des professionnels de santé, des politiques, de l'ensemble des acteurs qui parviennent à se faire entendre dans cet espace. Toutefois, afin de lever toute ambiguïté, nous souhaitons préciser que l'étude ne porte pas sur le traitement médiatique de la question de l'obésité.

Dans la mesure où sur un enjeu social donné le nombre de « panoplies¹⁰⁶ » dans la presse est toujours limité, nous avons eu recours à d'autres sources documentaires qui ne sont pas tributaires des logiques du travail journalistique en termes de routines, d'utilisation de précédents comme outils interprétatifs et de sélection des sources¹⁰⁷ pour constituer notre matériau narratif. Les acteurs à qui la presse donne la parole ne représentent pas l'ensemble des protagonistes intervenant sur la problématique de l'obésité. Observer de multiples lieux d'expression permet également d'obtenir des informations sur des acteurs moins visibles, agissant dans des espaces plus discrets, d'étudier les mises en variations des arguments et d'accéder au contexte plus global de leurs énonciations ou de leurs productions qui ne se limite pas à l'espace médiatique. C'est la raison pour laquelle nous mobilisons également des entretiens et des observations. Même si ces données ne seront pas centrales dans l'exposition du matériel empirique sur lequel se fonde les résultats exposés dans cette partie, elles nous permettent de croiser et d'appuyer certaines de nos interprétations et de renseigner les différents profils des acteurs, les rapports qu'ils entretiennent entre eux et les structures dans lesquelles ils s'insèrent. La nature de ces informations n'est pas toujours disponible dans les sources écrites et archivées.

¹⁰⁴ Marchetti D., 2010, *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.

¹⁰⁵ Neveu E., 1999, « Médias, mouvements sociaux, espaces publics », *Réseaux*, 17 (98), p. 17-85.

¹⁰⁶ Concept développé par Gamson et Modigliani (Gamson W., Modigliani A., 1989, « Media Discourse and Public Opinion on Nuclear Power : A Constructionist Approach », *American Journal of Sociology*, 95, p.1-37), repris par Neveu (*Ibid.*) qui renvoi aux cadres interprétatifs destinés à donner sens à des problèmes et des événements. Ils sont composés de références à des valeurs, des principes, qui développent une explication causale des problèmes et des enjeux, sollicitent des symboles, des descriptions, les éléments d'une doxa sociale en prenant appui sur des autorités.

¹⁰⁷ *Ibid.*

Etant donné la structure de notre programme de recherche et de nos données, nous avons choisi de faire porter nos investigations sur deux échelles d'observation et d'analyse interdépendantes :

- Nous avons procédé à une analyse thématique des articles de presse qui constitue le support de notre matériau narratif dans la mesure où ce corpus présente une certaine homogénéité, tant dans la forme que dans son déploiement temporel. Cette analyse a consisté à mettre en relation le sujet abordé par le journaliste avec la nature des connaissances qu'il mobilise pour l'éclairer. Puis, nous avons effectué une analyse du contenu de ces articles en distinguant pour chacun d'entre eux ce qui était dit sur l'obésité, sur son traitement (qui recouvre à la fois sa prévention et sa prise en charge) et sur les organisations collectives qui découlent de ces discours. Elle nous a permis d'élaborer des séquences temporelles particulières dont nous précisons la période, la sémantique et l'évènement d'ouverture (*cf.* annexe n°2). Le passage d'une séquence à une autre tient à la modification remarquable d'un des trois paramètres évoqués précédemment. Leur mise au jour nous permet alors d'appréhender les dynamiques temporelles des jeux d'acteurs et d'arguments dans la presse sur la question de l'obésité que nous enrichiront par le croisement de ces informations avec les autres sources à notre disposition. Les résultats qui suivront dans les sections de cette première partie détailleront une à une ces séquences à partir d'une posture diachronique tant elles peuvent se succéder ou se chevaucher et alterner des périodes de silences et de reproduction de débats antérieurs ;

- Conjointement, nous avons isolé les jugements experts prenant position sur la question de l'obésité dans ce même corpus. Ceci afin d'étudier les différentes ressources engagées par les acteurs dans leurs analyses (*cf.* annexe n°3)¹⁰⁸. Par l'intermédiaire d'un algorithme¹⁰⁹ disponible dans le logiciel Prospéro, nous avons extrait l'ensemble des

¹⁰⁸ Par souci de représentativité des propos tenus dans la presse sur l'obésité, nous n'avons retenu dans cette liste que les patronymes d'individus dont le poids (occurrences) minimal dans l'ensemble du corpus est de 10. Auxquels s'ajoutent les individus que nous avons repérés (suite au croisement de nos différentes sources) comme étant des acteurs influents sur cette problématique et dont nous savons qu'ils sont porteurs d'une conception distincte des panoplies fréquemment mobilisées dans la presse.

¹⁰⁹ A partir d'un jeu de dictionnaires répertoriant des prénoms et des introducteurs de personnes, tels que Mr. X ou Dr. Y, cet algorithme liste l'ensemble des mots commençant par une majuscule ou écrit en majuscule qui sont précédés par les entités de ces dictionnaires. Cette liste constitue alors la *liste des patronymes* du corpus. Toutefois, nous notons que certaines entités de cette liste peuvent renvoyer à des noms d'entreprises,

patronymes des textes et par là même l'ensemble des énoncés qui leur sont liés. Nous avons privilégié cette approche dans la mesure où l'entrée par les être-fictifs¹¹⁰ ne nous permet pas toujours de saisir l'auteur des énoncés qui leurs sont associés. En effet, au sein du corpus presse, ils peuvent être le propos du journaliste ayant écrit l'article, le propos d'un individu rapporté par le journaliste ou encore le propos d'un individu cité par le journaliste. Notre étude cherche à saisir les jeux d'acteurs et les jeux d'arguments sur la question de l'obésité ce qui suppose que nous soyons en mesure d'identifier précisément les auteurs des énoncés. L'accès aux jugements experts dans les articles de presse n'est alors possible qu'à partir des citations rapportées par le journaliste. Elles prennent alors la forme suivante : " *Nous espérons sensibiliser ainsi un maximum de familles à l'importance d'une alimentation équilibrée au quotidien, et d'une bonne hygiène de vie* ", précise le **Dr François-Marie Caron**, président de l'AFPA.

I.1 – L'émergence d'un « fléau sanitaire »

I.1.1. Une alerte épidémique mondiale

Jusque dans les années 1990, la nutrition n'est pas un enjeu politisé en France. Anonyme, cette spécialité n'émerge que difficilement dans le cursus de médecine au tournant de l'année 1991¹¹¹, s'inscrivant plus particulièrement au sein de la spécialité endocrinologie,

d'associations ou à des patronymes désignant des homonymes. De même, les noms composés ne sont pas pris en compte s'ils n'ont pas fait l'objet d'un codage. Ainsi, nous sommes conscients des limites à l'utilisation d'une telle fonctionnalité. Néanmoins, celles-ci peuvent être partiellement contournées par la vigilance de l'utilisateur et sa connaissance du matériau qui lui permettent de trier la liste ainsi obtenue et de coder les noms composés sous formes d'expressions susceptibles d'être repérées par l'algorithme après le retraitement de son corpus.

¹¹⁰ Le logiciel, par cette approche, liste les occurrences de chaque mot ou objet du corpus. L'interface permet ensuite, par exemple, de revenir aux énoncés dans lesquels est présent le mot sélectionné ou encore d'étudier le réseau des mots ou des objets qui lui sont associés dans les énoncés. Pour une description plus détaillée de ces fonctionnalités, voir Torny D., Trabal P., 2006, « Le résumé de communication comme objet sociologique. Une analyse thématique, ontologique et littéraire à l'aide du logiciel Prospéro », in Demazière D., Brossaud C., Trabal P., Van Meter K., (dir.), *Analyses textuelles en sociologie. Logiciels, méthodes, usages*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes.

¹¹¹ Date à laquelle une sous-section autonome au Conseil National des Universités est instituée par les arrêtés du 17 février 1991 portant définition et composition de la sous-section « Nutrition » du Conseil national des universités et précisant les conditions de rattachement à cette sous-section, *JORF*, n° 41 ; et du 13 mai 1991 relatif à la constitution de la sous-section « Nutrition » du Conseil national des universités, *JORF*, n° 121, 26 mai 1991.

diabétologie et maladies métaboliques¹¹². Fortement marginalisée, elle ne fait l'objet d'aucun enseignement dans le cursus commun jusqu'à cette période et les recherches dans ce domaine ont le plus souvent trait à la malnutrition dans les pays en développement¹¹³. La première vaste enquête française sur le comportement alimentaire des Français, dite Su.Vi.Max (Supplémentation en Vitamines et Minéraux Anti-oXydants), ne fut menée par Serge Hercberg¹¹⁴ qu'en 1994 (encart n°1). Cette étude répondait à deux grands objectifs : d'une part, savoir si une alimentation riche en fruits et légumes protège contre le cancer et les maladies cardio-vasculaires et, d'autre part, mieux connaître le statut nutritionnel des Français. Par ces données, dont les résultats furent publiés en 2003, Serge Hercberg, futur président du comité de pilotage du Programme National Nutrition Santé (PNNS), directeur de l'Unité de Surveillance et d'Épidémiologie Nutritionnelle (USEN) à l'Institut de veille sanitaire (InVS) et directeur d'une unité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), entend « connaître la distribution des facteurs de risque liés à la nutrition dans la population et à évaluer l'efficacité des actions de prévention¹¹⁵ » afin de renseigner les pouvoirs publics en vue de la mise en place de campagne d'informations.

¹¹² Dans ce cadre-là, la nutrition constitue un diplôme universitaire de 2^{ème} et 3^{ème} cycle ouvert aux professionnels de santé.

¹¹³ Bossy T., 2010, *Poids de l'enjeu, enjeux de poids. La mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France*, Thèse de 3^{ème} cycle en science politique, Institut d'Études Politiques de Paris.

¹¹⁴ « Serge Hercberg suivra toute sa scolarité à Paris, du primaire à l'université. Ses études de médecine en bonne voie, le service militaire le rattrape à la fin des années 1970. Le goût des voyages et celui d'aider autrui le décident à choisir la coopération. Affecté au Maroc, il y exercera des responsabilités en santé publique. Très vite, le jeune interne s'engage et devient membre de Médecins sans frontières [...] Rentré en France, il s'inscrit à différentes formations en nutrition et en santé publique. Doctorat de médecine en poche, il devient chercheur au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) en 1983. Néanmoins, Serge Hercberg reste attaché à sa première passion. Ses travaux sur l'alimentation humaine mettront souvent en regard les pays industrialisés et ceux en voie de développement. Amérique latine, Maghreb et Afrique noire seront ses terrains d'études. Dans les années 1980, il parfait sa formation de nutritionniste en y ajoutant l'épidémiologie. En 1991, il est nommé directeur de recherche à l'Inserm, où il va s'intéresser au statut vitaminique des individus. Les résultats obtenus constitueront la base d'une véritable réflexion sur la nutrition. Plusieurs experts vont se joindre à Serge Hercberg afin de rédiger un certain nombre de recommandations qui seront l'acte de naissance du premier Programme national nutrition santé (PNNS) », article intitulé « *Serge Hercberg, "Monsieur Nutrition"* », par Olivier Frégaville-Arcas pour *Le Point.fr* – 24 octobre 2011.

¹¹⁵ Pr. S. Hercberg dans *Le Figaro* du 25 juin 2003.

Encart n°1 : Protocole de l'étude Su.Vi.Max¹¹⁶

Population

L'étude SU.VI.MAX (Supplémentation en vitamines et minéraux anti-oxydants) est un essai d'intervention randomisé en double aveugle et contre placebo, dont l'objectif principal visait à évaluer l'impact pendant 8 ans d'un apport quotidien d'antioxydants (β carotène, vitamines C et E, sélénium et zinc) à des doses nutritionnelles, sur l'incidence des cardiopathies ischémiques et des cancers, et sur la mortalité. Cette étude a également permis de disposer d'une banque de données sur la nutrition et la santé. Au total, 12 741 sujets (7 713 femmes âgées de 35 à 60 ans, et 5 028 hommes âgés de 45 à 60 ans) ont été inclus et suivis depuis 1994-1995, après que près de 80 000 personnes se soient portées volontaires suite à une campagne médiatique nationale.

Recueil des données alimentaires

Les données alimentaires ont été recueillies par déclaration thématique de l'alimentation sur 24 heures tous les 2 mois, soit 6 enregistrements par sujet et par an. Les jours choisis pour les enregistrements ont été aléatoirement répartis sur la semaine (week-ends compris), afin d'améliorer la représentativité de la mesure des apports alimentaires. À l'occasion de ces enregistrements alimentaires, des précisions étaient demandées sur les aliments consommés, les lieux de prise alimentaire (domicile, restaurant, cantine...), les quantités consommées, les modes de préparation, l'origine des aliments (surgelés, conserves...) et les marques. Ces informations étaient utilisées pour évaluer avec précision les apports nutritionnels des sujets. Les jours tirés au sort, les sujets saisissaient l'ensemble de leurs prises alimentaires selon le moment de la journée, y compris les collations. Les données quantitatives ont été estimées par les sujets grâce au manuel photographique des portions alimentaires de l'étude, validé par une étude spécifique. Il comprend plus de 250 aliments (soit 1 000 aliments génériques), représentés en trois tailles principales pour la plupart des quantités. Avec la possibilité de choisir les positions extrêmes ou entre les portions, sept possibilités de tailles différentes étaient proposées.

Parallèlement, au début des années 1990, on voit se développer une conception de l'obésité fondée sur des représentations morales et des stéréotypes culturels « qui valorisent la force, le mince et le beau au détriment de la graisse, qui résulte de la paresse et est associée à la

¹¹⁶ Extrait de l'article : Savanovitch C., Deschamps V., Arnault N., Castetbon K., Bertrais S., Mennen L., Galan P., Hercberg S., 2005, « Évolution de la consommation alimentaire dans l'étude SU.VI.MAX (1995-2002) », *Cahier de Nutrition et de Diététique*, 40 (2), p. 97-102.

laideur¹¹⁷ ». Malgré le fait que sa médicalisation soit ancienne, elle n'est pas encore considérée comme un problème de santé publique mais comme un état esthétique dont la responsabilité incombe à l'individu, comptable de son apparence et de sa beauté qui laissent par ailleurs présager les traits de sa personnalité¹¹⁸. Un premier déplacement s'observe dans l'espace médiatico-politique en 1997 avec l'alerte lancée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le professeur Per Björntorp¹¹⁹. L'obésité, longtemps considérée comme une anomalie esthétique, constitue désormais un « fléau », « la première épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité¹²⁰ » contre laquelle il faut lutter. Cette alerte sera suivie en 1997 par la première étude centrée sur la population française Obépi (encart n°2) – financée par les laboratoires Roche et menée par le Pr. Basdevant¹²¹ et le Dr. Charles (épidémiologiste à l'Inserm). L'enquête « révèle » ainsi aux Français à quel point ils sont « inégaux face au verdict de la balance [...], 37 % » d'entre eux ayant « [...] un problème de surpoids, soit environ 16 millions d'adultes¹²² ». Elle est également l'occasion de « se rendre à l'évidence [...] Il y a trente ans, on pensait qu'elle était réservée aux États-Unis [...] Depuis, elle a autant progressé en Europe et même dans le tiers-monde, à commencer par la Chine¹²³ ».

¹¹⁷ Bossy T., 2010, *op.cit.*, p.160.

¹¹⁸ Amadieu J.-F., 2005, *Le poids des apparences. Beauté, amour et gloire*, Odile Jacob, Paris.

¹¹⁹ Björntorp P., "Obesity", *Lancet*, 350, 1997, p. 423-426.

¹²⁰ Pr. P. Froguel dans *Le Monde* du 14 mars 2000. Philippe Froguel a fait ses études de médecine au CHU St Antoine à Paris et a passé sa thèse de médecine en 1984. Il a également obtenu une thèse de sciences en nutrition en 1991 et une Habilitation à Diriger les Recherches en 1993. Il a passé le concours de l'Internat de Paris en 1983 et est devenu Chef de Clinique en endocrinologie à l'Hôpital Saint-Louis à Paris en 1989. Il est devenu Maître de Conférence en Génétique, Praticien Hospitalier en endocrinologie en 1993 (Hôpital Saint-Louis puis CHRU de Lille). Il est maintenant Professeur d'endocrinologie-diabétologie au CHRU de Lille. Il est aussi Professeur de Médecine Génomique à l'Imperial College de Londres. Il a consacré sa carrière à l'élucidation des bases génétiques du diabète et de l'obésité (source : <http://www-good.ibl.fr/index.php/directeur>).

¹²¹ Diabétologue et professeur de nutrition à l'Université Pierre & Marie Curie, Arnaud Basdevant fut responsable du Département d'endocrinologie-métabolisme et nutrition à l'hôtel-Dieu puis à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris. Il est membre de l'Institut Hospitalo-Universitaire "Institute of Cardiology metabolism and Nutrition" (ICAN). Il mena dans un premier temps ses recherches sur les obésités et maladies associées en collaboration avec le Pr. Guy-Grand. Il deviendra, par la suite, responsable du plan national obésité lancé en 2010 dont l'objectif est de promouvoir la prévention, les soins et la recherche. Enfin, il participe au niveau européen aux travaux de *l'Obesity management task force*.

¹²² M. Vigy (journaliste) reprenant les résultats de l'étude Obépi pour *Le Figaro* du 8 avril 1998.

¹²³ Pr. A. Basdevant dans *L'Express* du 30 mars 2006.

Encart n°2 : Protocole de l'étude Obépi 1997 (renouvelée tous les 3 ans à ce jour – la dernière date de 2012)¹²⁴

L'étude Obépi a été menée par la SOFRES en collaboration avec les produits Roche en 1997. Elle s'est adressée à l'échantillon permanent de 20 000 ménages ordinaires (familles ou personnes vivant en logement individuel) de la SOFRES. Cet échantillon est constitué pour être représentatif des ménages ordinaires français en termes de structure d'âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, région et taille de l'agglomération d'habitation. Elle a été réalisée par l'envoi d'un questionnaire postal qui demandait à tous les individus de plus de 15 ans vivant au foyer, de reporter leurs poids, taille, et circonférence de taille et de hanches. Il était demandé aux individus qui en avaient la possibilité de se peser sur une balance avant de reporter leur poids et aux adolescents de moins de 20 ans de se faire mesurer contre un mur. Les tours de taille et de hanches devaient être mesurés par une tierce personne au moyen d'un mètre de couturière, respectivement au niveau du nombril et au niveau le plus large entre la taille et le haut des cuisses, comme indiqué sur un schéma joint au questionnaire.

Sur les 20 000 questionnaires envoyés, 15 035 (75,2 %) ont été retournés et 73,4 % sont exploitables, ce qui représente 30 921 individus de plus de 15 ans. Après exclusion de 136 femmes enceintes, les données concernant le poids et la taille sont disponibles pour 28 017 individus et celles concernant les tours de taille et de hanches pour 26 325 individus. Par rapport aux répondants, les non-répondants étaient plus jeunes (39 vs 28 % avaient entre 18 et 35 ans), ils exerçaient plus souvent les professions suivantes : agriculteurs 2 vs 1 %, commerçants : 3 vs 2 %, ouvriers 12 vs 10 % et ils habitaient plus souvent des communes de moins de 2000 habitants ou l'agglomération parisienne. Les résultats présentés ont été pondérés de façon à reconstituer pour l'ensemble des paramètres la structure de la population des ménages français.

1.1.2. La politisation d'une solution nutritionnelle pour la santé de la population

Dans un contexte d'insécurité alimentaire liée à la maladie de Creutzfeldt-Jakob, ces résultats, couplés à la parution en 2000 du rapport du Haut Comité de Santé Publique¹²⁵ et au discours

¹²⁴ Extrait de l'article : Charles M.-A., Eschwege E., Basdevant A., 2000, « Épidémiologie de l'obésité de l'adulte en France. Une description socio-démographique : l'enquête OBEPI 1997 », *Médecine Thérapeutique Endocrinologie & Reproduction*, 2 (6), p. 512-7.

¹²⁵ Herceberg S., Tallec A., « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France », *Rapport du HCSP pour le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le ministère de la Santé et de l'Action Sociale*, 2000.

du Premier Ministre Lionel Jospin lors des états généraux de l'alimentation, marqueront la naissance le 31 janvier 2001, par la circulaire Jospin du 13 décembre 2000, du PNNS(1) et l'inscription de la nutrition à l'agenda politique en tant « déterminant de la santé des populations » (p.6). Par l'intermédiaire de ce plan d'action piloté par des médecins de santé publique¹²⁶ à la Direction Générale de la Santé (DGS) et des épidémiologistes, dont les méthodes et les productions satisfont au cahier des charges de ces nouvelles formes de bureaucraties que sont les agences sanitaires¹²⁷, les autorités entendent restaurer la confiance des consommateurs dans leur alimentation quotidienne. Dans l'argumentaire de ses promoteurs, la légitimité du PNNS est liée aux enjeux de santé publique dans lesquels les facteurs nutritionnels sont impliqués. Il s'agit plus particulièrement d'agir sur les coûts humains (décès par an, pourcentage de la population atteinte) et économiques engendrés par diverses pathologies : maladies cardiovasculaires, cancers, obésité, ostéoporose et diabète. Ce programme est qualifié de « novateur » dans le sens où il privilégie une approche positive de l'alimentation, mais aussi d'« exemplaire » et d'« ambitieux¹²⁸ » compte tenu de l'ampleur des secteurs de la nutrition qu'il entend couvrir (encart n°5) et du nombre et de la diversité des acteurs à mobiliser. La construction sociale de ce programme de santé publique passe par une double opération de médicalisation et de politisation de la nutrition¹²⁹ en s'organisant autour de six principes généraux et axes stratégiques (encarts n°3 et n° 4). Il constitue également un « programme pivot » compte tenu de sa dimension transversale et de son articulation, encouragée par ses promoteurs nationaux, avec d'autres plans existants qu'ils soient du ressort de la Direction Générale de la Santé ou de la Caisse Nationale d'Assurance

¹²⁶ Michel Chauliac étudie la médecine dans les années 1970 et s'intéresse au cours de son expérience professionnelle au sort des populations du Tiers Monde. Il est issu du monde des Organisations Non Gouvernementales (ONG), plus particulièrement du *Centre international pour l'enfance* ayant fermé ses portes en 1999 par manque de moyens financiers, et de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes. Après avoir étudié l'alimentation des écoliers de Bamako au Mali, et de Cotonou au Bénin, il est nommé responsable de ce programme par Joël Ménard (cardiologue sensible aux questions de nutrition et de santé publique), directeur à la DGS sur la période de 1998-1999.

¹²⁷ Buton F., 2006, « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, 65, p.71-91 ; Peretti-Watel P., 2004, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 45(1), p.103-132.

¹²⁸ Inspection générale des affaires sociales, 2003, *Santé, pour une politique de prévention durable*, Rapport annuel, La Documentation française, Paris.

¹²⁹ Fassin D., 2008, *Faire de la santé publique*, Éditions de l'EHESP, Rennes.

Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)¹³⁰. Seront associés au comité de pilotage des représentants de la grande distribution et de l'Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA) pour maintenir le dialogue avec le secteur économique dans la mesure où « on absolument besoin de lui si on veut progresser parce que sans lui on n'est pas nourri » (entretien avec un responsable de la DGS, juin 2010).

Encart n°3 : Les 6 principes généraux du PNNS(1) (2001-2005)

La population doit pouvoir bénéficier d'actions concrètes et visibles permettant, en améliorant l'état nutritionnel, de réduire le risque de maladies et d'optimiser l'état de santé et la qualité de vie, à tous les âges de la vie.

- Le choix alimentaire individuel est un acte libre.
- Outre sa vocation biologique, l'acte alimentaire a une forte charge culturelle, sociale, affective. C'est, en France, un moment de plaisir revendiqué. Le PNNS, prend en compte la triple dimension biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire.
- Le choix d'aliments et de plats, comme le comportement alimentaire global, doivent être éclairés par une information scientifiquement valide, compréhensible, et indépendante.
- Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, au niveau des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.
- Le PNNS prend en compte tant la composante « apports nutritionnels » que la composante « dépenses », en particulier la dépense énergétique liée à l'activité physique, afin de maintenir un équilibre entre les deux.
- Globalement toute action visant la consommation alimentaire humaine en général est orientée par les objectifs nutritionnels prioritaires. Chacune des actions prévue et mise en place, si elle vise un objectif particulier parmi les objectifs prioritaires, ne doit pas aller à l'encontre d'un autre de ces objectifs. Les stratégies et actions doivent être cohérentes, sans contradiction, ni explicite ni par omission.

Encart n°4 : Les 6 axes stratégiques du PNNS(1) (2001-2005)

1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel

¹³⁰ Comme par exemple le plan de prise en charge du diabète de type 2 (2002-2005), le programme national de réduction des risques cardio-vasculaires (2002-2005) etc...

satisfaisant. Eduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.

2. Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins.
3. Impliquer les industriels de l'agroalimentaire et la restauration collective ainsi que les consommateurs au travers des associations de consommateurs et de leurs structures techniques.
4. Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population.
5. Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologiques, comportementales et cliniques
6. Engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population.

À partir de ces principes et axes prioritaires, le PNNS(1) propose neuf objectifs nutritionnels déclinés en termes de modifications comportementales ou d'amélioration d'indicateurs de santé (cholestérol, pression artérielle et obésité). Cinq objectifs portent sur la consommation alimentaire, un sur l'hygiène de vie et trois sur des marqueurs de l'état nutritionnel (encart n°5).

Encart n°5 : Les 9 objectifs opérationnels du PNNS(1) (2001-2005)

Consommation alimentaire

- Augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 % ;
- Augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % la prévalence des déficiences en vitamine D ;
- Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses) ;
- Augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres ;
- Réduire l'apport d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne

devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort). Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique); il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique ;

Hygiène de vie

- Augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins 1/2h de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant ;

Marqueurs de l'état nutritionnel

- Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes ;
- Réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes ;
- Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants.

L'action des pouvoirs publics se concentre alors sur des campagnes d'information relatives aux comportements à risques (le grignotage, la sédentarité, ...) et sur la régulation de l'offre alimentaire afin de créer les conditions favorables à l'émergence d'un environnement moins « obèsogène¹³¹ » (déstructuration des repas, abondance alimentaire, loisirs sédentaires et déplacements motorisés). Quarante-trois guides ou brochures et vingt affiches, recensés à ce jour, seront diffusés. Douze traitent exclusivement de l'alimentation et des qualités diététiques de certaines catégories d'aliments (les viandes, les poissons, les fruits et légumes...), treize renvoient à des guides de « bonnes pratiques » en fonction de catégories d'âge (adolescents, personnes âgées, enfants de 0 à 3 ans...), de statuts (parents, précaires, femmes enceintes, professionnels de santé) ou de domaines d'application (à l'échelle de la ville, des collèges...). Quatre guides concernent l'activité physique. Enfin, un certains nombres de brochures promeuvent la nutrition de manière générique en y associant le slogan du programme, à savoir « manger-bouger ». Abordons à présent les contraintes et obstacles rencontrés par la politique nutritionnelle française, fruit de l'engagement des experts institués des administrations étatiques, mise en regard avec le marché de la minceur qu'elle a, malgré elle, participé à développer.

¹³¹ C. Fourel (journaliste) pour *Alternatives économiques* du 1er février 2007.

I.2 – Le marché de la minceur : contraintes et obstacles à la politique nutritionnelle

Outre la publicisation de la nutrition par les épidémiologistes, les endocrinologues et les médecins de santé publique, la mise en place de ce programme quinquennal sort l'obésité de son confinement hospitalier. Il découlera de cette politique de nombreuses tentatives de légifération aux résultats contrastés.

I.2.1. Les industries agroalimentaires nourrices de la population

Confronté à « la force de frappe énorme¹³² » des industries agroalimentaires, l'action des pouvoirs publics met l'accent sur les publicités vantant les mérites de certains produits, désignés comme des alicaments. Elle cible les allégations nutritionnelles de ces denrées jugées « tendancieuses¹³³ » dans la mesure où elles n'évoquent pas en contrepartie leur teneur en graisse, en sel ou en sucre dont il s'agit de diminuer la consommation. Le 8 octobre 2003, dans le cadre du débat parlementaire sur la loi de santé publique, le député Jean-Marie Le Guen (parlementaire du parti socialiste et médecin) dépose quatre amendements pour interdire la diffusion de ces publicités lors de programmes télévisés en direction des enfants. Ces propositions seront rejetées dans un premier temps mais elles constitueront le point de départ d'une séquence qui divisera le monde politique, les promoteurs du PNNS, les associations et les industries agroalimentaires¹³⁴. Deux mesures inscrites dans la loi de santé publique du 9 août 2004 seront prises à l'issue de ces débats : la suppression des distributeurs de friandises dans les écoles, et la diffusion de messages sanitaires au sein des publicités alimentaires.

La portée de ces initiatives contraste avec les propositions initiales et atteste du poids des lobbys agroalimentaires sur les acteurs politiques. En effet, outre le recul des pouvoirs

¹³² Dr. A. Cocaul dans *Le Monde* du 10 octobre 2002. Arnaud Cocaul est nutritionniste. Il exerce actuellement au centre médical de Saint-Michel à Paris. Auparavant, il officia au sein du service d'endocrinologie-métabolisme et nutrition dirigé par Arnaud Basdevant à la Pitié Salpêtrière. Spécialisé dans les troubles de l'obésité et la gestion des troubles du comportement alimentaire, il est l'auteur de nombreux ouvrages, dont *Maigrir, Le plaisir sans les kilos, Questions de poids, Le régime mastication*, ou dernièrement *Le S.A.V des régimes*.

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Boubal C., 2011, *Publicité et obésité. Naissance d'une controverse*, INA éditions, Bry-sur-Marne.

publics¹³⁵ à deux reprises sur cette proposition de loi au motif que cela pénaliserait le secteur dynamique de la bande dessinée et animée en France¹³⁶, de nombreuses mesures fiscales furent abandonnées. Le principe de taxes ou de « bonus-malus¹³⁷ » appliqués aux aliments jugés « mauvais » ou « bons » pour la santé se verra « balayé » dans un premier temps en 2008 par trois ministres (la ministre de la santé Roselyne Bachelot, le ministre du budget Eric Woerth et le ministre du travail Xavier Bertrand) qui estiment que « dans une période difficile sur le plan économique [...] taxer un certain nombre de produits reviendrait à taxer les plus faibles¹³⁸ » et à diminuer le « pouvoir d'achat¹³⁹ » des français. Toutefois, une proposition de taxe sur les boissons à sucre ajouté ressurgira le 24 août 2011 au travers d'un plan de réduction des déficits présenté par François Fillion dans le but « d'infléchir les dépenses de l'assurance maladie et de renforcer les outils de santé publique ». La présence des industriels au comité de pilotage du PNNS, de l'aveu d'un responsable de la communication à l'INPES (entretien, novembre 2009), se révèle parfois « contre-productive puisqu'ils peuvent anticiper les campagnes d'information et modifier en conséquence leurs stratégies marketing » ou appliquer « la politique de la chaise vide » lorsque des réglementations plus restrictives sont à la discussion, rompant ainsi le dialogue souhaité par les pilotes de la politique nutritionnelle. Finalement, pour l'heure, seules des chartes d'engagements nutritionnels et de bonne conduite seront mises en œuvre sur la base du volontariat et du bon vouloir des industriels.

C'est dans ce contexte troublé qu'un rapport sur le PNNS(1) envisage parallèlement en 2006 de réaliser un état des lieux des actions menées (encart n°6). Celui-ci propose alors de poursuivre la dynamique engagée par un PNNS(2).

¹³⁵ Malgré les faveurs de la ministre de la santé Roselyne Bachelot (UMP), le soutien de nombreuses associations (au premier rang desquelles UFC Que choisir), de 22 sociétés savantes et de 150 personnalités du monde médical.

¹³⁶ Argument déployé par la ministre de la culture Christine Albanel (UMP) et largement repris par l'Association Nationale des industries alimentaires (ANIA), les chaînes de télévision ainsi que le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) (*Agence France Presse* du 29 mai 2008).

¹³⁷ Envisagé, dans un premier temps, par le sénateur PS – Claude Saunier dans son rapport d'évaluation des choix scientifiques et technologiques du 13 avril 2004 ; puis repris par la sénatrice UMP – Valérie Boyer dans son rapport du 30 septembre 2008 faisant suite à la mission d'information qui lui a été confiée au sujet de la prévention de l'obésité.

¹³⁸ X. Bertrand (ministre du travail) dans *Le Point* du 30 septembre 2008.

¹³⁹ E. Woerth (ministre du budget) dans *Le Figaro* du 7 août 2008.

Encart n°6 : Éléments du rapport réalisé sur l'évaluation du PNNS 1 (2006) :

Plusieurs aspects sont pris en compte dans cet état des lieux¹⁴⁰ :

- Les diverses actions nationales annoncées et engagées ou en cours de réalisation et les opérations locales et régionales menées et pilotées notamment par les Comités Techniques Régionaux de Nutrition. Un bilan de l'action des Réppop est également proposé ;

- L'impact de ces actions et plus particulièrement celles relatives aux diverses campagnes de communication sur le public. S'agissant de l'évaluation de la campagne de promotion de l'activité physique, celle-ci, selon les termes du rapport, « semble avoir très bien fonctionné tant au regard des grands scores de post-test que sur la compréhension et l'acceptation de son message global. On observe : une bonne mémorisation spontanée sur les plans quantitatif et qualitatif, un haut niveau de reconnaissance, une bonne synergie de l'ensemble du plan média et une forte performance dans cette reconnaissance des médias autres que TV (radio et affichage pour les Parisiens), une forte appétence pour ce sujet, d'où une adhésion de principe (et donc un agrément très important) au message global de promotion du sport et de l'activité physique par ailleurs bien compris, la campagne a été jugée claire et utile et devrait jouer un certain rôle incitatif » ;

- Dans le chapitre « Evaluation des mesures et actions visant à éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant », aucune information n'est donnée sur les mesures en matière d'incitation à la pratique physique et sportive.

Après présentation de plusieurs enquêtes ayant été réalisées dans le cadre des actions engagées au titre du PNNS(1), le rapporteur conclut, au regard des éléments de bilan du PNNS, à la nécessité de prolonger la dynamique à travers un second PNNS : « la conception et le développement des outils nécessaires à l'établissement du cadre référentiel et la mise en œuvre des actions et des mesures proposées en 2001 ont nécessité une large et longue concertation que justifiait la nécessité de l'appropriation, par chaque acteur, d'une nouvelle démarche de santé publique novatrice. Ceci explique, en partie, le retard observé dans l'avancement pratique du PNNS. Certes, une grande majorité des actions et mesures prévues dans le programme en 2001 ont été mises en place aux niveaux national et local. Cependant, pour la plupart, leur plein développement n'est cependant intervenu que tardivement

¹⁴⁰ Hercberg, S. (2006), *Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008). Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France*, Rapport remis à X. Bertrand, février.

(notamment à partir de 2003), et leur impact, même s'il a déjà pu avoir certains effets, ne s'est vraisemblablement pas encore manifesté de façon optimale. D'autre part, la loi relative à la politique de santé publique et son rapport annexé, qui fixe des objectifs de santé pour l'horizon 2008, reprennent les niveaux des objectifs majeurs du PNNS tels qu'initialement prévus pour 2005. Ces différentes raisons et notamment le calendrier fixé par la loi justifient pleinement le maintien pour le PNNS 2 du chiffrage à atteindre pour les 9 objectifs spécifiques du PNNS. De plus, aucun élément suffisamment objectif et global ne permet de connaître la situation à la fin de l'année 2005.

Aussi, les propositions¹⁴¹ pour le PNNS 2 sont intégrées dans 3 plans d'actions comprenant 26 actions concrètes dans le cadre d'une « grande mobilisation nationale » pour la promotion de la nutrition :

- Plan d'actions 1 : Prévention nutritionnelle globale : offrir à tous les conditions d'une alimentation et d'une activité physique favorable à la santé. Rendre réellement réalisables les repères de consommation du PNNS. Les actions 10 (*promouvoir l'activité physique dans la vie quotidienne et sur les lieux de travail et faciliter la pratique sportive de loisir pour tous*) et 12 (*augmenter l'activité physique à l'école*) portent plus particulièrement sur le développement de la pratique des activités physiques et sportives ;
- Plan d'actions 2 : Prendre en charge l'obésité de l'enfant et de l'adulte par la mise en place au niveau régional notamment de Réppop, Réseaux de prise en charge de l'obésité (action 22) ;
- Plan d'actions 3 : Améliorer la prise en charge transversale de la dénutrition ou de son risque, notamment chez le sujet âgé (en ville et dans les établissements de santé et médico-social).

Suite à cette évaluation du PNNS(1), le PNNS(2) (2006-2010) s'attache à quantifier davantage les neuf objectifs nutritionnels précédemment évoqués (encart n°7) afin d'en faciliter le suivi et l'évaluation. Cette évolution du PNNS voit également l'ajout d'un dixième objectif au précédent référentiel qui est ainsi maintenu et élargi.

Encart n°7 : Les 10 principes généraux du PNNS 2 (2006-2010)

- Le choix alimentaire est un acte libre, dans le contexte culturel et social propre à chacun ;
- Le mot nutrition doit être compris comme englobant la question des apports par

¹⁴¹ Devenues parties intégrantes du PNNS(2).

l'alimentation et des dépenses énergétiques par l'activité physique ;

- Outre sa vocation biologique, l'acte alimentaire a une forte charge culturelle, sociale et affective: c'est en France un moment de plaisir revendiqué. Le PNNS prend en compte la triple dimension biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire ;

- Les orientations développées, les messages promus dans le cadre du PNNS s'appuient sur une expertise scientifique organisée par les pouvoirs publics ;

- Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques, et au niveau des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques ; elles s'inscrivent notamment dans une volonté d'évolution favorable pour la santé des environnements alimentaire et physique des personnes ;

- Les stratégies, les actions et les messages du PNNS doivent être cohérents, sans contradiction, ni explicitement ni par omission. Ils sont tous ordonnés en vue de réaliser les objectifs nutritionnels prioritaires retenus par ce programme ;

- La mise en œuvre des actions majeures du PNNS s'effectue dans le cadre d'un dialogue avec les partenaires du programme présents dans son comité de pilotage, et au niveau régional dans le cadre défini par le plan régional de santé publique ;

- Les mesures incitatives sont privilégiées, notamment lorsqu'elles peuvent être adaptées aux différentes catégories d'acteurs. Cependant des mesures réglementaires peuvent être mises en place lorsqu'il s'avère nécessaire de répondre à des critères d'efficacité, voire d'égalité ;

- Toute forme de stigmatisation des personnes fondée sur un comportement alimentaire ou un état nutritionnel particulier est bannie par le PNNS ;

- Aucun message émanant du PNNS ne saurait interdire ou bannir la consommation d'un quelconque aliment (si sa consommation n'est pas interdite par la réglementation).

Résolument orienté vers l'action et son efficacité, le PNNS(2), largement nourri des informations et propositions contenues dans le rapport de Serge Herberg (février 2006), propose un cadre d'intervention se voulant plus opérationnel (encart n°8). Il cible beaucoup plus précisément les acteurs pouvant être associés ou invités à participer à la mise en œuvre de ce plan (les collectivités territoriales, les entreprises, les acteurs associatifs, les établissements scolaires...), et indique par ailleurs les mesures que ces derniers peuvent prendre en matière de nutrition et de production des conditions favorables à un mode de vie actif. L'incitation à la multiplication des actions locales innovantes constitue donc une priorité, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et les Unions

Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) voient leurs moyens financiers renforcés pour les soutenir. Le PNNS(2) insiste particulièrement et beaucoup plus que le premier, sur l'activité physique qu'il souhaite renforcer en impliquant les collectivités locales et les associations, notamment sportives, dans la politique de lutte contre l'obésité, au travers de la signature de chartes. Il apporte enfin des indications sur le mode de « gouvernance » (mentionné ainsi dans le texte) du PNNS : meilleure définition des rôles des diverses instances, création de nouvelles structures de conduite ou de mise en œuvre du programme, volonté de réaliser l'articulation entre les dimensions nationales et locales du programme *via* une responsabilisation des directeurs des DRASS et le volet « nutrition » des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP). Enfin, nous notons un fort affichage de la dimension évaluative des actions menées.

Encart n°8 : Les principales structures de pilotage du PNNS 2 (2006-2010)

Au niveau national

Le Comité Stratégique du PNNS et son Comité de Pilotage Permanent

Le comité stratégique du Programme National Nutrition-Santé (PNNS), présidé par le Ministre de la Santé est chargé de donner un avis sur les orientations et les actions à développer en cohérence avec les objectifs du PNNS, de coordonner et d'évaluer sa mise en œuvre. Ce Comité Stratégique a décidé de confier à un comité de pilotage permanent le suivi régulier de la mise en œuvre du PNNS. Les institutions et structures du Comité Stratégique sont représentées dans le comité de pilotage.

Ce dernier assure la coordination et le suivi opérationnel de la mise en œuvre du PNNS en facilitant l'information et la concertation entre ses différents membres¹⁴². Il est une force de

¹⁴² (les appellations des Ministères changeant en fonction des gouvernements) : Le Ministre de la Santé et des Sports, le Ministre de l'Agriculture et de la Pêche, le Ministre de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, le Ministre des Petites et Moyennes Entreprises, du Commerce, de l'Artisanat, des Professions Libérales et de la Consommation, le Ministre de l'Intérieur, le Ministre de la Cohésion Sociale et de la Parité, le Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, le Directeur de l'INPES, le Directeur Général de l'AFSSA, le Directeur de l'InVS, le Président de l'INCA, le Directeur Général de l'INSERM, le Directeur Général de l'INRA, le Président du CNA, le Directeur de la CNAMTS, le Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, le Président de l'Association des Régions de France, le Président de l'Assemblée des Départements de France, le Président de l'Association des Maires de France, le Président de la Conférence des DRASS, un représentant du réseau des villes santé OMS, un représentant de l'ANIA (industries alimentaires), un représentant de la FCD (entreprises du commerce et de la distribution), un représentant du SRC (syndicat de la

proposition et de dialogue. Il propose la mise en place d'actions et de mesures en cohérence avec les orientations fixées par le comité stratégique du PNNS. Il assure, la cohérence des mesures mises en œuvre et des outils et productions développés dans le cadre du PNNS. Il valide ou définit les conditions de validation des outils institutionnels du PNNS. La décision finale revient au Ministre chargé de la santé. Le Comité de Pilotage est présidé par le vice-président du Comité Stratégique et son secrétariat est assuré par la Direction Générale de la Santé. Il se réunit une fois par mois.

Le Ministre de la santé (et des sports) réunit chaque année un Comité interministériel de la politique nutritionnelle française qui associe les ministres et délégations interministérielles concernés (agriculture et consommation, éducation, sports, cohésion sociale, personnes âgées, recherche) afin de décider des orientations stratégiques de la politique nutritionnelle du gouvernement. Il est préparé par un rapport du Président du comité de pilotage du Programme national nutrition santé.

Un colloque annuel est organisé dans le but d'assurer un échange avec l'ensemble des partenaires institutionnels du PNNS, les acteurs économiques, les agences sanitaires (Institut de Veille Sanitaire, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et l'Institut de Prévention et d'Education pour la Santé), les associations d'usagers (association de représentation des consommateurs, des familles et des personnes obèses...).

Au niveau régional

Un *comité régional de pilotage* du Programme national nutrition santé, présidé par le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS), a été créé (2nd PNNS). Il comprend un *comité scientifique régional*, chargé d'articuler les orientations nationales avec celles du Plan régional de santé publique. Il fait des propositions au Groupement régional de santé publique (GRSP). Ses membres apportent *leur soutien aux différents projets régionaux* et contribuent à relayer l'information vers les médias locaux.

1.2.2. Les industries pharmaceutiques en quête de remèdes amaigrissants

La mise en place de ce programme quinquennal ouvre donc un marché prometteur pour les industries agroalimentaires soucieuses de redorer leur image au ressort des crises alimentaires de 1999 (listéria, dioxine) par l'intermédiaire du concept de l'alicament « bon pour la

restauration collective), un représentant du CCC (comité de coordination des collectivités), trois représentants des consommateurs, des personnalités qualifiées.

santé¹⁴³ ». C'est également le cas pour les industries pharmaceutiques en quête de « blockbuster¹⁴⁴ ». En 1995, l'affaire des « coupe-faim » met en lumière le marché florissant, alors méconnu, des molécules anorexigènes faisant l'objet d'un grand intérêt par les laboratoires pharmaceutiques. Traitement de seconde intention, après l'échec d'un régime alimentaire, ces produits sont « réservés aux médecins hospitaliers spécialistes de diabétologie, d'endocrinologie ou de médecine interne¹⁴⁵ » dans le cadre d'unités de soins hospitaliers spécialisés. Pourtant dévolus aux traitements de l'obésité mais souvent utilisés à des fins esthétiques, des études internationales relayées par la presse montrent sur cette période « les risques, rares mais mortels, liés à la consommation de produits anorexigènes (coupe-faim)¹⁴⁶ ». Ces substances font alors émerger des critiques qui conduisent l'Agence française du médicament¹⁴⁷ à en limiter l'usage dans un premier temps, puis à en interdire la commercialisation le 15 septembre 1997 et le 12 octobre 1999, s'agissant de la Dexfenfluramine commercialisée par les laboratoires Servier sous les noms d'Isoméride ou de Redux et de la Fenfluramine sous le nom de Pondéral. Finalement, pas moins d'une dizaine de médicaments seront retirés du marché¹⁴⁸.

Pourtant, parallèlement au financement de l'étude Obépi, les laboratoires Roche obtiennent l'autorisation de commercialiser un médicament contre l'obésité (Xenical) qui devient le premier traitement disponible¹⁴⁹ suite au retrait des molécules coupe-faim des laboratoires Servier. Ces derniers seront condamnés le 22 décembre 2000, par la première chambre civile du tribunal de grande instance de Nanterre, à verser 2,5 millions de francs de dommages et intérêts à une jeune femme de 39 ans atteinte d'une grave maladie imputable au médicament,

¹⁴³ S. Syfuss-Arnaud (journaliste) pour *L'Expansion* du 26 avril 2001.

¹⁴⁴ Correspond à un médicament générant un chiffre d'affaires d'au moins un milliard de dollars.

¹⁴⁵ Pr. J.-M. Alexandre (directeur de l'évaluation à l'Agence française du médicament) et J.-F. Girard (Néphrologue, directeur général de la santé) dans *Le Monde* du 1 novembre 1995.

¹⁴⁶ J.-Y. Nau (journaliste) pour *Le Monde* du 18 mai 1995.

¹⁴⁷ Qui deviendra l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) par la loi du 1er juillet 1998 instituant un dispositif de veille et de sécurité sanitaire puis l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), suite au scandale du Médiateur, par la loi du 29 décembre 2011 prenant effet au 1^{er} mai 2012.

¹⁴⁸ Aux précédents médicaments cités s'ajoutent l'Amorex des laboratoires Crinex; le Prefamone chronules des laboratoires Dexo; le Tenuate Dospan des laboratoires Marion Merrell Dow; le Moderatan des laboratoires Théranol-Deglaude; le Dinintel des laboratoires Roussel-Diamant; le Fenproporex des laboratoires Théranol-Deglaude ainsi que l'Incital des laboratoires Pierre Fabre Santé.

¹⁴⁹ Il demeurera le seul jusqu'à aujourd'hui avec le Sibutral de Knoll Pharmaceuticals mis sur le marché en France le 21 mai 2001.

ainsi que plus de 1,3 millions de francs aux organismes de Sécurité sociale ayant pris en charge ses frais de maladie. Aujourd'hui encore poursuivis en justice avec l'affaire du Médiator¹⁵⁰, ce rebondissement inattendu fait resurgir le spectre de molécules anorexigènes qui ne disent pas leurs noms et dont les posologies sont détournées en vue d'un amaigrissement (cf. annexe n°4). Cette subtilité sémantique est par ailleurs dénoncée par le docteur Irène Frachon, dans son ouvrage publié en 2010, *Médiator 150 mg : combien de morts ?*, en ces termes : « Leurs documents ne disent jamais "coupe-faim" mais toujours "surpoids". Servier a tout fait pour diffuser l'idée que si on est gros, on est toujours un peu diabétique¹⁵¹ ». Les risques de complication pour la santé sont alors, dans ce cas précis, dissimulés par les industriels comme le précise dans son procès-verbal Jean Charpentier (ancien médecin et professeur). Ayant rédigé pour le compte des laboratoires Servier la mise sur le marché du Médiator en 1973, il a « expliqué que son travail avait été caviardé, voire falsifié, afin que le Médiator soit reconnu comme antidiabétique¹⁵² ». Il a aussi confirmé que son rapport avait été modifié « pour supprimer toute référence à l'effet coupe-faim (anorexigène) du Médiator ainsi que sa parenté chimique avec l'amphétamine¹⁵³ ».

L'ensemble de ces affaires attestent de la vitalité d'un marché de la minceur malgré la baisse de rentabilité des « *Business Model* », l'expiration des brevets, le contrôle accru des prix de mise sur le marché par l'Union Européenne auparavant laissé à l'appréciation des industriels¹⁵⁴, le non remboursement de ces produits sous prescription, les condamnations pénales, les multiples échecs, tels que l'Accomplia des laboratoires Sanofi-Aventis, ainsi que les critiques liées à la médiatisation précoce de molécules en stade préclinique¹⁵⁵. Le récent succès d'Alli (encart n°9), version édulcorée du Xenical disponible sans prescription sur avis

¹⁵⁰ Révélée par la revue Prescrire qui, dans *l'Express* du 4 juin 2009, « pose directement la question : " L'Affsaps est-elle avant tout au service des patients ou au service des firmes pharmaceutiques ? " ». Elle illustre alors ses inquiétudes avec « le Di-Antalvic, l'Agréal, le Mediator et les coxibs ».

¹⁵¹ Dr. I. Frachon (pneumologue) pour *Rue89* le 25 août 2011.

¹⁵² Pr. J. Charpentier (neurochirurgien) dans *Libération* du 5 septembre 2011.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ Hauray B., 2006, *L'Europe du médicament : Politique, Expertise, Intérêts privés*, Presses de Sciences Po, Paris.

¹⁵⁵ *Les Echos* du 28 février 2001 relatait la démission de Bernard Bihain de l'entreprise de biotechnologies Genset qui invoquait alors pour justifier son départ des raisons « éthiques [...] un désaccord croissant sur la médiatisation, par la direction générale de Genset » de la molécule famoxin (protéine candidate au traitement de l'obésité) qui n'en était encore « qu'au stade préclinique ».

du pharmacien, illustre la rentabilité de ce secteur avec des ventes ayant atteint 27,2 millions d'euros, moitié plus que les 18 millions prévus¹⁵⁶. Ce dernier étant dans 25% des cas utilisé hors indications, c'est-à-dire pour des personnes dont la corpulence ne justifie pas l'usage d'un tel médicament¹⁵⁷. Si elles mettent de côté pour un temps la recherche du médicament anti-obésité et mènent des opérations marketing ciblées sur de courtes périodes, les industries pharmaceutiques ne délaissent pas pour autant le marché de la minceur et poursuivent en matière de recherche et de développement aujourd'hui des secteurs plus porteurs tels que les thérapies géniques et cellulaires ou hormonales. Cela nous est confirmé par un(e) professeur(e) pédiatre-endocrinologue en marge d'une communication portant sur les obésités syndromiques en octobre 2010 affirmant avoir « déposé un brevet pour les troubles du comportement alimentaire et pas seulement pour les obésités syndromiques » en partenariat avec une entreprise pharmaceutique. Le « problème central » dans l'apparition de ces troubles est, selon ce médecin, « le manque d'ocytocine » et il pourrait être compensé par des traitements médicamenteux. « On continue à conserver la balance nutritionnelle [à savoir le rapport énergétique entre les apports caloriques de l'alimentation et leurs dépenses par l'activité physique] parce que ça a permis de faire bouger les choses même si ça n'est pas vrai mais cela ne gêne pas les spécialistes ».

Encart n°9 : Chronologie d'un succès marketing – Alli



Entre la sortie en fanfare le 14 avril 2009 et l'annonce du retrait du médicament minceur aujourd'hui que s'est-il donc passé ?

En juin, la pilule Alli était un tout nouveau traitement de l'obésité qui avait déjà conquis plus de 150 000 personnes en un mois. Ce médicament en vente libre bénéficiait d'une publicité intensive dans toutes les pharmacies et n'était pas arrivé là par hasard. Son principe actif, l'Orlistat (60 mg) était déjà utilisé dans des médicaments vendus exclusivement sur

¹⁵⁶ *La Tribune* du 5 mai 2010.

¹⁵⁷ *Les Echos* du 5 mai 2010.

ordonnance, mais plus fortement dosés, sous le nom de Xenical (120 mg). C'était donc un supposé gage d'efficacité pour les nombreux candidats à la minceur.

Un succès de courte durée puisque dès août 2009, la FDA (Food and Drug Administration – agence sanitaire américaine) demandait des précisions sur la potentielle dangerosité de l'Orlistat sur le foie. L'histoire est sérieuse. Trente-deux cas d'atteintes hépatiques auraient été rapportées dont 27 ayant nécessité une hospitalisation.

La possible dangerosité de la pilule anti obésité Alli se confirme. C'est en octobre 2011 que l'Affssaps (Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé) révèle plusieurs cas d'atteintes hépatiques graves dont certaines ont entraîné des transplantations hépatiques voire des décès.

En 2012, GlaxoSmithKline annonce la fin de la commercialisation de la pilule anti-obésité Alli. Les raisons alors invoquées par le porte-parole du laboratoire concernent « la survenue d'un problème d'approvisionnement de la molécule en janvier 2012 ». Une décision confortée par le climat délétère français concernant les médicaments d'amaigrissement, cela notamment « depuis l'affaire du Mediator¹⁵⁸ », précise-t-il. Le médicament reste toutefois en vente dans la plupart des autres pays Européens ainsi qu'aux États-Unis.

La remise en cause de la nutrition comme problème fondamental, dans cette dernière assertion de ce médecin, tend à confirmer l'intuition selon laquelle il n'est pas aisé pour l'État et les promoteurs de sa politique de consolider leurs engagements en faveur de la santé publique, d'accroître leur capacité de contrôle aux niveaux national et de déployer des injonctions réaffirmant la priorité de la prévention par la nutrition sur le soin. En effet, dans le même temps, les déclinaisons de son programme sont entravées par ce que nous pourrions désigner des répercussions aux effets pervers. Les messages de santé publique se heurtent aux publicités des entreprises privées, pharmaceutiques et agroalimentaires, qui semblent toujours posséder un temps d'avance sur leurs promoteurs. Soucieuses d'améliorer leurs profits sur un marché de la minceur qui, nous l'avons vu, est difficile à réguler, la politique conduite semble agir, à contre-courant des intentions de ses promoteurs, comme une caisse de résonance¹⁵⁹ même si une plus grande prise en considération des préoccupations relatives à la santé est

¹⁵⁸ Dépêche du *Figaro* et de l'*Agence France Presse* du 6 septembre 2013.

¹⁵⁹ Voir la récente campagne publicitaire de [Coca-Cola](http://www.youtube.com/watch?v=o1wwRC-5ksY) (<http://www.youtube.com/watch?v=o1wwRC-5ksY>) prenant explicitement position pour lutter contre l'obésité.

notable. L'amélioration des qualités nutritionnelles de certains produits de l'agroalimentaire¹⁶⁰ et la découverte de molécules nouvelles peuvent agir en faveur de la politique nutritionnelle. Toutefois, ces démarches, où l'individu obèse se confond avec l'individu normo-pondéré en quête de minceur, nuisent à la lisibilité des priorités en matière de prévention. La minceur reste la norme et n'est pas remise en cause. Au contraire, avec la déclinaison de cette politique de santé publique, elle semble bénéficier dorénavant d'une caution médicale.

I.3 – Une politique contestée : l'humanisation de la prévention

Dans la section qui va suivre, nous défendrons l'idée selon laquelle les effets pervers et leurs impacts sur le renforcement de la norme de minceur et du marché qu'elle représente sont d'autant plus importants qu'ils sont le fruit des activités des médecins à mi-chemin entre la poursuite de « biens en soi¹⁶¹ » et celle de leurs intérêts personnels. La controverse que suscite les régimes alimentaires, que nous développerons plus en détail dans la partie II de ce manuscrit, nous semble à ce titre particulièrement éclairante pour mesurer les difficultés auxquelles sont confrontés les promoteurs du PNNS, non pas seulement dans la confrontation au secteur économique, mais également au sein de leur propre monde, celui de la santé.

I.3.1. Des pratiques inadaptées à règlementer

Nous l'avons vu, les industriels suscitent de la méfiance systématique lorsque des intérêts privés se greffent sur des dispositifs de santé comme en atteste cet extrait d'entretien avec un responsable du PNNS à la DGS (juin, 2010) :

« Aujourd'hui on crée à tire-larigot des fondations dans tous les sens, des fondations qui permettent des fonds privés [...] de défiscaliser un certain nombre de bénéficiaires de façon à se créer de la notoriété au travers d'une fondation. Je ne critique pas. Il y a

¹⁶⁰ 35 chartes seront signées entre janvier 2008 et mars 2013. Celles-ci impliquent certains produits des marques s'engageant à des progrès nutritionnels. Elles ne concernent pas systématiquement toutes leurs gammes. Il s'agit, par exemple, d'une réduction de sel à hauteur de 10%, d'une réduction du taux de matières grasses de 10% et d'une amélioration de la qualité des lipides des pâtes Hénaff qui ne s'appliquent pas à leurs saucisses et palets (source : <http://www.sante.gouv.fr/les-chartes-d-engagements-de-progres-nutritionnels.html>).

¹⁶¹ Sur notre objet, la santé et la non stigmatisation des personnes obèses sont les deux biens qui ne peuvent être remis en cause en tant que tels. Mobilisées par les professionnels de santé, ils servent d'appuis à leurs engagements. Voir Dodier N., 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Éditions de l'EHESS, Paris.

des actions qui sont très bien faites mais c'est vrai qu'en agissant de la sorte on appauvrit l'État et l'action publique de ce fait là. Moi ça me...ça m'agace ».

Parallèlement, sur le plan de la prise en charge, cette politique conduira les professionnels de santé en relation avec des patients obèses (nutritionnistes, diététicien(ne)s, endocrinologues, ...) à privilégier des thérapeutiques à base de régimes alimentaires divers. Nombre de régimes, tels que le célèbre régime Dukan par exemple, voient le jour sur cette période. Traitements privilégiés au milieu des années 1990, les régimes alimentaires restent, encore aujourd'hui, très prescrits alors même qu'ils font l'objet depuis la fin des années 1990 de nombreuses remises en cause, notamment par le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) créé en 1998 (encart n°10) par des spécialistes des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, ...), ainsi que par des associations de personnes obèses ou de consommateurs (Allegro Fortissimo, UFC Que Choisir, ...).

Encart n°10 : Les origines du GROS

Le GROS est un réseau créé par des professionnels de santé installés en praticien libéraux mais jouissant d'une expérience hospitalière antérieure dans des services spécialisés sur les troubles du comportement alimentaire et la nutrition. Présent sur la scène nationale, il s'est structuré en 1998 à la suite d'une expérience menée en 1992 réunissant un médecin du sport également nutritionniste, un psychomotricien et un kinésithérapeute. Cette expérience menée en partenariat avec le journal féminin Vital, appelé « Défi marathon », avait pour objectif de « conduire des candidats à l'amaigrissement (...) présentant une surcharge pondérale allant de cinq à vingt kilos, à courir un marathon avec un encadrement strictement nutritionnel et physique¹⁶² ». Ce programme d'entraînement a notamment permis à ces professionnels de santé de constater « les limites des idées de l'époque (...), toujours d'actualité pour notamment le fameux PNNS, à savoir manger moins et bouger plus ». D'une part, parce que des individus soumis « à des régimes assez pauvres en calories (...) et à des entraînements physiques assez poussés posaient quelques problèmes au niveau de la carburation de nos futurs marathoniens » et, d'autre part, parce qu'une « personne pesant cent cinquante kilos et qui marche dix minutes (...) dépense plus d'énergie en valeur absolue que quelqu'un de

¹⁶² Extrait d'entretien, (mai 2011) psychomotricien co-fondateur du GROS.

normo pondéré. Donc j'avais affaire [en consultation hors du cadre de l'expérience « Défi marathon »] à des gens qui a priori étaient déjà au taquet¹⁶³ ». Cette prise de conscience est à l'origine de la fondation de ce réseau associatif puisqu'elle va à l'encontre de l'idée selon laquelle « la logique thermodynamique » serait la bonne pour lutter contre l'obésité. « Les régimes restrictifs » pratiqués sur cette période « étaient des échecs dans 90 à 95% des cas ».

Dénonçant l'inefficacité à long terme des régimes alimentaires et les conséquences néfastes qu'ils génèrent (élévation irréversible du *set point* ou poids d'équilibre, phénomène de restriction cognitive engendrant des troubles du comportement alimentaire, ...), leurs arguments ne seront repris dans les médias qu'en 2006¹⁶⁴ dans un contexte où la stigmatisation dont sont victimes les personnes obèses est de plus en plus visible et répandue. Sont en causes les polémiques suscitées lors de la tentative de mise en place de taxes pour les personnes obèses par les compagnies aériennes (encart n°11), ou encore la diffusion de messages sanitaires, dont nous savons aujourd'hui qu'ils ne sauraient donner automatiquement lieu aux mêmes interprétations suivant la position sociale des individus qui en sont les destinataires¹⁶⁵. Elles marquent le passage, selon eux, « d'une chasse à l'obésité à une chasse à l'obèse¹⁶⁶ » qui ne fait que « renforcer les préjugés [...] » dans une société où « [...] l'on peut rigoler d'un "gros", cela ne choque personne¹⁶⁷ ».

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ *Le Nouvel Observateur* du 23 février 2006.

¹⁶⁵ Depecker T., 2010, « Les cultures somatiques : usages du corps et diététique », *Revue d'Études en Agriculture et Environnement*, 91 (2), p. 153-184 ; Régnier F., 2009, « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue Française de Sociologie*, 50 (4), p. 747-773 ; Régnier F., Masullo A., 2010, « Le régime entre santé et esthétique ? Significations, parcours et mise en œuvre du régime alimentaire », *Revue d'Études en Agriculture et Environnement*, 91 (2), p. 185-208.

¹⁶⁶ J.-P. Zermati dans l'*Hebdo* du 30 avril 2009. Jean-Philippe Zermati est médecin du sport et nutritionniste. Son expérience en préparation nutritionnelle des plus grands champions l'amène à être l'un des premiers à préconiser l'abandon des régimes gras prescrits à cette époque et la réintroduction des féculents dans les régimes amaigrissants. Il démontre sa position en organisant en 1992 un programme qui consiste à préparer en un an des personnes en surpoids au marathon de Paris. En 1998, il dénonce les méfaits des méthodes amaigrissantes dans un ouvrage : *La fin des régimes*, cofonde le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) dont il deviendra le deuxième président, et se forme aux thérapies cognitivo-comportementales. En 2002, il écrit *Maigrir sans régime* dans lequel il explique comment maigrir en traitant les comportements de restriction. En 2006, il coécrit avec Gérard Apfeldorfer *La dictature des régimes attention !* et commence à s'intéresser aux thérapies émotionnelles. Plus récemment, il crée en 2011 avec ce dernier la société *Méta-Coaching* qui édite le

Encart n°11 : Chronique d'une polémique sur la « taxe obésité » dans les avions

L'évènement déclencheur de la polémique a lieu en août 2005. Dans le quotidien *Le Monde* du 27 septembre 2005, le journaliste Frédéric Potet relate l'anecdote de Jean-Jacques Jauffret (scénariste-réalisateur) qui, à son retour de voyage en Inde, est « victime d'un épisode ubuesque ». Cet homme se voit contraint d'être mesuré, par un employé d'Air France, au niveau de l'abdomen avec un ruban adhésif. Dépassant la norme pondérale fixée par la compagnie aérienne, il doit alors s'acquitter d'un deuxième billet pour regagner Paris sur lequel « une personne avait pris soin d'inscrire son tour de taille (172 cm) et son poids estimé à la louche (180 kg) ». Si la compagnie Air France sera condamnée en novembre 2007 à dédommager ce passager, l'idée d'une « taxe obésité » fera son chemin et sera reprise par la société Ryanair en 2009. A la suite d'une « étude britannique reprise dans les médias du monde entier expliquant que les gros avaient un bilan carbone plus élevé que les maigres, et donc polluaient plus la planète¹⁶⁸ », elle eut l'idée d'un sondage auprès de ses clients dans le but de réduire ses coûts. Après une série de questions, « un tiers des sondés décide que c'était aux gros de payer ». Ryanair prenant acte de ces résultats suggère quatre propositions qui sont aussi d'après Stephen McNamara, directeur de la communication, « les plus simples, les plus justes et les plus faciles à appliquer » :

1. Taxe par kilo (au-dessus de 130 kg pour les hommes et de 100 kg pour les femmes)?
2. Taxe par cm (tour de taille 114 cm pour les hommes et 101 pour les femmes)?
3. Taxe pour chaque point au-delà d'un indice de masse corporelle de 40?
4. Taxer un deuxième siège si le passager touche les deux accoudoirs simultanément?

Cet évènement mis le feu aux poudres. Le Dr. Jean-Philippe Zermati considère qu'« un cap a

site internet <http://www.linecoaching.com/> et se propose de « réguler et de perdre du poids sans devoir se mettre au régime » à partir d'un programme en ligne payant.

¹⁶⁷ V. Gacquièr dans *La Croix* du 24 janvier 2006. Vivianne Gacquièr est présidente de l'association Allegro Fortissimo. Créée en 1989, cette association lutte contre les discriminations dont sont victimes les personnes de forte corpulence dans la société (problèmes d'accès à l'emploi, au crédit, aux transports, aux soins...). Elle travaille également à les réconcilier avec leur corps et leur image, vis-à-vis d'elles-mêmes, de leur entourage et de la société.

¹⁶⁸ F. Perret (journaliste) dans *l'Hebdo* du 30 avril 2009.

été franchi [...] Il y avait une espèce de retenue jusqu'ici ; c'étaient des choses qu'on se disait entre particuliers et qu'on n'affichait pas publiquement¹⁶⁹ ». Dans le même article, le Dr. Eric Héraïef, interniste spécialiste de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire, poursuit : « c'est le reflet de notre société, terriblement intolérante. Les gens hors norme sont de moins en moins supportés, et intégrés et c'est tout simplement scandaleux [...] Ça ne viendrait à l'idée d'aucune compagnie de taxer par exemple un handicapé en fauteuil roulant ; on le prendra en charge, au contraire. Ni une femme enceinte dont le tour de taille peut-être conséquent ». Viviane Gacquièr, présidente de l'association Allegro Fortissimo, note alors une montée de la « "grossophobie" liée à plusieurs facteurs : au coût de l'obésité dont on dit tellement qu'il va avoir un impact sur les finances publiques et, maintenant, sur l'environnement, mais aussi aux études "pseudoscientifiques" relayées par les médias : les gros sont moins intelligents, ont moins de mémoire, polluent la planète, sont fainéants, *etc.* Résultat : nous sommes le miroir de ce que la société ne veut pas devenir ». Ce sondage ne sera pas suivi d'effets sur le prix des billets chez Ryanair. Toutefois, un peu moins d'un an plus tard, Air France-KLM tente à nouveau d'imposer un tarif majoré invoquant des problèmes de sécurité et soulignant que « la personne doit pouvoir, pour des raisons de durée maximum d'évacuation, s'extraire ou être extraite de son fauteuil de façon normale¹⁷⁰ ». Le voyageur corpulent est ainsi « incité à acheter un deuxième billet à 75% en classe économique qui lui sera remboursé, après coup, si cette cabine n'était pas complète¹⁷¹ ». Cette fois, ce sera le Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO) qui montera au créneau par la voix de sa présidente Anne-Sophie Joly : « Pour nous, c'est non en bloc ! C'est de la discrimination à l'état pur ! C'est une première étape et ensuite on vous fait payer le double du billet ».

Paradoxalement, la polémique rebondira à la suite d'un éditorial de Christophe Barbier, journaliste politique et directeur de la rédaction de *L'Express*, intitulé « Obésité, à qui la faute ? » datant du 27 janvier 2010. Dans cette vidéo, il prend le parti d'Air France en ces termes : « cela [la « taxe obésité »] choque. Et bien pourtant, je considère qu'Air France a raison. En effet, il faut distinguer dans notre vie collective ceux qui sont 100% victimes d'un handicap et ceux qui peuvent avoir une part de responsabilité. Il y a des obèses qui le sont à

¹⁶⁹ J.-P. Zermati dans l'*Hebdo* du 30 avril 2009.

¹⁷⁰ Dépêche de l'*Agence France Presse* du 20 janvier 2010.

¹⁷¹ *Ibidem*.

leur corps défendant, c'est génétique, c'est une maladie, ils ne peuvent pas faire autrement. Et il y a ceux qui payent le prix en étant obèse de comportements alimentaires dérégulés. D'un manque de volonté, d'un manque de violence qu'on se fait à soi-même pour que son personnage, son individu, son corps ne crée pas de problème à la collectivité, notamment dans les transports en commun [...] Il faut que notre société puisse regarder en face ce qui relève de l'état de victime – on a subi quelque chose et la collectivité est solidaire – et ce qui relève de l'état de responsable – on a des difficultés mais on en est responsable parce qu'on n'a pas su par son manque de volonté échapper à cette fatalité ». Ce billet laissera les professionnels de santé, spécialistes de l'obésité, stupéfaits. « C'est consternant et insupportable d'entendre cela » résume le Pr. Arnaud Basdevant. Ajoutant : « C'est un raisonnement purement économique, basé sur une vision moralisatrice et normative appelant au retour à l'homme idéal¹⁷² ». L'auteure de l'article, Sandrine Blanchard, ne manquera pas de rebondir à ce sujet par ces propos quelque peu acides : « Les asthmatiques n'ont qu'à aller vivre à la campagne, les alcooliques et les fumeurs n'ont qu'à se raisonner, les séropositifs n'avaient qu'à prendre leurs précautions, les diabétiques n'avaient qu'à pas manger trop de sucre, etc. Et peu importent les facteurs environnementaux, sociaux, sociétaux et psychologiques des maladies chroniques. Vive les " y a qu'à " et le chacun pour soi. Reste aux obèses à demander un certificat médical pour savoir si leur poids est subi ou voulu, et aux médecins à juger si leur patient a suffisamment de volonté ! Fastoche ! ».

Cette polémique refait périodiquement surface au gré des nouvelles politiques tarifaires mises en place par les compagnies. À l'instar de Samoa Air qui annonce en avril 2013 que leurs passagers devront dorénavant payer leur billet proportionnellement à leurs poids, balayant les critiques de discrimination par cette réplique : « une famille qui voyage avec des enfants (de poids normal pour leur âge) payera beaucoup moins qu'avant¹⁷³ ». Elle se réactive également à la faveur de nouvelles études sur le sujet¹⁷⁴, des commentaires qu'elles

¹⁷² *Le Monde* du 28 janvier 2010.

¹⁷³ C. Langton, directeur de Samoa Air, dans *Le Huffington Post* du 2 avril 2013.

¹⁷⁴ La dernière en date est celle de Bharat P. Bhatta parue dans le *Journal of Revenue and Pricing Management*. L'auteur, un économiste basé en Norvège, suggère trois méthodes de mise en œuvre de la « taxe obésité » dans les avions : un simple prix par kilogramme ; un prix de base auquel les passagers les plus lourds devraient ajouter un extra tandis que les passagers les plus légers bénéficieraient d'une remise ; l'affiliation des passagers à trois catégories différentes - lourd, normal et léger - ayant un prix proportionné.

suscitent¹⁷⁵ et des témoignages de discrimination qui surgissent au-delà des frontières nationales comme celui de Kevin Chenais contraint de revenir en France depuis les États-Unis, d'abord en train de Chicago à New-York, puis à bord du paquebot *Queen Mary* jusqu'au Royaume-Unis après s'être fait refuser l'embarquement à l'aéroport par la compagnie British Airways. Le jeune adulte de 22 ans (230 kg en raison d'un dérèglement hormonal) et sa famille étaient venus à Chicago durant un an et demi pour suivre un traitement à la Mayo Clinic¹⁷⁶.

Leurs arguments participent alors à « humaniser » en partie la question de l'obésité. Autrement dit, il s'agit pour ces acteurs de reconsidérer les messages de prévention en tenant compte des spécificités de leurs destinataires et, plus particulièrement, des inégalités sociales des individus confrontés à ce problème qui sont « souvent issus de classes défavorisées » aux « budgets serrés », avec « peu ou pas de connaissances diététiques », ne faisant que de « rares visites chez le médecin¹⁷⁷ ». Par là même, ils dénoncent une société « antigros » au sein de laquelle « les obèses dépriment et se dévalorisent ou (...) s'échinent à perdre du poids » et étayent également une critique à l'égard de la médecine qui « ne sait toujours pas faire maigrir durablement¹⁷⁸ ». Ces constats conduisent sociologues, psychiatres/psychanalystes et psychologues principalement, à dénoncer les dérives suscitées par « une quête effrénée de la minceur¹⁷⁹ » voire « des transgressions apparentes [chez certains médecins] des règles

¹⁷⁵ En réponse à l'étude précédemment citée, Alberto Alemanno, titulaire de la Chaire Jean Monnet en droit européen et de la régulation des risques auprès d'HEC Paris, s'exprime le 13 avril 2013 pour *Le Huffington Post* dans un article intitulé : « Une "taxe obésité" dans les avions? Une mauvaise idée qui ne décollera pas ».

¹⁷⁶ Information parue sur la chaîne de télévision locale *CBS Chicago* le 6 novembre 2013 (<http://chicago.cbslocal.com/2013/11/06/family-stranded-in-chicago-after-airline-says-man-is-too-big-to-fit-on-plane/>).

¹⁷⁷ Jean-Pierre Poulain dans *Ouest France* du 27 octobre 2003. Jean-Pierre Poulain est un sociologue français. Professeur de sociologie à l'université Toulouse II-Le Mirail, il dirige l'ISTHIA (Institut supérieur du tourisme, de l'hôtellerie et de l'alimentation) et anime le pôle TAS (Tourisme, alimentation, santé) au CERTOP, UMR-CNRS 5044. Depuis août 2012, il est titulaire de la chaire "Food Studies: Food, Cultures and Health", créée conjointement par la Taylor's University de Kuala Lumpur (Malaisie) et l'Université de Toulouse 2. Il est membre du comité scientifique de l'Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires (OCHA), site web édité par le Centre national interprofessionnel de l'économie laitière (Cniel). Il est l'auteur d'ouvrages sur la *Sociologie de l'obésité* (2009), la *Sociologie de l'alimentation* (2002) aux PUF ou l'*Histoire de la cuisine et des cuisiniers* (1988) chez Delagrave.

¹⁷⁸ *Ibid.*

¹⁷⁹ *Ibid.*

déontologiques¹⁸⁰ ». Ces discours pointent également les conséquences stigmatisantes engendrées par des pratiques préventives uniformes qui « risquent de favoriser la diffusion des valeurs dominantes et l'exclusion stigmatisante des enfants issus de milieux différents de la "norme"¹⁸¹ ». Ils rappellent que « si les connaissances biologiques permettent de définir ce qui pourrait être une bonne alimentation, les façons d'y parvenir sont multiples, tant dans les formes de repas, leurs nombres, les modalités de préparations culinaires que dans les formes de convivialité¹⁸² ». Plus fondamentalement, c'est le statut même de l'obésité en tant qu'épidémie en pleine expansion qui est en partie remis en cause. Selon Jean-Philippe Zermati, « il y a forcément un moment où ça va se tasser, où l'on va atteindre une barrière physiologique. Tout le monde n'est pas capable de grossir¹⁸³ ». Finalement, le rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES¹⁸⁴) sur l'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement, en novembre 2010, validera tardivement leurs conclusions en ces termes :

« Aujourd'hui, la dictature de l'image du corps, qui n'est pas simplement une construction individuelle auto-centrée, mais un fait social, collectivement élaboré, soumet en permanence la personne aux canons de l'esthétique et de la normalisation du corps [...] La pratique de régimes à visée amaigrissante n'est pas un acte anodin. En effet, le risque d'apparition de conséquences néfastes plus ou moins graves sur la santé ne peut être, dans tous les cas, négligé. Ce travail a permis de mettre en

¹⁸⁰ Michelle Le Barzic dans *Le Monde* du 28 janvier 2003. Michelle Le Barzic est psychologue clinicienne au service de Médecine et de Nutrition à l'hôpital de l'Hôtel Dieu à Paris, au sein duquel elle a collaboré avec le professeur Basdevant. Elle est l'auteure, avec Marianne Pouillon, de l'ouvrage *La meilleure façon de manger* (1998) aux éditions Odile Jacob.

¹⁸¹ Jean Pierre Corbeau dans *Le Nouvel Observateur* du 28 septembre 2005. Jean-Pierre Corbeau est professeur de sociologie à l'université François Rabelais de Tours, membre de l'UMR 6173 CITERES-VST-DSU et chercheur associé au Centre d'études du tourisme et des industries de l'accueil (CETIA) dirigé par Jean-Pierre Poulain. Il exerce des responsabilités au sein du bureau de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française (AISLF) et est également membre du comité scientifique de l'Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires (OCHA). Il est l'auteur en collaboration avec Jean-Pierre Poulain de l'ouvrage *Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité* (2002) chez Privat et du *Dictionnaire des cultures alimentaires* à paraître aux PUF dans la collection Quadrige.

¹⁸² *Ibid.*

¹⁸³ *L'Hebdo* du 18 mars 2010.

¹⁸⁴ Née de la fusion, le 1er juillet 2010, entre l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset).

évidence, sur la base de la littérature scientifique, des risques cliniques, biologiques, comportementaux, ou psychologiques liés à la pratique des régimes amaigrissants » (p.83).

Nous notons toutefois que la pratique thérapeutique des régimes alimentaires à visées amaigrissantes, à contre-courant des recommandations des experts favorables à d'autres modes de prise en charge davantage pluridisciplinaires¹⁸⁵, restent néanmoins très célèbres. Le succès auprès du grand public du régime Dukan privilégiant une alimentation riche en protéine, dont l'ouvrage s'est vendu à 8 millions d'exemplaires en France selon un article de *Rue89* paru le 2 septembre 2011, témoigne de la vitalité du marché de la minceur que ni les pouvoirs publics, ni les experts de l'obésité ne semblent en mesure de complètement dominer et contrôler. En dépit des mises en garde, certaines maisons d'« édition de savoir¹⁸⁶ » se spécialisent et font de la vulgarisation des connaissances médicales, et plus particulièrement celles liées aux régimes alimentaires, leur fonds de commerce au bénéfice partiel des savants qui profitent de l'aubaine. Le classement des *best-sellers* de l'année 2013 est à ce titre particulièrement éloquent puisqu'il place en tête des ventes l'essai de Frédérique Saldmann, *Le meilleur médicament, c'est vous !*, paru chez Albin Michel le 15 mai 2013. Selon le sondage Ipsos MediaCT¹⁸⁷, il atteindra la 1^{ère} place dès la semaine 24 (du 10/06/2013 au 16/06/2013), soit quelques semaines seulement après sa mise sur le marché, et il y restera jusqu'en semaine 36 (du 26/08/2013 au 01/09/2013). Les ventes déclineront ensuite pour n'être que 5^{ème} en semaine 40 (du 30/09/2013 au 06/10/2013) puis l'essai disparaîtra du top 5 les semaines suivantes.

¹⁸⁵ Au regard du faible nombre d'occurrence de la pluri-multi-trans-disciplinarité dans la presse (36 occurrences dans 28 articles sur 1927), il convient d'atténuer le poids de ce mode de prise en charge au sein des représentations médiatiques pour les personnes obèses ou en surpoids. En revanche, sa visibilité augmente nettement (271 occurrences dans 14 rapports sur 22) lorsqu'on se penche sur les rapports d'expertise. Ils font état d'une pluridisciplinarité « indispensable », « nécessaire », « recommandée », « souhaitée », voire « obligatoire » dans le cadre d'un suivi pré et post-opératoire (pour les patients éligibles à la chirurgie bariatrique), qu'il s'agit de « promouvoir » dans des « centres de référence » ou au travers de pratiques de recherche ou d'« éducation thérapeutique ».

¹⁸⁶ Lemerle S., 2009, « Les habits neufs du biologisme en France », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 176-177, p. 68-81 ; Lemerle S., 2006, « Le biologisme comme griffe éditoriale. Sociologie de la production des éditions Odile Jacob, 1986-2001 », *Sociétés contemporaines*, 64, p. 21-40.

¹⁸⁷ Source : http://www.ipsos.fr/ipsos-mediact/actualites?parole_dexpert=1.

1.3.2. La pluridisciplinarité et les réseaux de santé : des remparts aux dérives

Ces critiques portées par les sciences humaines et sociales (SHS), les psychiatres, les professionnels de santé proches de la psychologie et les associations de patients et de consommateurs coïncident également avec l'apparition de considérations pluridisciplinaires. L'accroissement du phénomène de l'obésité, d'après les études épidémiologique, et la complexité de sa prévention et de sa prise en charge du fait de ses composantes « multiples et précoces¹⁸⁸ », conduira au cours de l'année 2000 aux premières réflexions pluridisciplinaires. Les experts recommandent l'étude de « la régulation du comportement alimentaire chez l'enfant et sa relation avec le développement de l'obésité par une approche multidisciplinaire¹⁸⁹ ». Ces préoccupations font suite au développement des techniques de chirurgie bariatrique et de leurs usages « un peu sauvage¹⁹⁰ » et coûteux pour la CNAMTS. Ces dernières se révèlent pourtant être, aux dires des spécialistes de la chirurgie bariatrique, des méthodes de dernier recours efficaces et séduisantes pour les personnes obèses découragées par les échecs des régimes alimentaires et autres coupe-faim. Les résultats de la technique « du cerclage gastrique, une méthode réversible qui consiste à réduire le volume de l'estomac par la mise en place d'un anneau », sont d'ailleurs jugés par ces acteurs comme « souvent satisfaisants¹⁹¹ ». Notons que ces indications ne seront pourtant que très rarement suivies dans les actes selon la CNAMTS. A ce titre, elle note en 2002, après une étude, que la prise en charge multidisciplinaire, obligatoire avant toute intervention chirurgicale, « n'est assurée que dans 18 % des cas¹⁹² ». C'est pourquoi de nombreux dispositifs se développeront régionalement pour subvenir à ce déficit de compétences dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients obèses.

À la faveur d'une circulaire parue le 9 janvier 2002¹⁹³, la mise en œuvre du PNNS est déléguée aux services déconcentrés de l'État qui sont alors en charge de décliner les recommandations au niveau local au regard des spécificités de chaque région, département ou commune. Ces instructions passées aux Directions Régionales des Affaires Sanitaires et

¹⁸⁸ INSERM (2000), *Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant*, Rapport d'expertise collective.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p.40.

¹⁹⁰ Brigitte Frois (médecin conseil de l'étude de l'Urcam) dans *Le Monde* du 3 septembre 2002.

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ Circulaire DGS/SD 5 A n° 2002-13 du 9 janvier 2002 qui porte sur la mise en œuvre du programme nutrition.

Sociales (DRASS), puis aux Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP), consistent notamment au rappel des consignes opérationnelles associées à la mise en application du programme : « mettre en place des structures régionales, (...) réaliser un état des lieux des acteurs, compétences et actions du champ de la nutrition, (...) décliner régionalement le PNNS vers les divers publics concernés (...) et mettre en place un système de suivi ». Ces structures se voient alors dotées de crédits dont bénéficieront très largement les réseaux de soins associatifs. En Midi-Pyrénées, l'opportunité laissée par les concepteurs du PNNS de décliner ce programme en fonction des « spécificités locales » a débouché, dans sa phase initiale, sur la constitution d'un référentiel régional¹⁹⁴ et d'un Comité Technique Régional Nutrition Santé (CTRNS) qui, comme l'indique la circulaire de 2002, est chargé de susciter, de coordonner et d'animer les programmes d'actions proposés au niveau régional. Disposant de peu de ressources et de compétences sur la question de l'alimentation et de l'activité physique, les responsables de la DRASS se sont alors tournés vers deux « figures » régionales de renom, médecins et professeurs, chefs de service au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) dont l'engagement dans le CTRNS est garant d'une légitimité médicale et scientifique pour les services de la DRASS¹⁹⁵.

L'un est professeur, responsable du service d'exploration de la fonction respiratoire et de Médecine du Sport du CHU de Toulouse. Il est aussi président de la Société Midi Pyrénées de Médecine du Sport et « militait depuis longtemps¹⁹⁶ » contre la sédentarité et pour la prescription d'activité physique chez les porteurs de pathologies chroniques (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, cancers...). Fortement soutenu par les services de la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports (DRDJS) et son médecin conseil, ils organisent ensemble en 2003, un stand sur « le délit de très grande sédentarité », opération financée dans le cadre du Contrat de Plan État Région et participent à de nombreuses manifestations de promotion du « Sport-Santé ». Cette collaboration débouche en 2005, sur la constitution d'efFORMip, réseau associatif de promotion des activités physiques et sportives pour les personnes sédentaires et atteintes de pathologies chroniques – financé lors de son

¹⁹⁴ Une fiche thématique PNNS(1) DRASS Midi Pyrénées dont l'objectif est de « promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière ».

¹⁹⁵ Haschar-Noé N., (dir.), 2010, *Sociologie d'une politique préventive de santé publique. Le Programme National Nutrition Santé à l'épreuve de la territorialisation (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais)*, Rapport de recherche pour l'Institut de Recherche en Santé Publique.

¹⁹⁶ Extrait d'entretien, (juin 2009) responsable DRASS.

lancement par la DGS puis par les instances régionales (DRDJS, DRASS et Conseil Régional).

L'autre est médecin également, professeure de pédiatrie au CHU de Toulouse et chef du service d'endocrinologie et de génétique médicale à l'hôpital des enfants malades. Elle a développé dans son service une unité spécialisée dans le traitement et la prise en charge des enfants obèses. Reconnue comme une éminente spécialiste nationale voire internationale de l'obésité pédiatrique, elle participe à de nombreuses commissions nationales et ministérielles. Elle est à l'origine, en 2003, de la création du Réppop Toulouse Midi-Pyrénées (MIP), un réseau « expérimental ville-hôpital » pour l'obésité en pédiatrie, concrétisation d'un projet initié en 1992 par les médecins du service hospitalier qu'elle dirige.

Forts de cette reconnaissance, et surtout de la nomination par le préfet de cette dernière à la présidence du CTRNS, ces deux professeurs hospitaliers se saisirent de cet espace pour légitimer, développer et faire financer leurs réseaux de soins associatifs respectifs. Dans la mesure où leur expertise individuelle de médecin est convoquée par les services déconcentrés de l'État pour traduire ce plan national au niveau régional, ils ont l'opportunité d'orienter les objectifs de ce programme vers leurs préoccupations : la prévention et la prise en charge de l'obésité infantile et la lutte contre la sédentarité. Ces deux figures disposant déjà de savoirs sur l'obésité et la sédentarité, leur prévention et leur prise en charge, ils peuvent alors faire valoir leurs compétences à agir. Ils se trouvent dans une position dominante vis-à-vis des services de la DRASS d'une part parce que ce programme constituait une innovation pour ces derniers (ou modifiait leurs missions habituelles de contrôle sanitaire) : « ce plan était le premier du genre en France car les DRASS et les DDASS travaillaient moins sur l'alimentation ; nous nous occupions surtout d'hygiène scolaire mais peu de prévention¹⁹⁷ » ; d'autre part, parce que peu de compétences étaient disponibles au sein des DRASS sur la nutrition. « Moi, j'étais toute seule pour la région, il y avait peu de diététicienne en France dans les services du Ministère et encore moins dans les régions¹⁹⁸ ». Cette technicienne de la DRASS note également que les associations de consommateurs n'ont pas répondu à leurs sollicitations et souligne combien les collectivités territoriales étaient difficiles à mobiliser sur ce sujet.

¹⁹⁷ *Ibid.*

¹⁹⁸ *Ibid.*

Du fait de ces difficultés à intéresser les acteurs régionaux, les pouvoirs publics se voient contraints de s'appuyer sur des expériences antérieures pour s'équiper d'expertise. Les réseaux de santé associatifs (Réppop et effORMip) se constituent dans la foulée en 2003 et 2005 en réponse à ce manque institutionnel et à la difficulté de la DRASS de mobiliser des partenaires. Outre la désignation de ces réseaux comme entités pertinentes, ce processus s'accompagne d'une forte activité d'enrôlement, de mobilisation d'alliés susceptibles de décroiser et d'élargir les conceptions portées par ces acteurs qui gagnent, dès lors, en réalité, consistance et robustesse.

Pour ne détailler qu'un exemple, l'analyse de la genèse des actions menées par le Réppop illustre cette dynamique qui verra progressivement s'étendre l'influence de ce réseau sur le territoire national¹⁹⁹. Au niveau régional, sa constitution à Toulouse en 2003 est la concrétisation d'un projet de prise en charge de l'obésité initié depuis 1992 au sein du service d'endocrinologie et de génétique médicale à l'hôpital des enfants malades. Ses médecins organisent au début des années 1990, des actions de prévention sur les risques associés à l'obésité sous forme de journées d'éducation. Sous l'impulsion de l'ordonnance d'avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins qui promeut la mise en place de réseaux expérimentaux, ce service recrute en 1998 deux diététiciennes, une éducatrice jeunes enfants et obtient des vacances pour des psychologues. Ce premier élargissement du groupe initial, à d'autres acteurs que les médecins hospitaliers, se prolonge en 2001 par la création d'une association (Association pour la Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique), regroupant des médecins libéraux et hospitaliers et amorçant ainsi l'ouverture de l'hôpital sur la ville. Par ce processus d'enrôlement, ce qui n'était qu'une expérimentation confinée devient un dispositif qui s'étend hors de l'hôpital. « Cette association pour l'avoir créée en 2001, au même moment qu'émergeait le PNNS, servait à regrouper l'ensemble des professionnels qui s'intéressaient de près ou de loin à l'obésité pédiatrique²⁰⁰ ». Simultanément, au niveau national, la Direction hospitalière de l'organisation des soins (DHOS) est chargée par la DGS de réfléchir à la déclinaison du PNNS et de la nutrition à l'hôpital. La DHOS structure sa mission en cinq points, dont l'un concerne la modélisation d'un réseau « ville-hôpital » pour l'obésité en pédiatrie. Sollicitée en tant qu'experte pour codiriger cette réflexion avec une autre

¹⁹⁹ En 2013, la Coordination Nationale des Réppop déclare posséder une implantation en Alsace, en Aquitaine, en Franche-Comté, dans le Rhône, l'Île de France, en Midi-Pyrénées, en Haute Normandie, dans le Nord Cotentin, en Ardèche, en Isère et en Guadeloupe.

²⁰⁰ Extrait d'entretien, (juin 2009) responsable Réppop MIP.

professeure de pédiatrie et une directrice d'hôpital, l'actuelle responsable du Réppop MIP organise un groupe de travail pluridisciplinaire dans lequel sont représentés différentes spécialités et régions. « On a monté un groupe de travail avec douze personnes, avec une représentativité multiple notamment des régions et des métiers...des diététiciens, des sociologues, des professionnels de santé spécialisés dans les activités physiques²⁰¹ ». Après réalisation d'un état des lieux de toutes « les expériences novatrices » réalisées en France sur l'obésité infantile et confronté à la multiplicité des solutions mises en œuvre, tant du point de vue des disciplines médicales ou paramédicales que des structures porteuses, le groupe propose d'adopter le système du réseau de santé en s'inspirant « du modèle de ce qui existait déjà, c'est-à-dire des modèles de soins palliatifs de prise en charge du sida et des maladies chroniques comme le diabète par exemple²⁰² ».

Cet ancrage local, au plus près des patients, de leurs préoccupations et des difficultés de leurs prises en charge, offre l'opportunité aux réseaux associatifs de mailler le territoire par les formations qu'ils délivrent et de faire reconnaître leur expertise. Afin d'obtenir davantage de reconnaissance et de moyens, ces réseaux enrôlent des acteurs divers disposant d'arguments « solides²⁰³ » susceptibles d'être relayés dans l'arène publique. C'est ainsi que le Réppop se présente comme un regroupement pluridisciplinaire, en phase avec les recommandations de l'Inserm, mêlant différentes spécialités médicales, des diététiciennes, des psychologues, des éducateurs et des spécialistes des activités physiques²⁰⁴. efFORMip intègre quant à lui des médecins du sport, des éducateurs spécialisés en activités physiques adaptées et des acteurs représentant les fédérations sportives. Cette dynamique n'est pas sans incidence sur

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² *Ibid.*

²⁰³ Nous partagerons sur ce point la description de Francis Chateauraynaud (2011, *op.cit.*, p.91) sur la « force d'un argument » à savoir qu'elle « tient dans sa capacité à assurer l'insertion du point de vue de l'autre dans un dispositif en produisant un double décentrement : le déplacement des représentations ou des attentes du destinataire et la séparation de l'énoncé et de l'énonciateur. Cette double contrainte aurait pour vertu d'assurer une interchangeabilité des rôles et de conférer à l'argument un plus haut degré de généralité ». Ainsi, la solidité d'un argument tient au fait que celui-ci se transporte dans le temps et dans différents espaces malgré des épreuves successives de critique ou de mise en variation, si bien qu'il devient pour ses énonciateurs et leurs opposants un point de discussion incontournable.

²⁰⁴ Pour une analyse fine de la constitution de ce réseau de santé et des territoires professionnels qui en découlent, voir Lefebvre B., 2010, *La construction d'un nouveau territoire professionnel en activité physique dans les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (Réppop)*, Thèse de 3^{ème} cycle en STAPS, Université Claude Bernard, Lyon.

l'évolution des savoirs sous-tendant leurs actions mais nous développerons ce point dans la partie II de ce manuscrit.

I.4 – Un champ de compétences partagées : la scission de la prévention nutritionnelle et de la prise en charge thérapeutique de l'obésité

I.4.1. Un fruit à la récré ou non ?

Outre le Ministère de la Santé qui par le biais de la nutrition a vu ses compétences s'élargir à la question de l'alimentation, le Ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche lui dispute cette attribution de par son rôle prépondérant dans la régulation de l'offre alimentaire. La charge est sonnée en 2006 avec le rapport du député UMP de la Mayenne, Yannick Favennec. Ce dernier, s'adressant à un journaliste d'*Ouest France* le 26 novembre, tire les conclusions suivantes :

« La qualité nutritionnelle des aliments que nous consommons est bonne. L'obésité et les maladies liées à la mauvaise nutrition proviennent plutôt de la déstructuration des repas. La mission parlementaire que j'ai menée ajoute un constat : on médicalise trop l'alimentation aujourd'hui, en laissant de côté le goût, les saveurs, les plaisirs de la table. L'alimentation ne doit plus être l'affaire exclusive du Ministère de la Santé ».

Des institutions, telles que l'Observatoire de la qualité alimentaire (Oquali), verront le jour en 2008 dans un souci de coopération et de mutualisation des moyens mais c'est le ministère de l'agriculture qui sera explicitement en charge en 2009 de l'alimentation « dont Bruno Le Maire a obtenu qu'il soit ajouté à l'intitulé de ses attributions lorsqu'il a été nommé²⁰⁵ ». Ainsi, ils entrent tous deux en concurrence sur ce programme qui se veut délibérément transversal mais dont la répartition des rôles reste floue. *In fine*, les initiatives individuelles de chaque ministère tendent au niveau national à se superposer, voire à se contredire. Le plan national pour l'alimentation et la campagne « Un fruit à la récré » en sont des illustrations exemplaires. Alors que les responsables du PNNS diffusent des messages de santé publique qui vont à l'encontre du grignotage entre les repas, ce dernier dispositif vient selon eux renforcer les comportements à risque (goûter à la pause de 10h, repas déstructurés, ...). La volonté affichée

²⁰⁵ Jean-François Péresse (journaliste) dans *Les Echos* du 24 Février 2010.

est d'articuler ces projets entre eux. Dans les faits, les messages se brouillent et conduisent à une certaine incohérence – voire à une « cacophonie » pour reprendre les termes de certains acteurs²⁰⁶ – là où ces programmes sont traduits par les professionnels de l'action publique sanitaire et mis en œuvre en direction de publics cibles. Dans les territoires, ces professionnels précisent les complications qu'elle engendre. Alors qu'un des objectifs du PNNS consiste à supprimer la collation matinale à l'école – axe adopté en Aquitaine dans le cadre du dispositif « Prévention, Nutrition, Santé des Enfants et des Adolescents en Aquitaine » - l'opération « Un fruit à la récré », dont la mise en œuvre est confiée aux Directions Régionales de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF), est lancé en 2008 pour soutenir les agriculteurs et la filière des fruits et légumes par l'intermédiaire de l'Interprofession des fruits et légumes frais (Interfel). Témoignant des ambiguïtés dont sont régulièrement porteuses les politiques publiques, c'est localement que les coordonnateurs du PNNS ont ressenti la nécessité d'en minimiser les contradictions auprès des collectivités au moyen, notamment, de concertations engagées avec la DRAAF mobilisée dans l'élaboration du Programme régional de l'offre alimentaire (PROA) :

« Maintenant j'ai très peur, non je n'ai pas peur mais... La venue de l'agriculture dans le champ de la nutrition va nous... ne va pas nous faciliter la tâche. À la fois ça peut faciliter certains financements mais ça peut aussi brouiller les messages. Donc le ministère de l'agriculture plaide pour les produits du terroir, pas pour les produits du PNNS. Les produits du terroir et issus de l'agriculture biologique, bon... Donc produits du terroir, je ne sais pas moi, l'andouillette c'est issu du terroir. Mais on va avoir, oui, on va avoir du mal à... C'est-à-dire le problème c'est que des collectivités territoriales découvrent les messages du PNNS, puisque l'on a beaucoup de collectivités territoriales qui ont découvert les messages du PNNS depuis 18 mois disons, et bien qu'elles... avec leur culture toute neuve, qu'elles voient arriver des messages qui peuvent être un peu ambigus et avec des financements derrière. » (une responsable de la DRASS).

Il paraît intéressant de noter que, dans la région Aquitaine, les concertations interministérielles (Rectorat, DRASS et DRAAF) ont permis de rebaptiser l'opération « Un fruit à 16 heures » à des fins de cohérence des divers dispositifs. Au cours de

²⁰⁶ Voir le livre blanc de l'Institut pour la Recherche en Marketing de l'Alimentation Santé (IREMAS) intitulé « Cacophonie alimentaire et nutritionnelle » (Octobre 2010).

l'institutionnalisation progressive du PROA, la volonté a ainsi été de prendre en compte les actions antérieurement menées dans le cadre du programme « Prévention, Nutrition, Santé des Enfants et des Adolescents en Aquitaine », tout comme dans celui du volet 3 « Nutrition – Précarité » :

« Je trouve par exemple que sur l'opération « Un fruit à la récré », il y a des acteurs clés qui sont les acteurs du PNNS. Donc pendant un an on a essayé de faire en sorte de se rapprocher, de voir avec eux comment on pourrait travailler. Ce n'est pas toujours évident parce que l'opération « Un fruit à la récré », bien qu'elle soit sur le fond positionnée pour les enfants, il se trouve que finalement elle suscite un grand nombre de débats en fait. Parce qu'elle porte mal son nom, parce qu'elle vient parfois en incohérence par rapport à des messages nutrition-santé notamment sur la situation de la collation matinale. Parce que la plupart des communes ne mettent pas en place le fruit le matin, donc ça vient en contradiction des messages régionaux. Et donc, ce que j'aimerais moi c'est travailler encore mieux avec les acteurs nutrition-santé que ce qu'on a pu faire jusqu'à présent. Enfin on y arrive petit à petit [...] Il y a deux axes avec lesquels on se retrouve, tout ce qui est actions envers les jeunes et tout ce qui est actions envers les personnes en situation de précarité et ça c'est vrai que moi ce que j'aimerais qu'on arrive à faire c'est que sur l'axe qui touche les personnes en situation de précarité [...] c'est qu'on puisse le co-piloter avec l'ARS. Eux ils ont cet axe là également, j'ai cru comprendre qu'il n'y avait pas forcément de programme, en tout cas pas la même dynamique qu'il y avait au niveau des jeunes par exemple. Et ça serait bien de mutualiser finalement nos actions et pas faire les choses en parallèle. » (entretien DRAAF).

Dans cette région par ailleurs, si le partenariat avec le Rectorat et les Inspections Académiques a été rapidement construit, plusieurs résistances se sont manifestées, celles-ci émanant à la fois du niveau national et local. S'agissant du Ministère de l'Éducation Nationale, ce sont là encore les ambiguïtés des messages, voire consignes élaborés autour de la nutrition et de l'offre alimentaire, qui sont vécues, en région, comme pouvant ralentir le processus de transformation des comportements alimentaires :

« Toutes les expériences montrent que dans les endroits où les collations sont supprimées, tout le monde est content. Les enfants mangent mieux à midi, pour le reste après, on a des élus qui nous disent que l'économie qu'ils ont fait sur la

collation de 10 heures ils ont voulu la transformer en fruits ou autres choses et qu'après ils ont parfois d'autres difficultés. On va dire que ce problème était... c'est simple, quand j'étais à la direction générale de la santé que j'ai voulu m'atteler au problème de la collation, je ne comprenais pas pourquoi ça existait alors que tous les experts disaient que cela n'avait pas intérêt. En 2001/2002 on me disait qu'on ne pouvait pas y toucher, elle existait depuis 1950... À la DGS on avait mandaté un comité d'experts pour se positionner en tant qu'experts sur le sujet. Ils se sont positionnés mais après comme l'éducation nationale ne voulait pas bouger, on a posé la question à l'Afssa, l'agence de sécurité des aliments, qui a confirmé les choses. Et nous, en Aquitaine, à partir de ces deux expertises, on a pu dans la région avoir une recommandation spécifique [« Un fruit à 16h »] parce que l'éducation nationale, au niveau national, pour ne pas contrarier les enseignants, n'avait pas souhaité faire de recommandation nationale obligatoire » (entretien coordinatrice du programme).

Ces contradictions entre administrations ministérielles sont également présentes et nombreuses au sein même du Ministère de la Santé de par l'empilement des programmes de santé publique. Alors que certains sont élaborés autour de pathologies, d'autres le sont au profit de populations et, là encore, c'est localement que les agents cherchent à construire le sens et la cohérence des dispositifs étatiques auprès de leurs interlocuteurs. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) fait alors le constat d'un bilan « mitigé » au sujet de l'évaluation du PNNS(2) et souligne qu'il s'agit d'un « programme ambitieux », mais dont la « gouvernance et l'organisation [...] ne sont pas à la hauteur des enjeux et les avancées sont encore insuffisantes au regard des enjeux de sante publique²⁰⁷ ».

1.4.2. Un « multimédicament » à l'allure consensuelle : l'activité physique

Cette mise en perspective temporelle de l'intervention des pouvoirs publics et des acteurs de la santé dans le domaine de la nutrition nous est utile pour saisir la manière dont le PNNS(3) et les savoirs experts qui étayent son élaboration font l'objet de réajustements. Agir par le biais de traitements médicamenteux ou sur l'alimentation (au travers de mesures coercitives ou de régimes alimentaires) se révèle, comme nous avons pu le développer précédemment, être complexe voire dangereux pour la santé (effets indésirables des anorexigènes, élévation du *set point*, ...) et sujet à des lobbys puissants. Par conséquent, dans le cadre d'une politique

²⁰⁷ Inspection générale des affaires sociales et Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, 2010, *Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010*, Rapport tome 1, avril.

nutritionnelle cohérente, l'activité physique paraît être le dernier recours possible. Ses effets bénéfiques sur la santé ont été largement étudiés ces dernières années²⁰⁸, notamment dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques ou de longue durée (l'obésité, l'hypertension, le cancer, le diabète, ...). La parution en 2008 du Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS), faisant la promotion du « *Sport-Santé*²⁰⁹ » comme pierre angulaire de toutes politiques de santé publique, a également fait naître un regain d'intérêt pour cette thématique afin « d'encourager chacun à reprendre progressivement sa liberté de mouvement » (p.15). Ceci se manifeste notamment par la dernière campagne signalétique mise en œuvre par l'INPES indiquant, depuis le 25 septembre 2010, des lieux dans la ville de Paris et leur distance (énumérée en unité de temps) à parcourir à pied²¹⁰. « Déterminant majeur²¹¹ » des pathologies chroniques et « facteur de protection²¹² » pour « maintenir un bon état de santé ou le recouvrer²¹³ », elle est aujourd'hui mobilisée par de nombreux acteurs aussi bien dans les espaces confinés que médiatiques²¹⁴. Cet argument devient de fait de plus en plus prégnant dans les raisonnements structurant les représentations collectives. D'après un article du *Progrès* daté du 9 décembre 2004, « s'il devait encore rester quelques sceptiques quant aux bienfaits de la pratique sportive, ils seraient vite convaincus en

²⁰⁸ Ces études font la distinction entre l'activité physique, dont les effets peuvent se révéler bénéfiques sur la santé, et le sport qui, dans le cadre d'une pratique intensive, peut conduire à la blessure et, dans le cadre d'une pratique compétitive à haut niveau, au dopage.

²⁰⁹ Appellation citée dans notre corpus à cinq reprises à partir de 2006 avant la parution du PNAPS. Elle fera ensuite l'objet de cent quatre-vingt-treize occurrences au sein de ce rapport et sera réemployée cinquante-six fois dans les productions ultérieures ; dont trente-huit occurrences pour le seul rapport intitulé « Proposition pour le PNNS 2011-2015 » d'automne 2010 (réflexion préalable à l'élaboration du PNNS3).

²¹⁰ Ce dispositif fut étendu à d'autres villes ou agglomérations de France (Lyon, Bordeaux, Marseille, Lille, Nice, Nantes, Nancy et Meaux) le 15 novembre 2010. Sur la période 2011-2012, il sera progressivement déployé dans tout le pays.

²¹¹ Qualificatif repris, entre autres, au sein des rapports suivants : les rapports de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) : « Obésité - Dépistage et prévention chez l'enfant » (juin 2000), « Obésité: Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge » (décembre 2006), « Activité physique : contextes et effets sur la santé » (mars 2008), le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS) : « Santé, pour une politique de prévention durable » (juillet 2003), le rapport du sénateur Dériot sur la prévention et la prise en charge de l'obésité (octobre 2005), l'Etude Nationale Nutrition Santé (décembre 2007), etc.

²¹² *Ibid.*

²¹³ Guide nutritionnel INPES intitulé : « La santé vient en bougeant » (avril 2004).

²¹⁴ Merlaud F., Terral P., 2013, « L'activité physique pour la prévention et la prise en charge de l'obésité : une thérapeutique consensuelle dissimulant des controverses entre différentes visions du monde », in Collinet C., Terral P., (dir.), *Sports et controverses*, Éditions des archives contemporaines, Paris.

apprenant que 10 % des décès aux USA sont attribués à l'inactivité, qu'un dollar là-bas investi dans le sport en économise trois dans les dépenses de santé, que donc le sport retarde l'installation des maladies chroniques, prolonge l'espérance de vie, améliore la qualité de la vie et retarde le temps de dépendance des sujets âgés ». Ainsi, l'activité physique fait de plus en plus consensus. Si l'administration de la preuve de ses bienfaits sanitaires peut faire l'objet de controverses, dans les représentations, elle est avant tout considérée comme une préconisation positive dans le sens où elle ne peut avoir d'effets néfastes si les personnes s'en tiennent aux préconisations du PNNS. Pour ceux vantant ses bienfaits, l'activité physique serait en définitive un « multimédicament²¹⁵ » susceptible de « faire baisser la tension, le taux de glucose, ainsi que le niveau du mauvais cholestérol et des triglycérides ». A ce titre, le kinésithérapeute Gilles Orgeret, auteur du livre *Le sport est un médicament bio*, pose la question suivante : « A quand des ordonnances préconisant une heure de vélo, trois fois par semaine, ou deux séances hebdomadaires de jogging ? ». C'est l'une des raisons pour lesquelles elle constitue un axe central dans la stratégie de prévention du PNNS(3) avec les inégalités sociales de santé et la problématique de la dénutrition (encart n°12).

Encart 12 : Les 5 axes stratégiques du PNNS(3) et leurs mesures (2011-2015)

Axe 1 → Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention.

- Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle ;
- Décliner la stratégie de prévention nutritionnelle dans le champ de l'alimentation ;
- Mettre en œuvre les actions ayant un impact de santé publique mentionnées dans le Programme éducation santé 2011-2015 et complémentaires à ce programme ;
- Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle ;
- Promouvoir l'allaitement maternel.

Axe 2 → Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité.

- Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous ;
- Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques.

²¹⁵ Qualificatif attribué par le Pr. Duclos (hépatogastro-entérologue) dans l'*Express* du 1er avril 2010.

Axe 3 →Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition : diminuer la prévalence de la dénutrition.

- Organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la prise en charge du patient ;
- Prévenir et dépister la dénutrition ;
- Prendre en charge la dénutrition ;
- Prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels des populations en situation de handicap.

Axe 4 →Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes.

- Promouvoir le PNNS comme la référence en matière de « nutrition et santé » ;
- Développer les chartes d'engagement des collectivités territoriales actives du PNNS ;
- Développer les chartes d'engagement des entreprises au profit des salariés ;
- Faire connaître et valoriser les actions et documents validés par le PNNS.

Volet transversal →Formation, surveillance, évaluation et recherche.

- Contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique ;
- Maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer des outils nouveaux indispensables ;
- Clarifier les enjeux, les intérêts, les besoins, les méthodes de l'évaluation ;
- Contribuer aux orientations de la recherche en nutrition et santé publique ;
- Promouvoir l'expertise française au niveau européen et international ;
- Evaluer le PNNS et le Plan obésité.

Cette réorientation du PNNS(3) va de pair avec la formalisation d'un plan conjoint qui marque la scission de la prévention via la nutrition de l'organisation des soins relatifs à la prise en charge de l'obésité. Né des préoccupations relatives à l'insécurité alimentaire et à l'obésité, le PNNS se distingue aujourd'hui du Plan Obésité (PO) (encart n°13) présidé par le Pr. Arnaud Basdevant qui atteste d'une démarche nouvelle dans ce domaine. Nous pouvons ici émettre l'hypothèse que la complexité de la prise en charge de cette pathologie, « nécessairement pluridisciplinaire » et au « long court » selon les spécialistes, ne pouvait se satisfaire de la politique de santé publique menée jusqu'à présent par l'intermédiaire des messages nutritionnels s'adressant à tous (obèses comme non obèses) provoquant, nous l'avons vu, une certaine confusion et un renforcement paradoxal de la norme de minceur. De nombreuses mesures entre ces deux plans se révèlent toutefois être complémentaires. Au dire

d'un(e) responsable du PNNS à la DGS, ce plan consacre la séparation de la prévention de ce qui relève de la prise en charge. Les comités de suivi et les acteurs y participant sont les mêmes. La volonté affichée est de clarifier les enjeux de ces deux politiques suite à l'évaluation de l'IGAS/CGAER (2010). En définitive, la dynamique amorcée par le PNNS(2) se poursuit. L'activité physique semble plus consensuelle pour mener des actions conjointes entre le secteur public et le secteur privé. Toutefois, la question des crédits alloués à ce programme se pose alors qu'il se voit amputé de l'obésité qui constituait l'élément à la fois déclencheur et porteur. Outre les aspects financiers, la réorganisation du système de santé avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) consacrant la création des Agences Régionales de Santé (ARS) nous conduit à formuler des réserves quant à sa capacité à toucher et mobiliser jusqu'à présent les populations ciblées.

Encart n°13 : Les 4 axes stratégiques du PO et leurs mesures (2011-2015)

Axe 1 → Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte.

- Faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant ;
- Structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infrarégional ;
- Promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et en assurer l'aval ;
- Reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique ;
- Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité ;
- Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- Assurer le transport sanitaire bariatrique ;
- Prendre en compte les situations spécifiques de l'Outre-mer ;
- Analyser la pertinence des pratiques ;
- Informer le grand public et les professionnels.

Axe 2 → Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique.

- Actions préventives conduites dans le cadre du Programme national pour l'alimentation ;
- Actions préventives conduites dans le cadre du Programme national nutrition santé ;
- Actions préventives conduites dans le cadre du Programme éducation santé 2011 – 2015 ;

- Actions préventives spécifiques.

Axe 3 → Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations.

- Mettre en place des actions aux bénéfices des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique ;
- Organiser l'offre de soins pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares et pour les personnes atteintes de handicap mental et aider les familles ;
- Lutter contre les discriminations dans le système de soins ;
- Lutter contre la stigmatisation des personnes obèses dans la société ;
- Protéger le consommateur contre la communication trompeuse.

Axe 4 → Investir dans la recherche.

- Créer une fondation de coopération scientifique ;
- Développer la recherche en sciences humaines et sociales ;
- Développer la recherche sur les bases moléculaires et cellulaires de l'obésité et de ses conséquences ;
- Inclure les paramètres nutritionnels dans de grandes cohortes ;
- Identifier les études épidémiologiques à poursuivre ou à promouvoir ;
- Renforcer le potentiel de recherche clinique et translationnelle ;
- Favoriser les échanges internationaux sur les politiques de santé sur l'obésité.

Par ailleurs, si l'activité physique déplace les débats hors du champ de l'alimentation apaisant par là même les tensions originelles entre les industriels et les promoteurs du PNNS, on peut s'attendre à ce qu'il y ait de nouveaux rebondissements. Le « Sport-Santé » fut jusqu'à présent promu par les nutritionnistes, ayant été éconduits sur les régimes alimentaires, et les médecins du sport. Toutefois, il est aussi une compétence revendiquée par le Ministère des Sports, un partenaire resté discret jusqu'à récemment. Nous ne pouvons que constater dès lors l'inflation des acteurs pouvant s'emparer de cette thématique. Ainsi, en marge d'un colloque, tenu le 12 décembre 2012, consacré à un projet de création de site internet faisant la promotion de l'évaluation²¹⁶, un médecin du sport annonce, au cours d'un débat succédant à la prise de parole du président du groupe de travail, la mise en œuvre d'un « Vidal » des

²¹⁶ Site (<http://www.evaluation-nutrition.fr/>) destiné aux porteurs de projet qui fait écho à l'action 43 du PNNS(3).

activités physiques, soutenu par le Ministère des Sports, qui devrait aboutir selon ses propos d'ici deux ans, soit en 2014-2015.

Conclusion Partie I – Problématique médicale sous tensions

Notre enquête, dans cette première partie, s'est attachée à étudier la trame systématique des jugements experts, reproduite d'une prise de position à l'autre, au prisme du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Initialement mise à l'agenda politique dans le souci de réduire la prévalence de l'obésité et de rassurer la population suite aux divers scandales alimentaires, nous montrons que l'évolution du PNNS (1, 2 et 3) est le résultat de confrontations conduisant à un déconfinement de la problématique de l'obésité (*cf.* figure 1). Il apparaît que les points de basculement sont principalement le fruit de débats autour de quatre axes conduisant à l'accroissement des espaces de délibérations et du nombre d'acteurs en présence :

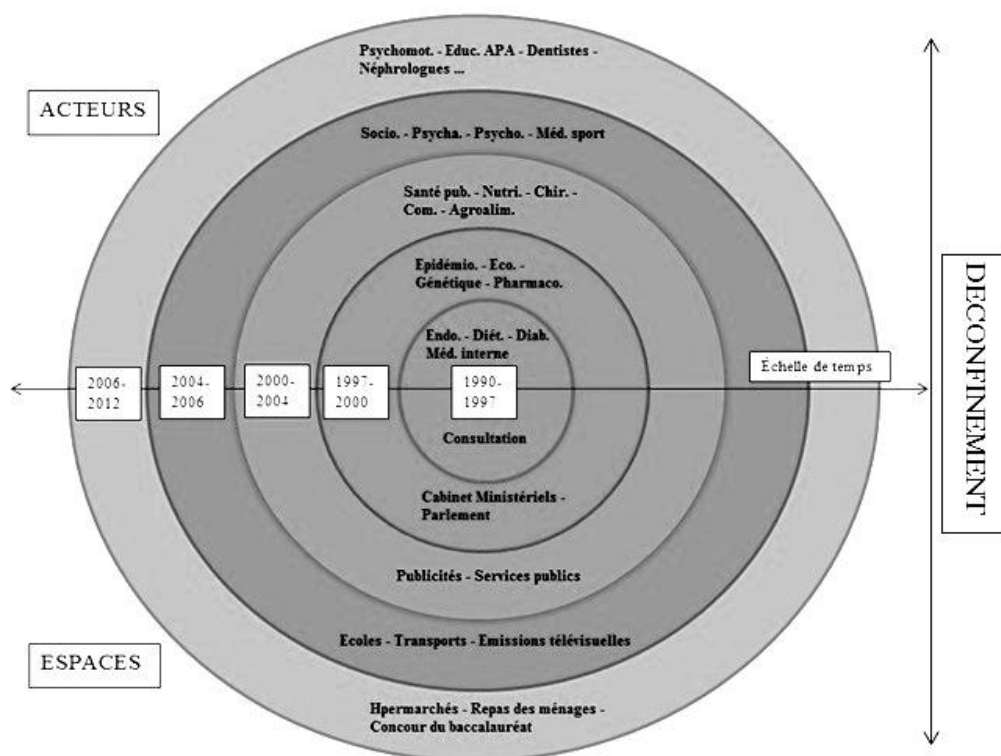
- La prescription de molécules « coupe-faim » dites anorexigènes dans le traitement des personnes obèses ou en surpoids ;
- La prescription de régimes alimentaires restrictifs qui s'inscrit dans le cadre plus large de pratique thérapeutiques inadaptées ou mal assurées (l'usage soit disant « trop fréquent » et « systématique » de la chirurgie bariatrique est aussi en cause) ;
- Le rôle joué par les industries agroalimentaires et le Ministère de l'Agriculture sur l'offre alimentaire ;
- Enfin, les bienfaits de l'activité physique sur la santé, invoquée comme un « multimédicament » inespéré.

En définitive, la scission entre le PNNS(3) et le PO marque un tournant sur la période récente qui voit l'activité physique prendre une place plus importante au sein de la politique de prévention. En effet, celle-ci apparaît comme un espace moins en tension que celui de l'alimentation et plus fédérateur vis-à-vis des industries agroalimentaires qui développent par ailleurs des campagnes de promotion de l'activité physique. Comme « le syndicat national de la biscuiterie française [...] » qui « diffuse ainsi chez les pédiatres des guides "Biscuits et gâteaux" accompagnés de cet avertissement : "Parents, soyez vigilants ! Limitez le temps passé devant le petit écran, incitez vos enfants à bouger... "²¹⁷ ». A cet égard, il semble que

²¹⁷ *Le Point* du 8 avril 2004.

l'activité physique soit un espace moins concurrentiel également parce que chacune des conceptions développées, qu'elle soit nutritionnelle ou plus proche d'une vision « humanisante » portée par les SHS, peut s'accorder sur l'essentiel. A savoir que l'activité physique ne serait pas néfaste pour la santé. Elle serait au contraire un vecteur favorable pour mener des actions conjointes entre les pouvoirs publics et le secteur privé.

Figure 1 - Schéma synthèse illustrant le double processus de déconfinement des acteurs et des espaces mis en scène dans les discours médiatiques, institutionnelles et académiques autour du PNNS



Au-delà de la trajectoire décrite par ces narrations mettant en scène des personnages singuliers, dont nous avons tenté de mettre en évidence les principales caractéristiques sociales et discursives, nos travaux nous ont également permis de pointer une forme de constance dans les comportements adoptés par les acteurs faisant valoir une expertise sur ce sujet. Elle nous permet de distinguer au moins deux formes de paris subsidiaires :

- Le premier engage l'avenir de la santé des populations à travers le risque d'une épidémie d'obésité qui conduirait la France au même profil épidémiologique que les États-

Unis à moyen terme. L'engagement dans une perspective de prévention par la nutrition apparaît pour ses promoteurs être la réponse adéquat à ce « fléau » ;

- Le second, à l'inverse, ne dramatise pas et récuse le caractère exponentiel de l'évolution des chiffres avancés. Il conteste l'idée que l'obésité serait une maladie dans tous les cas de figure et avance l'idée d'un futur où la proportion d'individu obèses ou en surpoids finirait par stagner pour atteindre un palier. En cela, la lutte contre l'obésité passe par l'engagement des professionnels de santé dans des parcours de soins plus respectueux des difficultés des patients, vécues dans le cadre de leurs pathologies associées à des troubles du comportement alimentaire mais également dans leur environnement social.

La partie qui suit s'attache à détailler plus finement les arguments aux fondements de ces deux formes d'engagement expert afin d'en éprouver les coûts d'entrée et d'analyser les intérêts, au départ étrangers à l'action dans laquelle les acteurs s'engagent, impliqués dans leurs expertises. Entrons au cœur des controverses.

« Le médecin Tant-pis alloit voir un malade
Que visitoit aussi son confrère Tant-mieux.
Ce dernier espéroit, quoique son camarade
Soutînt que le gisant iroit voir ses aïeux.
Tous deux s'étant trouvés différens pour la cure,
Leur malade paya le tribut à nature,
Après qu'en ses conseils Tant-pis eut été cru.
Ils triomphoient encor sur cette maladie.
L'un disoit : Il est mort, je l'avois bien prévu.
S'il m'eût cru, disoit l'autre, il seroit plein de vie. »

Jean de La Fontaine, 1829, *Les Médecins*, Fable XII, Livre V.

Partie II

LES CONTROVERSES

Laissons les portes se refermer sur les narrations quantifiées. La trajectoire de la problématique de l'obésité dans l'espace public est brossée. Des personnes singulières dressent des portraits contrastés de la pathologie et de l'obèse. Ils lui attribuent des motifs, ils formalisent le contexte à l'intérieur duquel les inégalités et les symptômes prennent place, pointent des risques hétérogènes qui lui sont liés et mentionnent les obstacles auxquels ils sont confrontés. Intéressons-nous à présent aux moments de désaccord, lorsque des acteurs identifiés comme experts, de par leurs engagements sur la scène médiatique principalement, contestent le jugement des experts « instituants²¹⁸ » du PNNS. Laissons aux détracteurs le temps d'engager la controverse, et aux promoteurs de ce programme sanitaire celui de répliquer, de telle sorte que les appuis des uns et des autres, leurs discours et leurs « prises²¹⁹ » acquièrent suffisamment de visibilité dans la dynamique de l'histoire. En suivant ainsi les controverses, nous rassemblons des éléments précieux pour analyser les fondements des engagements experts, leurs intérêts et leurs coûts d'entrée. Nous voyons des professionnels de santé, médecins ou non, soumis à l'épreuve du désaccord, répondre, argumenter, persister ou revenir sur leurs jugements. Ce sera notre façon d'aborder le pouvoir

²¹⁸ Castel R., 1985, *op. cit.*

²¹⁹ Entendues comme la « rencontre entre un dispositif porté par la ou les personnes engagées dans l'épreuve et un réseau de corps fournissant des saillances, des plis, des interstices » (Bessy C., Chateauraynaud F., 1995, *Experts et faussaires. Pour une sociologie de la perception*, Métailié, Paris, p. 239).

de la médecine dans la normalisation de la corpulence, en empruntant le détour, parfois long, de cas de désaccords sur lesquels nous avons pu exposer les principales tensions et leurs extensions temporelles dans la première partie de ce manuscrit.

Les promoteurs du PNNS sont exposés à trois types de controverses : des débats autour du statut attribué à l'obésité et ses conséquences sur la santé (S'agit-il d'une maladie à tendance épidémique ? A qui imputer la responsabilité de sa progression : aux comportements alimentaires des individus, aux pratiques médicales inadaptées ?) ; des débats autour des dispositifs de prévention (Les messages de santé publique sont-ils utiles et doivent-ils être destinés à l'ensemble de la population ? Faut-il envisager des campagnes plus ciblées ou d'autres formes d'action ?) ; des débats autour des dispositifs de prise en charge (Quelles places accorder à l'alimentation et à l'activité physique au sein de quels types de parcours de soins ?). Autant les deux premiers types de controverse engagent les acteurs dans des domaines variés regroupant des disciplines telles que la génétique, l'épidémiologie, l'endocrinologie, la sociologie, *etc.* Autant les discussions sur les dispositifs de prise en charge obligent au contraire les médecins de santé publique et les épidémiologistes principalement à se frotter à des arènes, telles que le cabinet médical, domaine privilégié de la médecine clinique (reconnaître des états pathologiques, ordonner des symptômes dans des tableaux clinique, ...), dans lesquelles ils n'ont pas toujours de relais pour établir leurs jugements. Cette distinction nous amènera à discerner différents registres d'engagements experts, selon que les professionnels agissent comme clinicien²²⁰ ou comme conseiller en santé publique²²¹. Grâce à cette confrontation, nous serons en mesure d'apprécier pleinement

²²⁰ Figure d'expertise médicale déjà identifiée par Nicolas Dodier (1993, *op. cit.*) dans le secteur de la médecine du travail que nous repérons également sur notre objet. Il la définit comme une situation où le médecin développe une « version *hermétique* de la clinique » s'appuyant « sur des spécificités du déplacement clinique (intégration progressive des repères dans un tableau d'ensemble, attention à des singularités individuelles, relâchement du caractère prescriptif des règles) [...] Le cabinet médical apparaît alors comme le lieu où le médecin peut se retirer pour mûrir son jugement, c'est-à-dire pour prendre en considération, progressivement, l'ensemble des symptômes qui, associés les uns aux autres, sont pertinents dans son explorations diagnostique. La force rhétorique du cabinet médical dans les arènes de discussion tient alors au fait que le médecin, devant des faits censés contester son avis, peut opposer une fin de non-recevoir en donnant à penser qu'il faut d'autres repères, que lui seul connaît, pour apprécier dans son ensemble la situation à sa juste valeur » (p. 204).

²²¹ La notion de santé publique recouvre différentes acceptations. Elle est à la fois un type d'action – différent de la médecine clinique en ce qu'il porte sur des populations (non des individus) et se concrétise par des mesures préventives (non curatives) – mais aussi un domaine de la connaissance relatif au bien-être de collectivités. Enfin elle est aussi une discipline académique qui s'est fortement institutionnalisée, avec ses manuels, ses revues, ses

les effets de leurs démarches sur la normalisation des corps et les ressources qu'engagent les acteurs pour prendre part au processus d'expertise.

laboratoires de recherche, ses universités... (Fassin D., Hauray B., (dir.), 2010, *Santé publique. L'état des savoirs*, La Découverte, Paris). Pour notre part, nous n'ajouterons pas une nouvelle définition à toutes celles qui ont été proposées depuis près d'un siècle car c'est souvent une manière de prescrire ce qu'elle doit être. Nous voudrions ici l'appréhender, à la suite de ces auteurs et Michel Foucault avant eux, comme une forme particulière de gouvernement des vies dont la singularité tient « à ce qu'elle lie les différentes significations de la vie, le vivant et le social [...] le physique et le social, soit encore le biologique et le biographique » (p. 8).

Encart méthodologique n°2

Le corpus sur lequel s'appuie la rédaction de cette partie est constitué de trois types de données :

- Des données orales récoltées dans le cadre d'entretiens semi-directifs ou de communications en congrès ayant été partiellement mobilisées dans la partie I (*cf.* encart méthodologique n°1) ;
- Un verbatim d'une émission télévisée enregistrée sur France 5 ayant été diffusée à une heure de grande écoute en décembre 2010 ;
- Des traces écrites tirées de trois ouvrages collectifs traitant de l'obésité et du surpoids dont les contributions réunissent la majorité des experts ayant été repérés dans notre première partie (*cf.* annexe n°5). Cela représente 894 pages réparties dans 94 chapitres (édito et avant-propos inclus).

Ce dernier support tend à euphémiser les tensions existantes sur le sujet. Toutefois, le sociologue attentif parviendra à démêler, à travers les marqueurs du langage, les énoncés qui relèvent du constat et de la description de ceux qui expriment des formes de jugement. L'intérêt de se focaliser sur les ouvrages collectifs plus que sur les articles scientifiques ou les rapports d'expertise est précisément lié à des contraintes moindres quant à l'expression de jugements singuliers. Les articles scientifiques et les rapports d'expertise sont soumis à des exigences, de par les consignes des comités de lecture ou des commanditaires des recherches, d'objectivité scientifique qui tendent à réduire l'expression d'énoncés plus axiologiques. Au sein des ouvrages collectifs, ces contraintes seraient moindres. Il n'est pas rare de voir s'exprimer dans les conclusions et même au cours de leurs développements des jugements de valeurs intéressants dans le cadre de l'étude des controverses qui animent un espace scientifique. Enfin, la dimension plus strictement épistémique des arguments, souvent reléguée au second plan en entretien ou lors de prise de parole publique au profit des dimensions axiologiques et organisationnelles, n'est cependant pas laissée de côté puisque les chapitres d'ouvrages collectifs présentent l'avantage d'offrir un accès détaillé aux connaissances mobilisées par les acteurs.

Ces données ont été traitées en deux temps :

- Tout d'abord, nous avons analysé manuellement les chapitres d'ouvrage afin de

renseigner la manière dont était définie, par les auteurs-experts, l'obésité et ce que ces connaissances impliquent en termes de prévention et de prise en charge. Cette enquête nous a permis de repérer des conceptions variées de l'obésité, de sa prévention et de sa prise en charge que nous faisons le choix de présenter, au sein des sections de cette partie II, en partant des approches portées par les experts « instituants », soit les conceptions les plus répandues et relayées (hégémoniques dans l'espace), pour finir sur la/les conception(s) divergente(s) qui remporte(nt), au moment où leur(s) critique(s) est/sont formulées, moins d'adhésion. Nous suivrons le parcours de leurs arguments depuis les formes les plus intégratives (modèles explicatifs intégrant plusieurs causes) aux formes les plus critiques et exclusives (modèles explicatifs affirmant une cause plus prépondérante que les autres). Ce travail fût possible grâce à l'évolution temporelle de notre dossier, exposée dans notre première partie, qui nous permet de saisir leur(s) « portée(s) » et de remettre en perspective les rapports de pouvoirs qui s'exercent au cours de ces controverses. Notre choix de classification est également étayé par une seconde opération métrologique. Une fois les concepts clés de chaque perspective ayant été repéré, nous avons créé sous Prospéro des catégories propres à chaque courant (par exemple, la catégorie d'entité intitulée « approche bio-psycho-sensorielle » regroupe des notions telles que : troubles du comportement alimentaire, TCA, boulimie, *set-point*, etc.). Projeté sur l'ensemble de notre corpus (presse, rapports, ouvrages, etc.), ces catégories nous renseignent sur le poids et la représentation de ces approches dans notre dossier et leur déploiement dans le temps ;

- Ensuite, afin de donner chair à l'ensemble des connaissances aux fondements des engagements experts et de voir la manière dont elles sont mobilisées et mises en scène par les acteurs dans la dynamique de l'interaction, nous avons fait le choix d'observer et d'analyser un débat télévisuel sur la question spécifique des régimes alimentaires identifiés comme un des nœuds majeurs des controverses. Le verbatim qui en découle (*cf.* annexe n°6) met en évidence les tours de parole, les interruptions et le chevauchement des énoncés ainsi que les signaux corporels non langagiers. Il s'agissait de voir quelles influences ce contexte particulier du débat contradictoire – où se fixent l'identité des participants, les rôles qu'ils jouent et les sujets qu'ils abordent – peut avoir sur les prises de position des participants. La confrontation et la comparaison systématique et itérative des points de vue des acteurs, mis en

regard avec les données plus factuelles que nous avons analysées, ont permis d'identifier et de cerner la régularité de certaines logiques d'action et de dépasser le simple empilement d'opinions.

Enfin, il importe de préciser à ce stade que ce dont il s'agit dans cette partie concerne l'obésité à l'âge adulte. Si l'obésité de l'enfant et de l'adolescent présente quelques spécificités et que cette population semble déterminante, notamment dans le cadre des campagnes de prévention, la manière dont elle serait définie et prise en charge ne différerait pas grandement de ce qui est avancé pour les adultes. Pendant longtemps, et encore couramment, l'obésité de l'enfant aurait été définie en termes de distribution statistique dans une population. Arbitrairement, il aurait été décidé de fixer un seuil, par exemple des valeurs supérieures au 97^e centile de la distribution de l'indice de masse corporel (IMC) pour une classe d'âge en tenant compte des variations physiologiques de l'adiposité au cours de la croissance. Un groupe de travail européen, animé par Marie-Françoise Rolland-Cachera, aurait établi une nouvelle définition. Les seuils définissant les degrés 1 et 2 de surpoids chez l'enfant seraient constitués par les courbes de centile de l'IMC atteignant à 18 ans les valeurs de 25 et 30 (soit les seuils de surpoids et de l'obésité chez l'adulte).

II.1 – L'obésité : une maladie de grande ampleur ?

L'obésité se définit médicalement comme une accumulation excessive ou anormale de masse grasse. Ce constat, nous le verrons, est relativement bien partagé par les spécialistes de la pathologie. Comme il est couramment admis par la communauté des chercheurs et professionnels de santé confrontés à l'obésité qu'il s'agit d'un phénomène complexe. De nombreux facteurs sont impliqués dans son développement et varient selon les individus. En cela, il conviendrait donc de parler de l'obésité au pluriel, à savoir des obésités. Pour autant, ces experts partagent-ils tous les mêmes convictions quant à ses déterminants les plus influents et la manière de les objectiver ? En réponse à cette question, nous distinguons au moins trois appréhensions de l'obésité qui s'ancrent dans des hypothèses affirmant la prédominance de facteurs explicatifs sur d'autres. A l'origine de ces variations, nous mettrons en lumière différentes métrologies et deux modèles prédictifs dont les implications sur la santé des populations et des individus apparaissent contradictoires. Il ne s'agit plus d'identifier des engagements experts singuliers dans le fil des prises de position publiques tant les acteurs peuvent individuellement, en fonction des contextes et des publics, admettre

plusieurs types d'explication. Nous souhaitons ici dépeindre les fondements de leurs expertises qui marquent de façon plus durable leurs comportements et les contraintes dans leurs pratiques, de par l'exigence d'une cohérence minimale avec eux-mêmes qu'impliquent les engagements experts.

II.1.1. L'obésité au pluriel : définitions et déterminants

Donnons-leur d'emblée la parole et posons-leur la question suivante : quelles sont les origines des obésités ? Face à cette question naïve d'un sociologue, les professionnels de santé n'affichent pas tous la même assurance. Elle peut même, au contraire, susciter des propos divergents. Un paradoxe qui s'explique lorsque nous nous penchons de près sur leurs explications. Nous avons été confrontés à trois définitions de l'obésité. Commençons par la définition la plus communément admise, véhiculée par le PNNS, parce qu'elle est, selon nous, la plus intégrative. À savoir la définition médicale et épidémiologique de l'obésité qui admet plusieurs facteurs explicatifs sans affirmer l'hégémonie d'un déterminant sur les autres.

II.1.1.1. Une définition médicale et épidémiologique avec des risques pour la santé

Selon cette perspective, la définition médicale moderne de l'obésité serait fondée sur l'approche probabiliste des compagnies d'assurance nord-américaines. Dans les années 1950-1960, les assureurs auraient identifié l'obésité comme un facteur de risque de morbidité et de mortalité cardiovasculaire. Depuis, l'obésité serait impliquée dans la constitution et l'aggravation de bien d'autres pathologies. À l'heure actuelle, elle se définirait comme un excès de masse grasse, qu'elle qu'en soit la localisation, ayant des conséquences somatiques, psychologiques et sociales, et retentissant sur la qualité de vie. Les risques liés à l'obésité dépendraient non seulement de l'importance du tissu adipeux mais aussi de sa répartition, en particulier abdominale et péri-viscérale. L'obésité abdominale, ou androïde, se caractériserait alors par des dépôts adipeux localisés au niveau du tronc et singulièrement en situation intra-abdominale. Elle se distinguerait radicalement d'autres facteurs de risque, comme l'hypertension artérielle ou le diabète, car elle serait un symptôme visible et soumis à un jugement de valeur. Personne n'aurait d'opinion tranchée sur le niveau « idéal » de glycémie ou de pression artérielle. En revanche, chacun aurait une opinion sur la corpulence « normale » répondant à des stéréotypes socioculturels (auxquels les médecins n'échapperaient pas).

L'excès de poids serait responsable d'une surmortalité essentiellement d'origine cardiovasculaire. L'évolution vers le diabète non insulino-dépendant serait, comme la mortalité coronarienne, plus liée à la répartition des graisses qu'au degré global d'obésité. En dehors des pathologies métaboliques et cardiovasculaires, les pathologies articulaires, vésiculaires et veineuses seraient également plus fréquemment reportées par les personnes en surpoids ou obèses. L'obésité aurait également été associée dans les études épidémiologiques à une augmentation du risque de certains cancers : du côlon, du rectum et de la prostate pour l'homme ; de l'utérus, du sein et de la vésicule pour la femme.

Les médecins impliqués dans la prise en charge médicale des sujets obèses militeraient pour une reconnaissance de l'obésité en tant que maladie, avec un double objectif :

- améliorer la prise en charge médicale des souffrances physiques et psychologiques des patients, en sortant d'une prise en charge exclusivement diététique qui laisserait de côté le soin ;
- déculpabiliser les patients en faisant valoir que l'obésité serait une maladie comme une autre.

Les déterminants de l'obésité humaine seraient multiples. D'un extrême à l'autre, il existerait des formes purement génétiques, liées à de rarissimes mutations (par exemple, mutation du gène de leptine ou de son récepteur) ou à des formes purement comportementales. Entre ces deux extrêmes, toutes les situations se rencontreraient, mais la règle serait une interaction de facteurs environnementaux, comportementaux et biologiques (génétiques). Ainsi, faudrait-il considérer trois « partenaires » : 1) les apports énergétiques, donc les conduites alimentaires ; 2) les dépenses, donc la capacité de brûler (oxyder) des nutriments énergétiques ; 3) les capacités de stockage en rapport avec le recrutement des cellules qui en sont chargées : les adipocytes. Leur analyse devrait prendre en compte les postulats clés suivants :

- l'obésité serait une pathologie d'organe liée au dysfonctionnement primaire ou secondaire d'une structure complexe, le tissu adipeux. Cet organe sophistiqué, fait de différents types cellulaires dialoguant entre eux et avec le reste de l'organisme, serait d'une surprenante plasticité ;
- l'obésité serait une pathologie du stockage marquée par une inflation des réserves énergétiques stockées sous forme de triglycérides dans les adipocytes. L'obésité

témoignerait d'une erreur de gestion des flux d'énergie, aggravée dans certains cas par une anomalie des capacités de mise en réserve ;

- l'obésité serait une maladie chronique. Les mécanismes physiopathologiques en cause diffèreraient selon le stade évolutif. L'augmentation initiale de la masse grasse (phase de constitution) résulterait d'un déséquilibre du bilan d'énergie au profit du stockage ; ultérieurement, lors de la phase d'obésité constituée, le bilan d'énergie serait équilibré et tout se passerait comme si des mécanismes « défendaient » ce nouvel état d'équilibre. L'étude de sa pathogénie devrait donc inclure l'analyse des facteurs de constitution, d'entretien et de résistance à la perte de poids ;
- l'obésité connaîtrait un développement épidémique. L'augmentation spectaculaire de sa prévalence ne pourrait s'expliquer que par la question environnementale sur un système biopsychologique qui ne pourrait pas s'adapter. L'obésité résulterait de l'incapacité du système réglant les réserves énergétiques à faire face aux évolutions des modes de vie ;
- l'obésité serait une situation hétérogène. Les situations cliniques individuelles seraient très variables en ce qui concerne tant leurs présentations cliniques que leurs déterminants. Il ne pourrait y avoir d'explication étiopathogénique univoque.

L'obésité progresserait par paliers : l'augmentation du poids engendrerait une augmentation des dépenses qui entrainerait un arrêt transitoire du gain pondéral. En somme, lorsque le poids d'un sujet serait à la baisse, cela signifierait obligatoirement que ses apports actuels sont inférieurs à ses dépenses, conformément aux lois fondamentales de la thermodynamique. Inversement, lorsque le poids serait à la hausse cela signifierait que ses apports actuels sont supérieurs à ses dépenses. À la longue, l'augmentation du poids et de la masse grasse entraînerait aussi une augmentation de la masse maigre. Ce phénomène aboutirait à une élévation du métabolisme de base et à un accroissement des dépenses de l'organisme liées à l'activité physique. C'est ainsi que, malgré l'augmentation des apports alimentaires, le poids parviendrait à se stabiliser.

S'il fallait s'orienter vers un modèle explicatif, celui-ci intégrerait conjointement et de façon variable :

- la génétique qui déterminerait une susceptibilité. L'hypothèse du « gène épargne » serait retenue. Autrement dit, des gènes prédisposeraient certains individus à une meilleure efficacité métabolique, à une particulière capacité de stockage en cas

d'excès d'apport. Cette prédisposition s'exprimerait à la faveur d'une empreinte laissée par les conditions intra-utérines ou postnatales sur le système de régulation de la balance énergétique. La capacité d'augmenter la dépense énergétique en réponse à l'entraînement serait elle aussi en partie déterminée par des facteurs génétiques (β -adrénorécepteur, UCP). Dans beaucoup de situations, l'hérédité serait « polygénique » ou « oligogénique », concernant beaucoup de gènes dont chacun aurait une faible influence sur la constitution du phénotype. Les formes d'obésités monogéniques seraient rares. Elles s'inscriraient dans des syndromes pléiotropiques au sein desquels l'excès de poids ne serait qu'un symptôme ;

- le système neuroendocrinien qui provoquerait, dans certains cas, le dépôt préférentiel de la graisse viscérale. Plus particulièrement, diverses perturbations neuroendocriniennes affectant l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et le système nerveux sympathique seraient impliqués chez l'homme comme chez la femme ainsi que les stéroïdes sexuels, androgènes et œstrogènes ;
- la prise alimentaire qui justifierait l'excès d'apport énergétique. Bien que le bilan énergétique serait d'abord et avant tout un bilan calorique des entrées et des sorties, donc des nutriments impliqués (lipides et glucides), plusieurs arguments plaideraient en faveur du rôle particulièrement important des lipides alimentaires dans le développement de l'obésité. À apport énergétique excessif identique, les lipides seraient non seulement davantage stockés, mais en outre ils induiraient un plus faible gain de masse musculaire qu'un apport glucidique élevé, en raison de l'effet d'épargne azoté des glucides ; ce qui serait un inconvénient métabolique. Mais ni les lipides ni les glucides ne seraient mauvais, ils seraient même plutôt bon car indispensables et agréables à la fois. S'en priver serait source de déséquilibres. Cette prise alimentaire serait influencée, chez certains sujets, par les stimuli sensoriels, en particulier la disponibilité et la palatabilité des aliments ainsi que les circonstances extérieures de la vie sociale. Chez d'autres, seraient en cause de véritables troubles du comportement alimentaires (TCA) bien souvent en rapport avec un état de mal-être, voire de dépression ;
- le niveau d'activité physique qui conditionnerait les dépenses énergétiques. Le développement de l'obésité serait parallèle à la diminution de l'activité physique et au style de vie sédentaire car, globalement, les études menées chez l'homme n'indiqueraient pas une anomalie majeure des dépenses énergétique. Les troubles de la dépense (seulement chez certains obèses) concerneraient plutôt la composante la plus

faible quantitativement, à savoir la thermogénèse postprandiale. Les autres anomalies demeureraient l'apanage de facteurs comportementaux plutôt que métaboliques ;

- les facteurs psychologiques et sociaux qui modifieraient les comportements alimentaires, conditionneraient le recours au système de soins des patients obèses mais également parce qu'ils rendraient compte de deux éléments clés : la culpabilisation et la stigmatisation dont sont victimes nombre de sujets atteints d'obésité. La pléthore alimentaire (disponibilité) et l'inadaptation des nouveaux modes de vie (urbanisation, loisirs sédentaires, déstructuration des repas, ...) seraient particulièrement pointés du doigt.

II.1.1.2. Un trouble du comportement alimentaire d'origine psychologique aggravé par des pratiques inadaptées

Cette seconde définition de l'obésité, sans remettre complètement en cause certains des postulats précédemment évoqués, pointerait toutefois un facteur plus déterminant que d'autres : la cognition. En particulier, les tenants de cette approche dénoncent l'impact délétère que la médicalisation, ou plutôt la diététique, engendrerait. Par-delà son uniformité d'apparence corporelle, l'obésité serait un phénomène complexe, multifactoriel et hétérogène. À cette réalité plurielle, il aurait été proposé pendant plus d'un demi-siècle une réponse univoque, seul rempart contre l'épidémie d'obésité annoncée : les régimes amaigrissants, entendus comme tous programmes ou conseils diététiques, de type équilibré, destinés à entraîner ou stabiliser le poids. Ce que les spécialistes désignent, sous l'expression de restriction cognitive. En imposant le modèle médical de la maladie au corps et la rationalisation du comportement alimentaire humain, la médecine de l'obésité pourrait bien avoir contribué à créer des dommages psychologiques et comportementaux qui concourraient à l'aggravation de la pathologie. Si la nutrition médicale serait aujourd'hui théoriquement revenue de ses erreurs, les pratiques ne suivraient pas encore les discours et l'opinion publique resterait imprégnée des préjugés aberrants qui prévaudraient sur les principes nutritionnels salutaires.

La restriction cognitive serait, d'après les défenseurs de ce concept, un trouble du comportement alimentaire (TCA) qui constituerait un facteur de risque d'obésité. Elle ferait partie du tableau des principaux TCA, qu'il s'agisse de l'anorexie mentale, de la *Bulimia nervosa*, ou de l'hyperphagie boulimique. Les corpulences retrouvées chez les personnes en restriction cognitive iraient donc de la maigreur pathologique à l'obésité massive, en passant

par le poids normal. Leur position pourrait se résumer ainsi : non seulement les régimes amaigrissants ne feraient pas maigrir durablement, mais ils pourraient même faire grossir définitivement en mettant en œuvre des processus psychologiques ou physiologiques irréversibles. Et aucun d'entre eux n'aurait d'efficacité supérieure aux autres. Ils définiraient la restriction cognitive comme une intention de conférer aux cognitions conscientes et au contrôle volontaire l'essentiel du contrôle du comportement alimentaire dans le but de maîtriser son poids. Or une telle ambition ne pourrait s'envisager sans un bouleversement profond du comportement alimentaire. La restriction cognitive se caractériserait en effet par un glissement d'une tentative de contrôle mental vers un contrôle de plus en plus émotionnel du comportement alimentaire, accompagné parallèlement d'un effacement du contrôle sensoriel. Elle se décomposerait en quatre stades ou états cliniques caractérisés par leur degré de sévérité, habituellement précédés par une phase préclinique impliquant une dissonance cognitive (c'est-à-dire le décalage entre le comportement du mangeur et ce qu'il pense devoir faire). Ces différents états alterneraient généralement les uns avec les autres :

Tableau 1. Les différents stades de gravité de la restriction cognitive

(Il peut s'agir de stades installés ou d'états transitoires)

Restriction cognitive légère. Le comportement alimentaire est principalement contrôlé par les cognitions ou les pensées. Les sensations et émotions alimentaires sont clairement perçues, mais le mangeur décide délibérément de ne pas en tenir compte. Les émotions induites sont encore à fort contenu positif. Les émotions extra-alimentaires exercent une influence modeste.

Je sais que j'ai faim, mais je ne dois pas/plus manger.

Restriction cognitive modérée. Le comportement alimentaire reste principalement contrôlé par les cognitions. Les sensations et être respectées du fait de l'apparition d'émotions induites à fort contenu négatif. Le mangeur devient plus vulnérable à ses émotions extra-alimentaires.

Je sais que je n'ai plus faim, mais je ne peux pas m'arrêter.

Restriction cognitive sévère. Le contrôle cognitif reste très fort, mais les sensations et émotions alimentaires ne sont plus perceptibles. Le mangeur lutte douloureusement pour conserver un contrôle mental et ne pas céder à l'envahissement des émotions induites. La vulnérabilité aux émotions extra-alimentaires augmente.

Je ne sais plus si j'ai encore faim ou si j'ai assez mangé.

Restriction cognitive décompensée. Le mangeur n'exerce plus aucun contrôle mental sur son comportement alimentaire. Les sensations et émotions alimentaires ont complètement disparu. Les émotions induites et extra-alimentaires exercent un contrôle total sur le comportement alimentaire.

Je mange sans faim et je ne peux plus rien contrôler.

Source : Zermati J.-P., Apfeldorfer G., 2010, « La restriction cognitive », in Zermati J.-P., Apfeldorfer G., Waysfeld B. (dir.). *Traiter l'obésité et le surpoids*, Odile Jacob, Paris, p. 82-83.

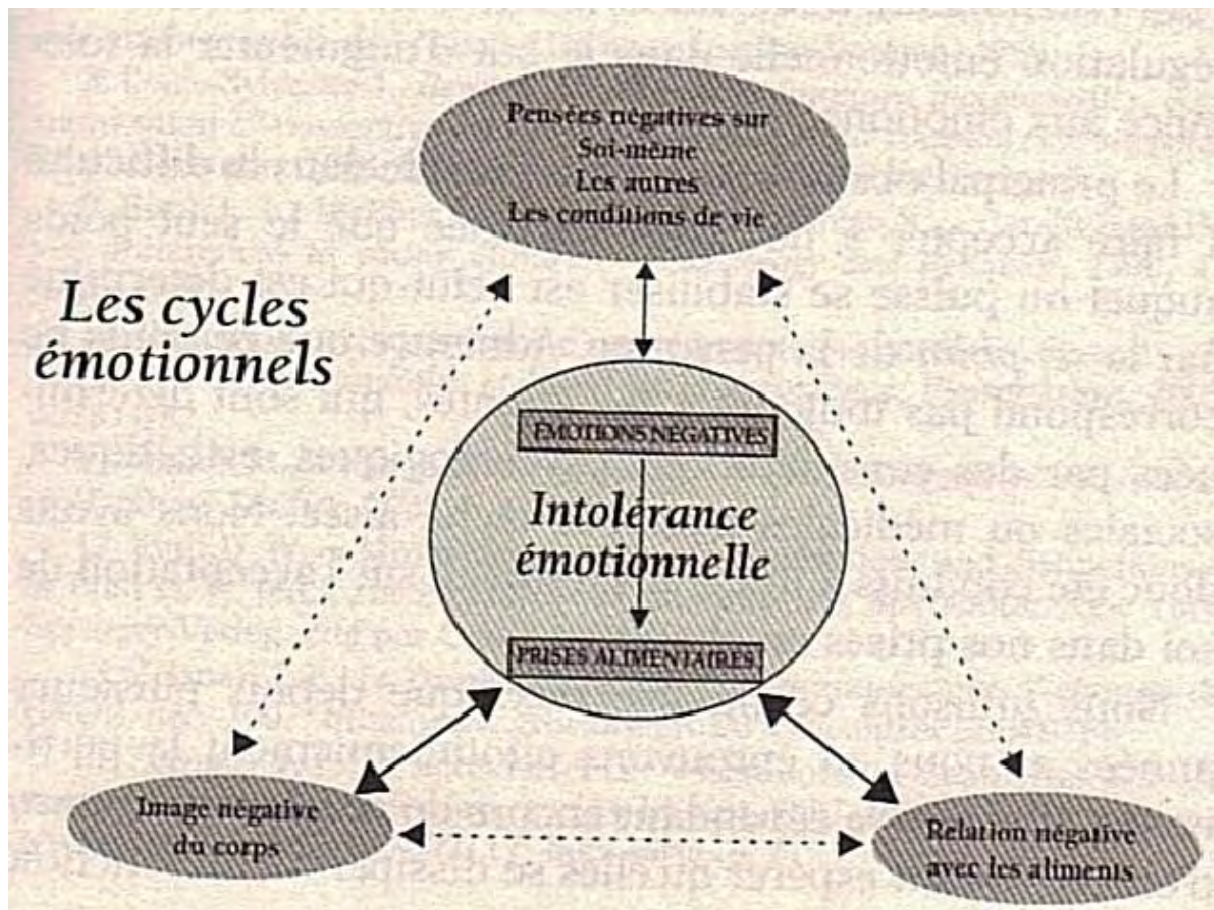
Sous l'effet des surconsommations caloriques, le tissu adipeux pourrait continuer à se développer tout au long de l'existence. En fonction de dispositions génétiques et de facteurs alimentaires environnementaux, sa croissance pourrait s'effectuer sur un mode hypertrophique et/ou hyperplasique. Une croissance hyperplasique présenterait un caractère irréversible qui expliquerait l'augmentation du poids d'équilibre de certains individus et la résistance à leurs tentatives ultérieures d'amaigrissement. Afin de bien comprendre de quoi il s'agit, il importerait de préciser que le poids d'un sujet adulte serait stable parce que le tissu adipeux serait défendu. Pour être défendu, le poids, et particulièrement le tissu adipeux, ferait l'objet d'une véritable régulation homéostatique comprenant un centre intégrateur avec de multiples neuromédiateurs, neurotransmetteurs, neurohormones hypothalamiques et de nombreux mécanismes aboutissant à des modifications de la balance énergétique. La leptine par les influences qu'elle exercerait sur le système nerveux, s'opposerait au gain de poids quand le tissu adipeux s'accroît, conduisant à la réduction des apports et à l'augmentation des

dépenses énergétiques. Même en cas d'agression, le tissu adipeux continuerait à être préservé au détriment du muscle, sous l'effet de substances, anciennement appelées cachectines, qui permettraient de mobiliser les protéines musculaires à des fins énergétiques et de défense, d'autant plus utilement qu'il existerait une anorexie. Cela aboutirait à une fonte musculaire, la sarcopénie, et chez l'obèse à une forme d'obésité dite « sarcopénique », dans laquelle le tissu adipeux pourrait masquer une importante dénutrition. La régulation de la masse grasse et de certains nutriments supposerait donc l'existence de plusieurs valeurs de consigne et, en conséquence, de dispositifs permettant à l'organisme de maintenir la stabilité de ces valeurs. Dans le cas de la masse grasse, il est d'usage de désigner cette valeur sous le terme de *set-point*. Le poids serait donc finement régulé. Cela résumerait de façon simplifiée mais juste la finalité et la réalité de cette régulation. Manipuler son poids conduirait donc à s'opposer à une fine régulation. Pour parvenir à cette stabilité, les systèmes de contrôle émettraient des informations qui guideraient le mangeur, et que celui-ci percevrait sous la forme de sensations et d'émotions alimentaires ou extra-alimentaires (la faim, le rassasiement, la satiété). Le comportement alimentaire assurerait également la satisfaction des besoins nutritionnels du mangeur qui, là encore, serait informé de l'état de ses besoins. Pour cela, le mangeur serait doté de compétences qui prendraient l'aspect de l'appétit spécifique (motivation d'un sujet carencé à consommer un nutriment particulier qui lui ferait défaut et dont l'ingestion lui procurerait un plaisir sensoriel intense en plus de favoriser le rétablissement de son équilibre nutritionnel), du goût et du rassasiement sensoriel spécifique. Or, pour suivre les règles qu'il s'impose lors d'un régime alimentaire, le mangeur s'opposerait à ses envies de manger telles qu'il les ressent en adoptant trois types de stratégies qui pourraient conduire à des TCA : les stratégies de réduction des aliments ; les stratégies d'évitement ; et les stratégies compensatoires.

Le modèle explicatif de l'obésité serait le résultat de deux types de dérèglements. D'une part une défaillance des systèmes de régulation qui conduirait le mangeur à surconsommer par rapport à ses besoins caloriques et qui aboutirait à une prise de poids, quelle que soit la nature des calories absorbées. Et, d'autre part, une disposition du tissu adipeux qui favoriserait un développement plus ou moins réversible des adipocytes, ce qui rendrait l'amaigrissement aléatoire en reprogrammant le *set-point* à un niveau généralement plus élevé. Ceci explique pourquoi, dans certains cas, les chances d'obtenir une guérison complète de l'obésité pourraient devenir relativement faibles. Les surconsommations pourraient avoir des origines différentes. Elles pourraient être consécutives à des anomalies des systèmes chargés d'assurer

la stabilité des grandeurs régulées. Elles se traduiraient souvent par une augmentation des sensations de faim, comme les cliniciens le constateraient lors de la prise de certains médicaments, de lésions de l'hypothalamus, de déficit en neuromédiateurs, de modification de la flore intestinale, *etc.* Elles pourraient également être consécutives à des anomalies du système réglé, entraînant le sujet à consommer sans faim pour des raisons psychologiques (gestion alimentaire des émotions) ou sociétales (pression consommatoire, idéal de minceur ou de santé, restriction cognitive, sédentarité des modes de vie, ...). Par exemple, une personne ayant un tempérament génétiquement prédisposant qui subirait une ou plusieurs expériences émotionnelles traumatisantes qu'elle ne pourrait pas réellement évacuer risquerait de développer une perception d'elle-même, des autres et du monde extrêmement négative. Si elle n'a jamais pu bénéficier d'une éducation émotionnelle et apprendre à ressentir (trouble dissociatif), nommer (alexithymie) et accepter avec bienveillance ses émotions (hypercontrôle) et constater que ce serait la seule manière de s'en débarrasser réellement, le seul moyen pour elle de soulager la souffrance serait de tenter d'en diminuer à court terme les manifestations en s'alimentant. Elle majorerait l'image négative d'elle-même et entrerait dans un cercle vicieux, qu'à terme, les échecs des régimes renforceraient.

Ce ne serait donc pas la faim ou l'anxiété qui nous feraient manger mais l'envie de manger qui en résulterait. Corollairement, nous arrêterions de manger quand l'envie de manger aurait disparu. La prise en compte de ces données imposerait de revenir sur la sémantique du comportement alimentaire. Plutôt que de définir le rassasiement comme l'instant où la faim disparaîtrait, il serait souhaitable de le définir comme l'instant où cesserait l'ensemble des motivations à manger. Les spécialistes de cette approche proposeraient de désigner cet état par le terme d'« ataraxie alimentaire », la paix du corps et de l'âme, selon la description qu'en faisait Épicure. Le comportement alimentaire se trouverait donc sous le contrôle de sensations, d'émotions ou de cognitions qui seraient les déclencheurs des prises alimentaires. Ce qui expliquerait la motivation à manger (au-delà de ses besoins) ne serait donc pas tant la présence d'une émotion négative que le fait de ne pas la supporter. Ne supportant pas de souffrir, nous chercherions à nous soustraire à nos émotions. Ils distingueraient trois pôles émotionnels qui non seulement s'auto-entretiendraient, mais qui interagiraient également les uns avec les autres :



Source : Zermati J.-P., Apfeldorfer G., 2010, « Pour une nouvelle théorie de l'obésité », in Zermati J.-P., Apfeldorfer G., Waysfeld B. (dir.). *Traiter l'obésité et le surpoids*, Odile Jacob, Paris, p. 147.

II.1.1.3. Une prédisposition génétique à l'expression phénotypique dépendante de l'environnement social ou une addiction d'ordre plus général ?

La dernière définition que nous avons pu rencontrer se borne moins à définir l'obésité plutôt qu'à nuancer, voire contredire certains présupposés précédemment cités. Elle revient sur ses déterminants les plus influents pour pointer d'autres facteurs de risque tout aussi crédibles aux yeux de leurs énonciateurs. Nous regroupons ici un certain nombre de critiques émises tous azimuts sans qu'elles fassent l'objet d'un modèle explicatif en soi qui serait partagé par chacun des protagonistes.

Certains rappelleraient que les généticiens ne soutiendraient certainement pas la thèse du « tout est génétique » : ils admettraient, qu'au niveau sociétal, notre civilisation et son environnement obésogène seraient responsables de l'essentiel de l'épidémie d'obésité. Il serait maintenant solidement établi qu'il existerait des gènes d'hypersensibilité à l'environnement qui favoriseraient la prise de poids de beaucoup de nos contemporains, alors que d'autres, plus chanceux par les temps qui courent, résisteraient davantage pour l'heure

aux ravages de la malbouffe. Il serait donc tout à fait possible que la limite maximale de l'épidémie d'obésité soit bientôt atteinte du fait des résistances individuelles à la prise de poids tout comme beaucoup d'entre nous résisteraient à la grippe porcine sans être vaccinés.

Paradoxalement, les pourfendeurs de l'hypothèse génétique de l'obésité seraient incapables d'expliquer pourquoi la planète deviendrait obèse. Les épidémiologistes les plus distingués seraient dans l'incapacité d'identifier des causes suffisamment puissantes qui expliqueraient depuis quelques décennies la défaillance de notre régulation énergétique ancestrale. Concernant l'alimentation excessive, déséquilibrée, trop grasse de type *fast-food*, personne ne saurait vraiment si nous mangeons plus ou moins qu'avant, et exactement quel type d'aliment nous mangerions réellement, faute de données fiables. Les enquêtes individuelles montreraient plutôt que nous mangerions moins de calories et surtout moins de graisses qu'il y a trente ans. À côté des « *big two devils* » (mauvaise alimentation et sédentarité), plusieurs autres causes potentielles de surpoids seraient parfaitement corrélées au nombre croissant d'obèses et constitueraient des coupables potentiels aussi sérieux que les deux précédents : la baisse de la durée et de la qualité du sommeil (une heure de moins en vingt ans, notamment chez les jeunes), la consommation accrue de psychotropes (depuis peu les médicaments les plus vendues en valeur au monde), l'air conditionné (augmentation de près de 2°C de la température des maisons l'hiver), l'élévation de l'âge du premier enfant chez la femme, la diminution de la consommation de tabac (car l'arrêt du tabac ferait grossir), le traitement amélioré des ulcères de l'estomac (car il s'accompagnerait d'une hypersécrétion d'une hormone intestinale qui stimulerait la faim). En d'autres termes, nous ignorerions totalement pourquoi des groupes entiers de la société, surtout les plus pauvres, non seulement prennent du poids, mais, pour une proportion croissante, développent une obésité très sévère.

L'hypothèse des généticiens, dont l'auteur de ces propos se fait le porte-parole, serait que notre patrimoine génétique déterminerait notre réponse biologique à nos habitudes de vie. Étonnamment peut-être, la génétique nous en aurait plus appris en dix ans sur les circuits de régulation de l'appétit que les quarante dernières années d'études psycho-comportementales et épidémiologiques dites « classiques ». Contrairement à ce que pensaient les spécialistes de l'obésité jusqu'à la fin des années 1990, la mutation d'un seul gène, si elle se situait précisément dans la voie cérébrale hypothalamique de régulation de l'appétit, suffirait à rendre obèse un jeune être humain, tout comme d'ailleurs une souris. L'explication dite

« humaniste²²² » classique des psychologues consisterait parfois à dire que l'obésité isolerait et rendrait difficile l'apprentissage. Hélas, il serait tout aussi probable que les mêmes anomalies biologiques qui, schématiquement, limiteraient le quotient intellectuel perturberaient aussi le circuit de contrôle de la faim. Les mêmes protéines seraient souvent impliquées dans ces deux dérèglements. Les mêmes études génétiques montreraient que des régions du génome seraient associées au risque simultané d'autisme et d'obésité avec retard mental. Pour certains neurologues, toute la nosologie actuelle des maladies psychiatriques serait à revoir, car les mêmes causes (génétiques) pourraient en fonction de l'environnement donner des présentations cliniques très différentes. Les porteurs des variants « à risque » de ces gènes d'obésité n'auraient pas nécessairement plus faim que les autres (à la différence de porteurs de mutations sévères d'obésité monogénique), mais ils adapteraient mal leur alimentation en fonction de leur mode de vie, ils contrôlèrent mal leur comportement et donc leur prise alimentaire.

À la question d'où viennent ces gènes ? Deux théories s'affronteraient. L'une d'elles, très populaire parmi les médecins et les journalistes, postulerait que les humains auraient été sélectionnés par leur résistance à la famine pendant notre longue histoire. Ainsi, nous aurions un patrimoine génétique enrichi en génotypes d'épargne énergétique, qui aurait conféré un avantage sélectif jusqu'aux temps récents d'abondance alimentaire. Mais cette théorie séduisante, postulée dans les années 1960, n'aurait jamais été confirmée par les études génétiques. Non seulement aucun gène « économe » n'aurait été identifié jusqu'à présent, mais en plus la proportion de mutations obésogènes récemment découvertes ne serait pas différente dans les populations isolées (comme les petits peuples du Pacifique qui auraient eu des conditions de vie frugales pendant longtemps et seraient depuis très obèses) comparées à celle des Européens. Enfin, si cette théorie était fondée nous devrions presque tous être obèses puisque nous descendons des survivants des famines passées. Récemment serait apparue une théorie concurrente appelée « l'hypothèse du prédateur²²³ ». Dans la nature, être gros serait à la fois un avantage à long terme pour survivre quand il y a moins de nourriture, mais aussi un très gros désavantage à la survie immédiate quand il faudrait échapper aux prédateurs de tout poil qui se régameraient par exemple des mulots trop joufflus. Les primates avaient jusqu'à peu

²²² Froguel P., 2010, « Quelle est la contribution de la génétique dans les comportements alimentaires ? », in Zermati J.-P., Apfeldorfer G., Waysfeld B. (dir.). *Traiter l'obésité et le surpoids*, Odile Jacob, Paris, p. 25.

²²³ Speakman J.R., 2007, "A Non Adaptive Scenario Explaining the Genetic Predisposition to Obesity: the "Predation Release" Hypothesis", *Cellule Metabolism*, 6 (1), p. 5-16.

leurs propres prédateurs. Ceux-ci auraient disparu il y a environ dix mille ans (avec les mammoths) pour des raisons inconnues. Ainsi, l'histoire récente humaine aurait pu permettre une accumulation de mutations de gènes qui en théorie feraient grossir mais qui n'auraient pas été complètement exprimés (car l'accès limité à la nourriture était la règle) ou qui n'auraient pas été éliminés car leur effet sur la survie de leurs porteurs était neutre (nous mourrions jeune bien avant que le diabète apparaisse).

D'autres chercheurs stipuleraient que le monde contemporain serait caractérisé par une « gastro-anomie ». Elle relèverait à la fois d'une diminution des contrôles sociaux en matière alimentaire et d'une « cacophonie alimentaire » désignant la multiplication de recommandations nutritionnelles, souvent contradictoires entre elles. Elle serait à l'origine de la déstructuration des pratiques alimentaires et de ses conséquences, notamment sur le développement de l'obésité. La modernité alimentaire serait caractérisée par cette surabondance de normes contradictoires auxquelles s'ajouterait une hiérarchie sociale dans l'apparition de l'obésité, en particulier chez les femmes. Loin d'un discours alarmiste en toutes directions, il conviendrait de souligner l'importance du phénomène dans les catégories populaires, les plus touchées. Différents facteurs viendraient éclairer cette inégale répartition sociale, qui ne saurait être réduite à une dimension économique. Elle relèverait en effet également des représentations de l'alimentation, des représentations du corps, de la symbolique de la santé et de la maladie – qui diffèreraient selon l'appartenance sociale –, mais aussi du degré d'intégration sociale et de la trajectoire des individus. La fragilité de l'obésité tiendrait à l'aisance avec laquelle nous pourrions la tourner en dérision sans la moindre honte. Cette stigmatisation de l'obésité serait le contrepoint de la valorisation de la minceur et de l'apparence. Dans nos sociétés, l'anorexie et l'obésité seraient les deux faces d'une même médaille et d'une volonté de contrôle de l'existence dans une relation à l'alimentation.

Enfin, des auteurs se pencheraient sur la propagation, qualifiée d'endémique, des TCA pour les considérer comme une addiction. Selon eux, pour les TCA, il y aurait les explications cognitives (distorsion de la perception du corps), émotionnelles (attachement insécuré selon la théorie du même nom issue de l'observation des singes), sociales (changement de l'idéal social d'un corps en bonne santé pour un corps mince), environnementales (médias), familiales (évitement du conflit), psychologiques (difficulté de séparation, ...), biologiques (l'impact de la sérotonine sur le plaisir), *etc.* Puis il y aurait l'explication de l'explication si

bien que les causes feraient causer et nous éloigneraient un peu plus, à chaque louche théorique, d'une explication qui serait directement applicable à l'origine du trouble, à son traitement possible et à son évaluation. Les TCA seraient le florilège d'une psychiatrie qui s'effiloche. Replacer les troubles alimentaires aurait, cliniquement, un bénéfice immédiat : le patient serait reconnu malade, il ne s'agirait plus de le rééduquer. Il pourrait enfin sortir de la logique de volonté et d'effort dans laquelle il serait enfermé. Ce serait aussi admettre que ce n'est pas tant le comportement qui serait déviant que l'économie psychique du sujet, et c'est la fonction de ce comportement qu'il faudrait saisir. Si le trouble pourrait éclore à partir d'un conflit, d'un malaise, d'un moment qui paraîtrait bien identifié, ce serait ensuite un processus propre, délié, qui se mettrait en place, forme d'automédication bancale. Ce serait désormais une impulsion qui persisterait de façon autonome, comme séparée de la personne et de sa conscience, une autre partie d'elle-même sur laquelle elle n'aurait plus aucun pouvoir. Chaque crise de boulimie, par exemple, en même temps qu'elle apaiserait, creuserait ensuite un désordre psychique de plus en plus grand, qu'il faudrait à nouveau essayer de calmer par une nouvelle crise. Ce schéma serait ce qui donnerait une relative uniformité de symptômes et de présentations aux « addicts », quel que soit le produit ou la consommation.

II.1.2. Mesurer la pathologie

S'engager dans un processus d'expertise implique d'identifier les causes du surgissement de l'obésité en tant que problème sanitaire, à en déterminer les conséquences sur les populations, les finances publiques, *etc.* Autrement dit, cela suppose d'être capable d'objectiver et d'apporter la/les preuve(s) qui viennent étayer les jugements et les paris pris par les acteurs. Dans cette sous-section, nous souhaitons décliner les différents regards portés par les experts sur l'obésité. Ces regards mettent en scène différents niveaux d'observations : quantitatif ou plus qualitatif ; ayant un caractère tantôt expérimental ou plus clinique.

II.1.2.1. L'Indice de Masse Corporel : un outil pour la pratique clinique routinière

Définir médicalement l'obésité comme une accumulation excessive ou anormale de masse grasse supposerait, en toute rigueur, que nous soyons en mesure d'évaluer la masse grasse. Or, la masse grasse, qui représenterait de 10 à 15 % du poids corporel chez l'homme jeune et de 20 à 25 % chez la femme jeune, ne pourrait être mesurée avec une précision satisfaisante que par des méthodes sophistiquées (mesure de densité corporelle, évaluation par absorptiométrie, tomodynamométrie, résonance magnétique), trop coûteuses pour être

disponibles en routine. En pratique clinique, l'obésité serait donc définie à partir d'un indice de corpulence. L'Indice de Masse Corporelle (IMC), ou indice de Quetelet (*Body Mass Index*, BMI), serait le rapport du poids sur le carré de la hauteur : P/T^2 exprimé en kg/m^2 . Un seuil aurait été fixé à partir duquel, selon les études épidémiologiques, l'augmentation de la mortalité augmenterait significativement. Ce seuil aurait été fixé à $30 kg/m^2$. À partir d'un IMC de $40 kg/m^2$, les spécialistes parleraient d'obésité massive ou morbide. Le surpoids quant à lui se définirait par un IMC compris entre 25 et $29.9 kg/m^2$. Les experts de l'*International Obesity Task Force* (IOTF) auraient décidé de fixer les mêmes seuils pour les deux sexes.

Ces seuils métrologiques fondés sur une relation statistique épidémiologique auraient un intérêt en terme de santé publique pour définir des populations à risque et des stratégies préventives et thérapeutiques collectives. Mais ils connaîtraient deux limites majeures reconnues par ses utilisateurs : la faiblesse de sa valeur prédictive individuelle ; son caractère normatif qui risquerait d'enfermer la réflexion médicale dans le cadre arbitraire du « poids idéal théorique » qui serait situé, selon cette grille de lecture, dans une fourchette où l'IMC serait compris entre 18,5 et 24,9 kg/m^2 . En somme, l'IMC servirait plus à caractériser des groupes que des individus et ne remplacerait pas l'examen clinique, qui permettrait d'apprécier l'importance et la distribution de l'adiposité. Un même IMC peut correspondre à des masses grasses très différentes d'une population à l'autre²²⁴. C'est la raison pour laquelle il serait classique de compléter le tableau par la mesure de l'excès d'adiposité abdominale par le rapport de la circonférence de la taille sur celle des hanches. C'est ainsi que le rapport taille/hanches (RTH) supérieur à 1,0 chez l'homme et 0,85 chez la femme définirait l'obésité abdominale. En pratique, la circonférence de la taille, mesurée à mi-distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le rebord costale sur la ligne médio-axillaire, serait le critère le plus simple pour évaluer cette adiposité. Selon des travaux Canadiens, les circonférences de tour de taille de 90 cm chez la femme et de 100 cm chez l'homme devraient être retenues pour définir l'obésité abdominale. Enfin, le tour de taille ne distinguerait pas les dépôts adipeux sous-cutanés et viscéraux. Dans ce cadre-là, seul le scanner abdominal permettrait d'étudier la graisse intra-abdominale.

²²⁴ Thibaut de Saint Pol (2010, *op.cit.*) consacre à l'IMC, dans son chapitre 2 intitulé « Corps mesurables, corps mesurés : objectivation de la corpulence », des développements plus longs sur ces différents points. Nous renvoyons le lecteur intéressé par l'histoire de la construction de cet indice à la lecture de son ouvrage.

II.1.2.2. Les statistiques épidémiologiques et l'économie : des données agrégées au secours de l'hypothèse d'une épidémie coûteuse

Les données épidémiologiques contribueraient, d'après leurs producteurs, à la mise en place d'une prise en charge rationalisée de l'obésité. Par l'étude des relations entre l'IMC et la mortalité, elles auraient en premier lieu permis d'adopter une définition consensuelle de cette affection. Ensuite, elles auraient permis de situer la prévalence de l'obésité et sa tendance évolutive dans différents pays, et révélé puis chiffré l'épidémie en cours. Elles permettraient de repérer les populations de sujets à risque. Enfin, l'épidémiologie analytique, par le suivi de cohortes, identifierait les facteurs individuels qui prédiraient la survenue du surpoids et les maladies qui leurs seraient associées.

Les premières données sur échantillon représentatif national (hors DOM-TOM) utilisant la définition internationale de l'obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) auraient été publiées à partir de deux enquêtes décennales de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) sur la consommation médicale des ménages en 1980 et 1991. La prévalence de l'obésité chez l'adulte de 18 ans et plus aurait été estimée dans ces enquêtes à 6,1 % en 1980 et 6,5 % en 1991. Plus récemment, les études Obépi (réalisées tous les trois ans à partir de 1997) auraient permis une actualisation de ces chiffres. En raison des différences méthodologiques entre ces deux protocoles d'études, il ne serait pas possible de comparer directement leurs résultats mais les épidémiologistes noteraient une relative stabilité au cours de la décennie couverte par l'enquête de l'INSEE, alors qu'il existerait une progression nette entre l'étude Obépi de 1997 (8,5 %) et celle de 2012 (15 %).

Les plus récentes conclusions de l'étude Obépi (2012) montreraient que l'augmentation de la prévalence de l'obésité se poursuivrait en France mais avec une tendance significative à la décélération. L'augmentation estimée entre 2009 et 2012 ne serait que de 0,5 %, alors qu'elle aurait toujours dépassé 1 % sur la période de 3 ans séparant deux études Obépi jusqu'à présent. Les auteurs de cette étude observeraient en parallèle un ralentissement de la progression de l'IMC et du tour de taille moyen. Les disparités régionales et sociales qui étaient présentes en 1997 n'en seraient cependant pas bouleversées. L'augmentation de la prévalence de l'obésité aurait touché entre 1997 et 2012 toutes les catégories de revenus ou d'éducation, même si elle aurait été moins nette dans les catégories supérieures. La décélération ne s'observerait pas uniquement dans les catégories supérieures. La tendance se retrouverait même dans les classes de revenus moyens. Les relations de l'obésité avec le

niveau socio-économique seraient complexes. Elles varieraient selon les pays. Dans les pays en voie de développement, l'obésité serait plus fréquente dans les couches aisées de la population alors que ce serait plutôt l'inverse dans les pays industrialisés. En France, dans l'étude Obépi 2012, la prévalence de l'obésité passerait, chez les sujets de 15 ans et plus, de 25,6 % lorsque le revenu mensuel du foyer par unité de consommation serait inférieur à 900 € à 16,1 % lorsqu'il serait supérieur à 2 300 €. Depuis 2006, la prévalence de l'obésité qui était en 1997 voisine chez les hommes et les femmes serait devenue significativement supérieure chez les femmes. La décélération s'observerait cependant dans les deux sexes.

Il faudrait bien souligner que la tendance évolutive de la prévalence de l'obésité serait évaluée à partir d'une suite d'estimations successives par les différentes études Obépi. Il resterait possible, selon les auteurs de cette étude, que des biais d'échantillonnage, de réponse voire même le hasard amèneraient à conclure de façon erronée à un ralentissement de la progression de la prévalence de l'obésité. Une confirmation par des études avec une méthodologie différente serait nécessaire pour emporter la conviction. Ils noteraient cependant que l'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant se stabiliserait dans notre pays depuis les années 2002 et que dans d'autres pays comme les États-Unis, cette stabilisation de la prévalence de l'obésité s'observerait chez les femmes, certes à un niveau très élevé de 35 % et que l'augmentation chez les hommes serait modeste. L'étude Obépi ne saurait apporter d'élément sur la, ou plus probablement, les causes de cette décélération. À cela s'ajouterait qu'à l'échelle des pays, la prévalence de l'obésité serait très liée à la valeur du produit intérieur brut par habitant jusqu'à un certain seuil, estimé à 1500 US\$ (valeur de 1992) par habitant. Au-delà de ce seuil, elle varierait certainement davantage en fonction des différences socioculturelles.

Enfin, l'obésité serait responsable de 5,7 à 7 % des dépenses aux États-Unis et environ de 2 à 3,5 % en Europe. L'impact économique de l'obésité occuperait une part croissante des dépenses de santé et la situation ne devrait que s'aggraver au regard des tendances épidémiologiques observées auxquelles les chercheurs, sensibles à ces approches en terme de coût, seraient sensibles. Les pathologies attribuables les plus fréquemment utilisées dans le calcul des coûts seraient le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies vasculaires, les cancers, la lithiase biliaire et les thromboses veineuses. La notion de « proportion de cas attribuable » (PCA), dans le cadre d'une évaluation médico-économique

de l'obésité, correspondrait à la part attribuable à l'obésité de chacune des comorbidités prises en compte. Elle serait définie par la formule suivante :

$PCA = P * (RR - 1) / [1 + P*(RR - 1)]$ (*P correspond à la prévalence de l'obésité dans la population étudiée et RR correspond au risque relatif d'un sujet obèse de contracter une maladie par rapport à un sujet de poids normal*).

Les dépenses hospitalières seraient principalement liées aux pathologies vasculaires et aux cancers, surtout de type colorectal et génito-urinaire. L'hypertension artérielle, le diabète de type 2, les dyslipidémies pèseraient principalement sur les soins ambulatoires. Parmi les soins ambulatoires, 65 % des dépenses seraient liées aux médicaments, 25 % aux honoraires des médecins et 10 % aux examens de laboratoire. En tenant compte des montants remboursés par l'assurance maladie, le surcoût lié à l'obésité serait estimé à 407 euros en moyenne et 631 euros avec les indemnités journalières. Les dépenses de santé liées à l'obésité atteindraient 2,6 milliards d'euros et, pour l'assurance maladie, 2,1 milliards d'euros.

II.1.2.3. L'expérimentation en laboratoire : quand les souris nous aident à comprendre les mécanismes moléculaires intervenant dans l'obésité humaine

Pour l'étude de l'influence de la constitution génétique, nous disposerions de deux grands types de méthodes : l'épidémiologie génétique d'une part, qui permettrait de déterminer l'ordre de grandeur de la contribution du patrimoine génétique à différents phénotypes liés à l'obésité (ou la maigreur), comme l'IMC, la masse grasse, sa répartition, *etc.* Les approches moléculaires d'autre part, menées chez l'animal et chez l'homme, tenteraient d'identifier les mécanismes biologiques conduisant aux obésités. La connaissance des bases moléculaires de l'obésité aurait progressé énormément ces dernières années grâce au développement d'outils de criblage génétique de plus en plus rapides, appliqués à l'étude de cohortes de sujets et de leurs familles. De nouvelles approches d'étude du génome se dessineraient, notamment la génomique fonctionnelle qui permettrait d'apprécier comment un gène donné se mettrait en action en fonction des circonstances.

Les études d'épidémiologie génétique se seraient attachées à quantifier la contribution des gènes pour des traits cliniques reliés à la corpulence dans différents groupes (études chez des jumeaux, des enfants adoptés comparés à leurs parents biologiques et adoptifs, dans les familles). Les interactions entre les caractéristiques génétiques et la réponse à

l'environnement auraient été le mieux étudiées chez les jumeaux monozygotes. La plupart des études rapporteraient une contribution génétique à l'expression des traits cliniques reliés aux obésités qui pourrait même parfois dépasser 50 % d'héritabilité. Il serait généralement estimé que l'héritabilité génétique de l'IMC et de la graisse sous-cutanée serait de l'ordre de 5 à 10 %. Elle serait plus forte pour la masse grasse exprimée en pourcentage ou en kilos (entre 30 et 50 %) et pour la distribution du tissu adipeux. Les études épidémiologiques de ces questions auraient été le point de départ du développement d'une approche moléculaire dans l'obésité humaine et animale, seule en mesure d'analyser la nature des mécanismes physiopathologiques. La nécessité d'une telle approche aurait été renforcée par le fait que dans certaines situations rares, l'inactivation ou la surexpression d'un seul gène chez l'animal comme chez l'homme pouvait conduire au développement de l'obésité.

L'identification des gènes et mutations responsables de ces obésités monogéniques, et des syndrômes auxquels elles peuvent donner lieu, serait utile pour comprendre leurs fonctionnements et envisager des traitements. Le succès de ces méthodes reposerait sur l'identification préalable des gènes impliqués dans les formes génétiques d'obésité du rongeur. Ces découvertes auraient été possibles grâce à la combinaison de l'approche moléculaire associée à l'analyse fine de situations et de signes cliniques. Par exemple, dans le cadre d'obésités syndrômiques dont les gènes seraient connus, l'anomalie génétique en cause affecterait des facteurs clés de la régulation du poids, impliquant la leptine (chef d'orchestre contrôlant la régulation du poids et plusieurs voies endocrines) et la voie des mélanocortines, voie cible de la leptine dans l'hypothalamus. Des mutations des gènes de la leptine, de son récepteur, de la pro-opiomélanocortine (POMC) entraîneraient des situations d'obésités exceptionnelles à pénétrance complète et de transmission autosomique récessive. Ces mutations associeraient une obésité précoce et sévère avec des anomalies endocrines. Les courbes de poids des patients affectés seraient caractéristiques et devraient attirer l'attention. Elles montreraient une évolution exponentielle avec une obésité sévère qui se développerait dès les premiers mois de vie. Les patients porteurs d'une mutation sur la leptine ou son récepteur seraient affectés d'un impubérisme complet par hypogonadisme hypogonadotrophique et d'une insuffisance thyroïdienne d'origine centrale. Une insuffisance de sécrétion somatotrope serait également observée chez les patientes d'une mutation sur le récepteur de la leptine. Les enfants porteurs d'un déficit en POMC auraient un déficit en ACTH pouvant conduire à une insuffisance surrénalienne aiguë dès la naissance. Ces enfants auraient des cheveux roux du fait de l'absence de l' α -MSH sur les récepteurs aux

mélanocortines périphériques impliquées dans la pigmentation. La patiente affectée d'une mutation de PC1 souffrirait quant à elle d'une obésité associée à des malaises hypoglycémiques postprandiaux et à des troubles de la fertilité.

Dans le cadre d'obésités monogéniques non syndromiques, un des acteurs importants de la voie des mélanocortines serait le récepteur aux mélanocortines de type 4 (MC4R). Ce serait un récepteur à sept domaines transmembranaires couplé aux protéines G. Ce récepteur serait exprimé au niveau cérébral et principalement dans l'hypothalamus. Sa stimulation par son ligand physiologique, l' α -MSH, inhibe la prise alimentaire. Son importance dans le contrôle de l'homéostasie pondérale aurait été démontrée chez l'animal. Des souris présentant une invalidation de MC4R développeraient une obésité morbide. Les souris hétérozygotes pour une telle invalidation seraient aussi affectées présentant une obésité de sévérité intermédiaire. L'utilisation d'agonistes pharmacologiques de MC4R chez le rongeur réduirait la prise alimentaire, en revanche les antagonistes de ces récepteurs l'augmenteraient. Compte tenu de l'importance de la voie des mélanocortines dans la régulation de la prise alimentaire, le gène du MC4R serait devenu un candidat de choix pour l'étude génétique des obésités chez l'homme. Plusieurs mutations hétérozygotes différentes, entraînant un changement d'acide aminé, auraient été décrites dans différentes populations d'enfants et d'adultes. In vitro, certaines de ces mutations altèreraient, de façon variable, le fonctionnement du récepteur. La fréquence de ces mutations serait de 0,5 à 2 % des obésités modérées et pourrait atteindre environ 4 % dans les formes sévères d'obésité. Le mode de transmission serait le plus souvent autosomique dominant. La pénétrance de la maladie serait incomplète et l'expression variable chez les porteurs de mutations de MC4R ce qui suggèrerait un rôle non négligeable de l'environnement ainsi que celui d'autres facteurs génétiques qui pourraient contribuer à la modulation du phénotype.

Enfin, grâce au développement d'outils de criblage moléculaire de plus en plus puissants et de la connaissance des polymorphismes génétiques, l'exploration du génome de familles présentant plusieurs cas d'obésité commune serait possible. Cette stratégie aurait permis de mettre en évidence plusieurs localisations chromosomiques liées à l'obésité et continuerait de se développer. Au moins cinq gènes situés sur les chromosomes 10, 2, 5, 20 et 11 pourraient être impliqués dans l'obésité. Une soixantaine d'autres localisations chromosomiques seraient aussi liées à différents phénotypes comme la masse grasse, la distribution du tissu adipeux, la dépense énergétique de repos ou encore les taux de leptine et d'insuline circulants.

II.1.2.4. L'appréhension du bilan calorique par les apports et les dépenses énergétiques

La régulation pondérale obéirait de façon incontournable à l'équation :

Énergie stockée = apports énergétiques - pertes énergétiques (selles et urines) - dépenses énergétiques.

Tout excès de calorie induirait une prise de poids s'il était prolongé et non compensé par une augmentation des dépenses. Inversement, quelle que soit la susceptibilité génétique individuelle, l'obésité ne pourrait survenir que s'il existait préalablement un déséquilibre du bilan énergétique. De plus, le gain de poids serait un processus évolutif qui se développerait souvent sur plusieurs années et le déséquilibre n'aurait pas besoin d'être important pour conduire à une obésité s'il était chronique. Des apports énergétiques quotidiens dépassant les dépenses de 5 % (soit environ 100 kcal par jour) seraient susceptibles d'induire une augmentation annuelle de 5 kg du tissu adipeux et de conduire ainsi à une obésité importante en quelques années.

La densité énergétique des aliments (le contenu calorique exprimé en kJ ou kcal par gramme d'aliment) serait un déterminant essentiel des apports énergétiques d'un individu. Il serait connu, depuis de nombreuses années, qu'une alimentation riche en lipides induirait expérimentalement une consommation calorique excessive et une prise de poids. Récemment différents travaux auraient montré que l'hyperphagie induite par le régime hyperlipidique ne serait pas liée à la teneur en lipides (ou en glucides) de l'alimentation mais à la densité énergétique élevée qui en découlerait. Lorsque des aliments différents pour leur contenu en lipides (20, 40, 60 % de l'apport énergétique total), mais dont on aurait pris soin d'apparier la palatabilité et la densité énergétique, seraient proposés successivement pendant deux semaines à des sujets de poids normal, la quantité (le volume) d'aliments consommés serait la même dans les trois situations. En conséquence, malgré les importantes différences de contenu lipidique et glucidique des aliments, l'apport énergétique quotidien serait identique et le poids resterait stable.

L'influence de la densité énergétique sur la charge énergétique du repas serait clairement démontrée par des expériences où les alimentations proposées auraient cette fois-ci une composition en macronutriments fixe mais une densité énergétique différente grâce à une teneur en eau variable. Dans ces conditions, le volume des ingesta serait à nouveau le même,

quelle que soit la situation expérimentale, alors que les apports énergétiques seraient proportionnels à la densité énergétique. Tout se passerait comme si les sujets ajustaient leurs ingesta sur le volume des aliments et non pas en fonction des calories ingérées. Le rassasiement surviendrait après l'ingestion d'un volume relativement fixe d'aliments que le sujet aurait appris à reconnaître comme suffisant. En dehors des situations de laboratoire, la densité énergétique de l'alimentation dépendrait de son contenu en lipides qui apporterait 9 kcal/g, alors que les glucides et les protéides n'apporteraient que 4 kcal/g. Le degré d'hydratation, qui augmenterait le poids et le volume des aliments sans en modifier le contenu énergétique, et le contenu en fibres en seraient cependant deux autres déterminants essentiels. Différentes études d'intervention randomisées, ayant fait l'objet de plusieurs méta-analyses, démontreraient qu'une alimentation *ad libitum* restreinte en lipides et riche en glucides s'accompagnerait d'une réduction de l'apport calorique spontané et d'une réduction de poids modeste mais significative (16 g/jour correspondant à une perte de 2,9 kg en 6 mois en moyenne, pour une diminution de 10 % de l'apport en lipides).

Le palatabilité et la diversité alimentaire seraient deux autres caractéristiques susceptibles de favoriser une surconsommation énergétique. Le remplacement de la nourriture monotone des rats de laboratoire par une grande variété d'aliments augmenterait la consommation calorique et la prise de poids des animaux. Chez l'homme, l'augmentation expérimentale de la variété des aliments proposés – différents sur le plan sensoriel mais de composition nutritionnelle et de densité énergétique identiques – serait associée à une augmentation des ingesta caloriques et à une prise de poids. Quelques études de consommation montreraient une relation positive entre la diversité des aliments (le nombre d'aliments différents) consommés à l'intérieur de chaque groupe alimentaire et les apports caloriques attribuables à ce groupe d'aliments. De façon intéressante, la diversité à l'intérieur des groupes de produits à forte densité énergétique serait associée à une corpulence plus élevée, alors que la diversité des aliments du groupe des légumes serait inversement associée au poids.

La capacité à compenser un apport énergétique par une diminution des apports lors du repas suivant serait moins bonne si la charge devait être consommée sous forme liquide plutôt qu'ingérée sous forme solide. En dessous d'une certaine consistance, les ingesta dépendraient plus des mécanismes de régulation hydrique que ceux impliqués dans la régulation énergétique et les calories seraient mal prises en compte. Expérimentalement, l'incorporation de fibres à l'alimentation s'accompagnerait d'une augmentation du rassasiement et de la

satiété, expliquée par leurs effets sur la densité énergétique des aliments. D'autres mécanismes seraient également susceptibles d'avoir un effet satiétogène : augmentation du travail et du temps nécessaire à la mastication du fait de leurs caractéristiques physico-chimiques (viscosité), diminution de la palatabilité, modification de la vidange gastrique, augmentation de la phase intestinale de la digestion des nutriments. Ces données prendraient toute leur importance si l'on considèrerait que la moitié des adultes et la plupart des adolescents américains (65 % des filles, 74 % des garçons) consommeraient des boissons sucrées de façon quotidienne. En France, la consommation des boissons sucrées serait pour l'instant inférieure à ce qu'elle serait dans les pays anglo-saxons (570 ml/jour chez les adolescents américains) mais atteindrait tout de même 98 ml/jour en moyenne chez l'adulte et 200 ml/jour chez les adolescents. Dans une étude transversale, la consommation énergétique totale chez les enfants qui consommeraient des boissons sucrées serait supérieure de 10 % à celle des enfants qui n'en consommeraient pas²²⁵.

Enfin, des travaux expérimentaux indiqueraient que les différentes familles d'acides gras pourraient avoir des effets différents sur la régulation pondérale et sur les processus de différenciation et d'hypertrophie adipocytaire. Les acides gras saturés et mono-insaturés seraient moins satiétogènes, s'accompagneraient d'une moindre thermogénèse postprandiale et seraient plus efficaces que les acides gras polyinsaturés (AGPI) pour induire une prise de poids chez l'animal. Les AGPI n-3 auraient un effet protecteur vis-à-vis de la prise de poids plus important que les n-6. D'un autre côté, certains acides gras pourraient favoriser l'hyperplasie par le biais d'une activation de PPAR- γ .

Concernant les dépenses énergétiques totales, les chercheurs les subdiviseraient en 3 composantes : le métabolisme de repos ou basal (MB), mesuré le matin en décubitus dorsal à jeun, 10 à 12 heures après le dernier repas : il correspondrait à la dépense énergétique de maintien de l'organisme sans activité physique ; la thermogénèse postprandiale, c'est-à-dire l'augmentation de la dépense énergétique de repos consécutive à une prise alimentaire ; et l'activité physique qui constituerait la composante la plus variable de la dépense énergétique totale et pourrait représenter 20 à 50 % du MB.

²²⁵ Simon C., 2004, « Alimentation, gain de poids et obésité », in Basdevant A., Guy-Grand B., (dir.), *Médecine de l'obésité*, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », Paris, p. 55.

Le métabolisme de repos augmenterait quasi linéairement avec le poids corporel. La corrélation avec la masse maigre serait plus élevée qu'avec le poids : dans un groupe hétérogène d'individus d'IMC variables, environ 80 % de la variance de la dépense énergétique de repos serait expliquée par l'activité métabolique de la masse maigre (viscérale et musculaire). Le fait que le métabolisme serait plus élevé – en valeur absolue – chez le sujet obèse que chez le sujet mince s'expliquerait par une masse maigre (en valeur absolue) augmentée, mais également par un degré de renouvellement (*turnover*) protéique de la masse maigre viscérale plus élevé chez l'obèse que chez le sujet mince. Il serait difficile en pratique de mesurer le MB de tous les patients obèses qui se présentent en consultation, car ceci nécessiterait l'utilisation d'un calorimètre indirecte très onéreux. Par conséquent, en clinique, le MB serait souvent estimé à partir d'équations de prévision basées sur l'anthropométrie – poids + taille) ainsi que deux paramètres qui auraient une grande influence sur le MB (l'âge et le sexe). Les formules d'Harris et de Benedict, les tables de Fleisch et les formules publiées par les experts de la FAO/OMS seraient les plus utilisées. Plusieurs algorithmes de calcul du MB auraient été publiés, mais ils auraient rarement fait l'objet de validations chez l'obèse, à quelques exceptions près. D'une manière générale, les équations basées sur l'anthropométrie seraient simples à utiliser, mais elles surestimeraient les valeurs de MB – de l'ordre de 5 à 10 % –, selon l'ampleur de l'excès de poids corporel. Afin de tenir compte de ce biais, un facteur d'ajustement vers le bas aurait été récemment préconisé pour rendre plus fiable le calcul chez les obèses. Différentes approches seraient possibles :

- Correction du MB, fondée sur le degré d'excès pondéral : on introduirait dans l'équation de calcul non pas le poids actuel du patient obèse, mais son excès de poids au-dessus de la valeur normale divisée par deux, par exemple : 90 kg (excès de 30 kg) : $60 + 30/2 = 75\text{kg}$, valeur introduite dans l'équation ;
- Correction fondée sur la base de l'IMC : une unité d'excès d'IMC par rapport à la valeur de référence (IMC = 22 kg/m²) engendrerait une réduction de 1 % de la valeur calculée. Par exemple : 90 kg (excès de 30 kg, soit 10 unités d'IMC) : MB calculé sur 90 kg moins 10 % (*0,9).

Au-delà d'un IMC de 35 kg/m², la mesure du MB par calorimétrie serait souhaitable, voire indispensable.

L'importance quantitative de la réduction de la thermogénèse postprandiale chez l'obèse ne concernerait environ qu'un tiers des patients et ne représenterait qu'environ 10 % de la dépense énergétique totale, soit la part la plus faible. Une anomalie de la thermogénèse postprandiale serait susceptible d'expliquer environ 100 à 150 kcal d'épargne calorique par jour, ce qui potentiellement représenterait une prise de poids théorique liée à ce trouble de l'ordre de 5 à 10 kg.

Le niveau d'activité physique (AP) pourrait être grossièrement évalué en calculant le rapport entre la dépense énergétique totale et le MB sur une période de 24 heures : par exemple un obèse qui dépenserait 2 700 kcal/jour avec un MB à 1 800 kcal/jour aurait un niveau d'AP de 1,5 (2 700/1 800). Cet index présenterait de sérieuses limitations, pointées par les spécialistes, compte tenu de la difficulté méthodologique d'évaluer le niveau d'AP dans la vie de tous les jours d'une manière non invasive et non perturbante.

II.1.2.5. L'approche clinique de parcours psychosomatiques singuliers par entretiens

Le contexte psychologique d'un sujet obèse serait indissociable du contexte social de médicalisation généralisée du poids et du comportement alimentaire. Il faudrait en évaluer le retentissement sur l'histoire personnelle du patient, occultée par la stéréotypie de l'entrée en matière d'un obèse lors de sa première rencontre avec le psychologue clinicien d'un service de nutrition ou d'un praticien installé en libéral : « Je suis mal dans ma peau parce que je suis trop gros et je n'arrive pas à faire mon régime ». Le poids serait l'arbre qui cacherait la forêt existentielle que l'évaluation psychologique devrait défricher.

Les spécialistes de l'approche en termes de troubles du comportement alimentaire distingueraient schématiquement trois grands cas de figure²²⁶ :

- L'obésité constitutionnelle : le sujet aurait moins de 40 ans. Il serait né plus gros que les autres dans une famille d'obèses où la nourriture, source de vie, et l'appétit seraient signes de santé. La génétique le prédisposerait à vivre plus gros que les autres comme ses parents mais la prévention se serait interposée. L'enfant aurait été propulsé dans le cycle des régimes restrictifs par le pédiatre ou la médecine scolaire – parfois à la faveur d'une hospitalisation motivée par autre chose – avec un

²²⁶ Le Barzic M., 2004, « Les déterminants psychologiques de l'obésité », in Basdevant A., Guy-Grand B., (dir.), *Médecine de l'obésité*, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », Paris, p. 65.

autoritarisme et une brutalité variables en fonction du rang social de la famille. La plupart des obésités massives appartiendraient à cette catégorie ;

- L'obésité réactionnelle : l'entretien psychologique mettrait en évidence l'existence de circonstances existentielles authentiquement « déclenchantes » (séparations, maladies, conflits, traumatismes, *etc.*) telles qu'elles auraient été décrites par Hilde Bruch, qui seraient intervenues dans le passé, dans la vie adulte ou pendant l'enfance. Deux grands cas de figure pourraient se présenter : dans le premier cas pour des raisons qui tiendraient aux caractéristiques personnelles du sujet (mode de fonctionnement dit psychosomatique) ou à celles de son entourage (dénî de la réalité psychologique et affective d'autrui), la manifestation somatique serait l'expression de la souffrance psychique. Dans le second cas, la souffrance psychologique se traduirait par une symptomatologie dépressive diffuse qui affecterait discrètement divers secteurs de l'existence et s'accompagnerait d'une prise de poids qui monopoliserait l'attention. Le cercle vicieux des régimes aggraverait d'autant plus le poids qu'il reposerait sur un déni d'une douleur psychique, cette dernière devenant d'autant moins accessible qu'elle serait enkystée et que, le temps passant, elle deviendrait anachronique ;
- L'obésité conséquence des régimes : la prise de poids serait directement la conséquence de la pratique des régimes encouragée par l'idéologie de la minceur conjuguée à la normalisation médicale des corpulences qui considérerait comme déviants les poids qui s'écarteraient de la norme. Ce mode d'entrée dans l'obésité serait particulièrement fréquent chez les femmes. Elles auraient entrepris leur premier régime à 18 ans parce qu'elles se préoccupaient de leur ligne comme toutes les jeunes filles de cet âge. Leur plantureuse nature n'aurait pas tardé à reprendre ses droits, et leur silhouette ses rondeurs programmées. Mais les médecins auraient considéré les 75 kg comme un excès pondéral et ils auraient prescrit le régime restrictif et les médicaments alors en vogue. Entrée à 20 ans dans la logique infernale des régimes, elles pèseraient 130 kg à 50 ans, seraient percluses de complications rhumatologiques et/ou métaboliques, résistantes à l'amaigrissement et réfractaires à l'équilibre nutritionnel en raison des invincibles accès hyperphagiques vespéraux qui sanctionneraient quotidiennement leurs efforts de contrôle de la journée.

Ces différentes appréhensions, d'une part du statut de l'obésité et de ses causes, et d'autre part, des manières de l'objectiver ne sont pas systématiquement exclusives entre elles en tout point. Considérons par exemple le Dr. Jean-Michel Lecerf²²⁷. Celui-ci admet tout aussi bien, dans son chapitre d'ouvrage²²⁸, l'existence d'une balance énergétique mais réfute l'idée d'une intervention passant par le contrôle stricte de l'alimentation. Le Pr. Philippe Froguel²²⁹, présenté dans la section I.1., affirme quant à lui le caractère prédisposant de la génétique mais réfute catégoriquement l'idée de deux principaux déterminants qui seraient l'alimentation et l'activité physique. Il en va de même pour le Dr. Bernard Waysfeld²³⁰ qui admet le caractère multifactoriel de la maladie sans l'enfermer dans une interprétation exclusive en terme de TCA mais qui par ailleurs s'insurge en entretien contre la mise en statistique des corps :

« Le fait que l'épidémie d'obésité ait pris une telle ampleur, [...] à partir du moment où 50% des gens sont obèses aux États-Unis, la psychologie individuelle passe au deuxième plan. C'est-à-dire que la loi statistique éclipse en quelque sorte la loi individuelle donc on ne voit plus les individus parce qu'ils sont noyés dans la masse dans tous les sens du terme. Ça n'empêche qu'il y a des psychogénèses en pagaille qui sont quand même à la fois intéressantes, relativement stéréotypées, et qui mériteraient plus d'attention pour être efficace préventivement [...] Dans le monde entier on mesure les gens en taille, en largeur, en hauteur, dans tous les sens. On mesure leur masse grasse et on a un peu le sentiment avec la médecine contemporaine qu'une fois qu'on a pris toutes ces mesures, qu'on a été diablement dans le quantitatif, on a en partie résolu le problème. Mais on n'a fait que faire un constat d'huissier, un état des lieux, on n'a rien abordé. Et j'ai envie de dire de même

²²⁷ Jean-Michel Lecerf est médecin endocrinologue, diabétologue, nutritionniste ; professeur associé et chef du service de nutrition à l'Institut Pasteur de Lille ; praticien au service de médecine interne au CHRU de Lille ; membre du conseil administratif de la Société Française de Nutrition ; membre de différents comités scientifiques d'entreprises du secteur privé et de comité de rédaction ; et, expert auprès de l'ANSES pour laquelle il a dirigé l'étude controversée sur les pratiques alimentaires d'amaigrissement parue en novembre 2010.

²²⁸ Lecerf J.-M., 2010, « Bons et mauvais aliments ? Glucides, lipides, lesquels font grossir ? », in Zermati J.-P., Apfeldorfer G., Waysfeld B. (dir.). *Traiter l'obésité et le surpoids*, Odile Jacob, Paris, p. 117-130.

²²⁹ Froguel P., 2010, « Quelle est la contribution de la génétique dans les comportements alimentaires ? », in Zermati J.-P., Apfeldorfer G., Waysfeld B. (dir.). *Traiter l'obésité et le surpoids*, Odile Jacob, Paris, p. 19-30.

²³⁰ Bernard Waysfeld est médecin psychiatre, nutritionniste et co-fondateur du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS). Spécialiste des comportements alimentaires, il est notamment l'auteur de l'ouvrage *Le Poids et le Moi* publié en 2003 chez Armand Colin.

avec les mesures diététiques, ce que certains appellent le *big two*, c'est-à-dire les deux grandes causes, on mange trop, on ne bouge pas assez, on a l'impression qu'on a fait le tour du problème. Mais il y a des gens qui ne mangent pas beaucoup et qui bougent pas mal et qui restent gros. Donc on a une vision un peu mathématique et un peu simpliste de la chose qui est évidemment éminemment complexe » (avril 2010).

Les définitions et les métrologies présentées possèdent un caractère « idéal-typique²³¹ ». Elles peuvent donc admettre des variations individuelles. Ces variations individuelles sont aux fondements de la singularité des engagements experts dont nous avons esquissé les positions dans l'espace public et dont nous pouvons, à la lumière de ces controverses sur le statut et les causes de l'obésité et les moyens de l'objectiver, dégager des scénarios mettant en scène des interprétations concurrentes de l'avenir. Autrement dit, des paris concurrents engagés par les acteurs sur l'évolution de la maladie, de la société et sur l'attribution des responsabilités. Deux scénarios s'affrontent :

- L'obésité serait, pour les uns, un problème majeur de santé publique qui croîtrait dans le temps (plus particulièrement dans ses formes les plus graves) selon un schéma épidémique. Si les pouvoirs publics n'interviennent pas, ces experts prennent le pari que toutes les générations seront touchées et la France prendrait le risque de suivre la voie tracée par les États-Unis qui servent de référence épidémiologique en la matière, d'exemple à ne pas suivre. François-Marie Caron (président de l'Association française de pédiatrie ambulatoire) l'affirme en ces termes dans *L'Est Républicain* du 8 janvier 2009, à la veille de la 5e journée nationale de prévention et d'information contre l'obésité infantile : « Si rien n'est fait, les analystes prévoient qu'en 2020, la France aura rattrapé les États-Unis et ses 32 % d'enfants en surpoids » ;
- Pour les autres, il conviendrait de relativiser l'ampleur du phénomène dans la mesure où tout le monde ne serait pas capable de grossir. Ils misent sur une barrière génétique et physiologique qui marquera la fin de la progression du nombre de personnes obèses. De plus, les données épidémiologiques s'appuieraient, selon eux, sur des seuils qui auraient évolués au fil des enquêtes. Cela participerait à renforcer l'idée qu'une « épidémie » s'installerait alors qu'il en n'en serait rien. Ce qui serait « un véritable scandale c'est la prescription de régimes alimentaires. On a affaire à un vrai problème

²³¹ Max Weber (Weber M., 1992 [1965], *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Pocket, coll. Agora), définit les « idéaux-type » comme « moyens conceptuels pour comparer et mesurer à eux la réalité » (p. 182).

de santé publique. Qui engendre de grandes souffrances et qui concerne 25 millions de personnes en France. Ce n'est pas une coquetterie mais un vrai drame ! Va-t-on donc nécessairement vers le pire ? Il y a forcément un moment où ça va se tasser, où l'on va atteindre une barrière physiologique. Tout le monde n'est pas capable de grossir » (J.-P. Zermati, *La Tribune de Genève*, 18 avril 2009).

Quittons dorénavant la dimension strictement épistémique des controverses et examinons les opérations de traduction²³² auxquelles les experts se livrent pour décliner leur engagement en instruments et dispositifs pour l'action préventive et thérapeutique. Ce passage de la science à l'action publique, de la théorie à la pratique, correspond à la politisation des discours experts, soit à l'évolution d'arguments à dominante épistémique vers des considérations plus axiologiques et organisationnelles. À travers elles, nous pouvons saisir la cohérence des engagements pris et des stratégies définies par les experts pour lutter contre ce qu'ils considèrent comme le ou les problèmes majeurs concernant l'obésité en France.

II.2 – Des traditions préventives hétérogènes : de la santé publique à la table des patients

En matière de prévention, la palette des actions promues diffère : par leurs courroies de transmission (des messages nutritionnelles diffusés à distance par des agences sanitaires nationales et des publicitaires contre des mesures éducatives transmises en face à face par des professionnels de santé), leurs cibles (la population générale, les enfants issus des quartiers populaires, les industries agroalimentaires, *etc.*), leurs modes opératoires (modification des comportements contre modification de l'environnement normatif, urbain, ...), et leurs supports (télévision, internet, fascicules, dispositifs signalétiques urbains, carnet de santé, ...). Nous verrons que les spécialistes de l'obésité s'engagent dans deux directions selon la nature du rapport qu'ils ont à l'obésité et aux sujets obèses (plus ou moins situé ou distancié) et des paris qu'ils tiennent sur l'évolution du « phénomène obésité » : l'un dans lequel ils agissent comme cliniciens, et l'autre dans lequel ils agissent comme conseillers en santé publique.

²³² Callon M., 1986, « Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles St-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de St. Brieuc », *L'Année Sociologique*, numéro spécial, 36, p. 169-208.

II.2.1. La promotion de la santé par la mise en place de campagnes nutritionnelles à destination de la population générale

Une première forme d'action de prévention à destination de la population générale serait les messages nutritionnels, justifiés par l'importance des déterminants comportementaux et environnementaux de l'obésité et par l'accroissement de sa prévalence, en particulier chez les enfants. Ces recommandations²³³ devraient être centrées sur :

- la promotion de l'activité physique dans la vie quotidienne et les loisirs ;
- l'information nutritionnelle visant à réduire les excès caloriques qui dépendraient pour une large part de la densité calorique de l'alimentation (matières grasses) et des boissons (alcool, soda), ainsi que des prises alimentaires en dehors des repas (grignotage).

Elles devraient :

- aller à l'encontre de la promotion actuelle d'un « idéal de minceur » source de désordres du comportement alimentaire, de déséquilibres nutritionnels et de troubles psychologiques ;
- être orienté vers l'équilibre alimentaire et l'activité physique et exclure toute référence à la notion de « poids idéal ».

D'autres actions de prévention devraient également :

- s'appuyer sur l'éducation nutritionnelle à l'école et au collège ;
- être relayées par les organismes chargés de l'éducation pour la santé ;
- être orientées vers les secteurs de la population particulièrement affectés par l'augmentation de la fréquence des obésités (sujets jeunes et milieux défavorisés) ;
- privilégier les interventions au niveau local en raison d'une plus grande prévalence de l'obésité dans certaines régions, en particulier dans le Nord de la France.

Il serait recommandé de :

²³³ AFERO, ALFEDIAM, SNDLF, 1998, « Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 33, p. 5-9 ; Basdevant A., 2004, « Recommandations », in Basdevant A., Guy-Grand B., (dir.), *Médecine de l'obésité*, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », Paris, p.387-391.

- lutter contre la publicité et les allégations nutritionnelles trompeuses dans le domaine du contrôle du poids ;
- établir avec l'industrie agroalimentaire et la grande distribution un code de bonne pratique dans le domaine de la communication nutritionnelle, en particulier celle destinée aux enfants et aux adolescents ;
- améliorer l'étiquetage des produits alimentaires pour le rendre lisible et compréhensible pour les consommateurs.

L'objectif central serait d'éviter la prise de poids non seulement chez les sujets non obèses, mais également chez les sujets en surpoids. La prévention de la reprise de poids chez le sujet obèse serait à la jonction de la médecine de soin et de la médecine préventive. Partant des éléments précédemment évoqués, les tenants de cette approche fixeraient aux campagnes de prévention les objectifs suivants :

- prévenir l'apparition d'un surpoids chez les sujets de poids normal ;
- éviter la progression du surpoids vers l'obésité ;
- prévenir la rechute chez les sujets en surpoids ou obèses qui auraient perdu du poids ;
- prévenir l'apparition des complications de l'obésité, en particulier des maladies métaboliques, cardiorespiratoires, ostéo-articulaires, et des cancers.

S'appuyant sur une définition médicale et épidémiologique de l'obésité, la prévention au niveau de la population reposerait sur des mesures visant à réduire l'exposition de la population aux deux facteurs d'environnement qui seraient principalement impliqués dans le développement de l'obésité : la sédentarité et les déséquilibres alimentaires. Les stratégies développées pour réduire l'exposition de l'ensemble de la population incluraient, entre autres, l'éducation, l'information du consommateur, la politique de la ville, l'alimentation collective et pourraient impliquer des actions réglementaires. Les campagnes de santé publique pour la population générale devraient privilégier la référence au bien-être, à la santé plutôt qu'à la pathologie. Elles éviteraient les messages au contenu normatif en terme de poids ou d'IMC. Elles s'adapteraient aux groupes particulièrement affectés par les conséquences des déséquilibres alimentaires : les populations défavorisées, les populations migrantes, les jeunes. Elles relèveraient d'une responsabilité partagée : les consommateurs et leurs associations, les élus, les collectivités locales, les mairies, les gouvernements, la Sécurité sociale et les mutuelles, les industriels et commerçants de l'agroalimentaire, les distributeurs devraient intervenir chacun avec leurs spécificités mais de manière cohérente. Les objectifs et

les modalités d'application de ces campagnes devraient être réalistes, acceptables et évaluables. Il s'agirait de fixer des objectifs simples et mesurables plutôt que de viser un optimal théorique. D'une manière générale, les messages devraient valoriser ce qu'il y a de positif dans notre culture culinaire ainsi que dans notre modèle alimentaire traditionnel, dans la mesure où cela s'avèrerait compatible avec une situation nutritionnelle et sanitaire favorable, par rapport à d'autres modèles, en particulier nord-américain, dont nous saurions, d'après les épidémiologistes nutritionnels, qu'il favoriserait le développement des pathologies métaboliques et nutritionnelles. La communication serait orientée sur l'alimentation diversifiée et équilibrée ainsi que sur la promotion de l'activité physique et d'une « alimentation-santé » sans se focaliser sur l'obésité.

Ces différentes recommandations se sont traduites en France par la mise en place de différentes actions préventives, *via* le PNNS et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), que nous avons déjà pu évoquer succinctement dans la première partie de ce manuscrit. Nous tenterons ici d'en détailler quelques-unes, les plus emblématiques, sans pour autant viser l'exhaustivité tant ces préconisations ont pu faire l'objet de réappropriations diverses aux niveaux national et local de l'action publique.

S'agissant des produits alimentaires, ce serait plus la façon dont nous les utiliserions que les produits eux-mêmes qui conduiraient à l'obésité. Néanmoins, les spécialistes considèreraient que la qualité de certains produits poserait problème. Les produits les moins coûteux seraient souvent les plus denses sur le plan énergétique. Le volume des portions, la densité calorique et la composition des plats préparés (teneur en gras, sel, sucre, *etc.*) seraient des éléments clés. Le combat contre l'obésité ne pourrait être gagné sans travailler à la fois sur les comportements alimentaires et sur la qualité des produits. L'homme se réconcilierait avec ses aliments pour gagner la bataille du comportement alimentaire si la société lui fournissait des produits de qualité dont la mémoire biologique correspondrait à ses besoins physiologiques. Il semblerait donc indispensable de favoriser l'accessibilité de tous à des aliments issus d'une agriculture qui intégrerait des objectifs de nutrition (et notamment la maîtrise du ratio entre oméga-6 et oméga-3). Ainsi, le comité de pilotage du PNNS, en partenariat avec les représentants des industries agroalimentaires, a mis en place en 2008 des chartes d'engagements nutritionnels. Trente-quatre de ces chartes ont été signées entre 2008 et juillet 2013 sur la base du volontariat selon un cahier des charges²³⁴ et un code de communication²³⁵

²³⁴ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/referentiel_chartes.pdf

précis. Pour les initiateurs de cette proposition, tout l'enjeu serait d'arriver à intégrer dans le dispositif la majorité des produits d'une entreprise, pas uniquement des gammes « allégées » ou « *light* », souvent plus onéreuses et touchant une part seulement de la population. Néanmoins, pour être pleinement opératoire, cette volonté d'amélioration de la composition des produits ou encore de la taille des portions nécessiterait aussi l'élaboration d'un outil de contrôle et d'évaluation des progrès réalisés. C'est la mission qui fût attribuée à l'observatoire économique de l'offre et de la qualité nutritionnelle de l'alimentation, intitulé Oquali, créé en février 2008. Au-delà du seul volontariat, la proposition initiale était d'assurer aux entreprises signataires une contrepartie financière sous la forme d'exonération partielle de la taxe dédiée au Front National de la Promotion de la Nutrition (FNPN) : « Si les engagements ont été respectés, les sociétés concernées seront exonérées jusqu'à 75 % de leur cotisation pour une période de 3 ans²³⁶ ». Cette proposition ne sera pas suivie d'effet suite au blocage de l'ANIA refusant la mesure qualifiée de « coercitive » d'une taxe supplémentaire dans un contexte économique difficile pour les industriels. Quoi qu'il en soit, le rejet de la création d'un FNPN aurait amputé le dispositif de signature des chartes de progrès nutritionnel de sa capacité d'incitation économique pour conserver uniquement le levier du volontariat et le bénéfice du « soutien immatériel de l'État²³⁷. » En effet, la contrainte réglementaire ne serait pas non plus de mise. Comme le rappellera ultérieurement le rapport de l'INRA de juin 2010 sur les comportements alimentaires : « les chartes d'engagement n'ont pas de statut juridique. Elles ne sont donc pas opposables en justice et le non-respect des engagements ne conduit pas à des sanctions formelles²³⁸ ». De plus, l'intérêt des entreprises à la signature de ces chartes se limiterait à pouvoir « revendiquer auprès des consommateurs les efforts annoncés dans le cadre de ces chartes. La mention “Entreprise engagée dans une démarche nutritionnelle encouragée par l'État (PNNS)” peut être utilisée à condition d'être accompagnée d'un

²³⁵ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/lignes_directrices_nutrition_sante.pdf

²³⁶ Hercberg S., 2006, *Éléments de bilans du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2. Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France*, Rapport au Ministère de la santé et des solidarités, p. 182.

²³⁷ Ce soutien ne donnerait lieu à aucun paiement en espèce, ni à aucun avantage financier ou fiscal (Hespel v., Berthod M., 2008, *La pertinence et la faisabilité d'une taxation nutritionnelle*, Rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales, juillet, p. 43).

²³⁸ INRA, 2010, *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions pour quels effets*, Rapport de l'expertise scientifique collective pour le Ministère de l'Alimentations, de l'Agriculture et de la Pêche, juin, p. 50.

étiquetage nutritionnel²³⁹ ». Dans les faits, tout semble indiquer que les entreprises utiliseraient peu cet argumentaire en direction des consommateurs finaux, dans la mesure où certaines contraintes existeraient en matière d'usage publicitaire d'éléments liés au PNNS.

S'agissant de l'information auprès des consommateurs et des populations « sensibles », un débat fût initié sur les conditions dans lesquelles les messages publicitaires concernant l'alimentation seraient diffusés. Nous l'avons vu au sein de notre première partie, ce débat avait pour objectif de lutter contre les publicités trompeuses et mensongères dans le domaine des allégations nutritionnelles vantées par les industriels de l'agroalimentaire, notamment lors des programmes à destination de la jeunesse. Il découlera de ces affrontements, depuis le 28 février 2007, l'obligation par la loi (sauf à s'acquitter d'une taxe) aux marques de produits alimentaires d'introduire les messages sanitaires suivants dans leurs publicités et autres outils de communication : « Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour » ; « Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière » ; « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé » ; « Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas ». Ces quatre messages doivent apparaître en alternance et de manière proportionnelle²⁴⁰. Cette perspective s'appuie notamment sur « l'espoir (...) que les enfants soient perméables à l'éducation et aux messages intelligents » pour faire en sorte qu'ils « soient capables d'éduquer à leur tour leurs propres enfants²⁴¹ ». Chacun de ces messages sont le fruit d'une collaboration étroite entre les experts du comité de pilotage du PNNS et les responsables de la communication à l'INPES. Avec « les études épidémiologiques (...) on voit des résultats en terme d'état de santé (...) mais une étude épidémiologique ne fournit pas tous les éléments qui vont permettre de dire comment mettre en œuvre telle ou telle action pour qu'elle soit acceptée par la population, pour qu'elle soit comprise par le groupe particulier X ou Y. On a besoin aussi de (...) la communication (...) qui cristallise pas mal de choses²⁴² ». Par cet énoncé, ce responsable du PNNS à la DGS pointe la capacité des experts à produire des connaissances susceptibles de décrire le problème de l'obésité et ses

²³⁹ INRA, 2010, *op.cit.*

²⁴⁰ À l'inverse, certaines boissons et aliments en sont dispensés : le thé, le café, les tisanes, la chicorée, les jus de fruits et le lait (si ces produits sont sans ajout de sel, sucre ou d'édulcorant de synthèse) ; les produits bruts tels les fruits et légumes, œufs, épices et aromates ; les produits justes découpés ou hachés (viande fraîche ou poisson), congelés ou surgelés et/ou mis en conserve sans aucun ajout hormis de l'eau.

²⁴¹ Extrait d'entretien avec un médecin endocrinologue/nutritionniste, responsable à l'observatoire de l'obésité (Obobs).

²⁴² Extrait d'entretien d'un représentant du PNNS à la DGS, médecin de santé publique.

conséquences sanitaires. Toutefois, il fait également émerger les difficultés de ces sciences à élaborer les dispositifs de communication qui sont tout autant d'instruments d'action publique²⁴³ susceptibles de soutenir leur politique préventive. Les épidémiologistes produiraient des savoirs « valides » et les communicants auraient la responsabilité de les « traduire » en messages de prévention. Ces disciplines se juxtaposeraient alors dans leurs fonctions : « dans des sciences un peu plus dures (...) on va se retrouver avec des données suffisamment solides pour dire voilà ce qu'on peut préconiser réellement aujourd'hui (...) Sur l'information que l'on doit transmettre, la façon de la transmettre, *etc.* Il n'y a pas de sciences dures là-dessus (...) la communication » prendrait ici « une part importante²⁴⁴ ». Le marketing, qui, dans le sens commun, aurait « pour vocation de faire naître un certain nombre de désir par rapport à des produits (...), d'être un vecteur favorisant l'obésité dans certains cas », pourrait tout aussi bien être un « outil utilisé à bon escient pour combattre ce fléau²⁴⁵ ». Par exemple, si le chiffre de cinq fruits ou légumes aurait été retenu, c'est parce que cela correspond à une consommation de 400 grammes par jour, soit la quantité qui, dans les études (notamment Su.Vi.Max), serait associée à un moindre risque de cancer ou de maladies cardiovasculaires.

A cela s'ajoute la diffusion à grande échelle, *via* notamment le site internet manger-bouger (<http://www.mangerbouger.fr/>), de guides alimentaires et de documents de communication réaffirmant les principes de base d'une alimentation équilibrée et diversifiée, également déclinés en fonction des populations à partir des connaissances expertes brossées dans la section II.1.1.1. Il y a le « guide alimentaire pour tous » (*cf.* image ci-dessous), le guide ados, le guide parents, le guide pendant et après la grossesse, le guide à partir de 55 ans, *etc.*

²⁴³ Lascoumes P., Le Galès P. (dir), 2004, *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences-Po, Paris.

²⁴⁴ Extrait d'entretien d'un représentant du PNNS à la DGS, médecin de santé publique.

²⁴⁵ Propos tenus par Joël Bree (professeur en sciences de gestion à l'université de Caen et à la Rouen Business School) lors du colloque « Enfant, Alimentation, Marketing » du 26 novembre 2010.



Page de garde du guide alimentaire pour tous accessible à cette adresse :
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/581.pdf>

Enfin, s'agissant de la promotion de l'activité physique (AP) et de la lutte contre la sédentarité, la parution en 2008 du Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS), articulé au PNNS, fait la promotion du « sport-santé » comme pierre angulaire de toutes politiques de santé publique. Il participe de ce mouvement promouvant la santé en « encourageant chacun à reprendre progressivement sa liberté de mouvement » (p.15). Ceci se manifeste notamment par la dernière campagne signalétique mise en œuvre par l'INPES indiquant, depuis le 25 septembre 2010, des lieux dans la ville de Paris et leur distance (énumérée en unité de temps) à parcourir à pied (*cf.* image ci-dessous). Ce dispositif fut étendu à d'autres villes ou agglomérations de France (Lyon, Bordeaux, Marseille, Lille, Nice, Nantes, Nancy et Meaux) le 15 novembre 2010. A terme, il devrait être progressivement déployé dans tout le pays.



Ce dispositif s'est également vu accompagné d'un spot télévisé de 35 secondes diffusé en novembre 2011, et reprogrammé sur les chaînes du 26 avril au 13 mai 2011. Le synopsis délivré par l'INPES décrit ceci :

« Le jour se lève sur une ville. Le spot TV met en scène des personnes que l'on filme dans leur activité de tous les jours : un homme promène son chien au petit matin, deux ouvriers vont travailler en vélo, un vieux monsieur revient des courses, deux jeunes filles font du lèche vitrine, des jeunes attendent à l'entrée d'une discothèque. Un peu partout dans la ville, des messages parfaitement intégrés au décor (tag, panneaux publicitaires, mur d'immeuble, camion) viennent révéler les nombreuses occasions que la ville offre pour faire 30 min d'activité par jour (promener son chien : 20 min, monter 4 étages à pied, aller au travail à vélo : 18 min, boulangerie : 5 min à pied, aller à la supérette : 6 min, kiosque à journaux : 7 min, shopping : 30 min de marche, se garer et continuer à pied : 15 min, retrouver des amis : marcher 10 min, danser : 1 heure). Le film se termine sur un plan d'immeubles avec des néons indiquant « Bouger 30 minutes par jour c'est facile ».

II.2.2. Dépister et sensibiliser les sujets à risque dans le cadre des consultations en soins primaires

Une seconde forme d'action préventive, admettant là aussi une définition large et intégrative de l'obésité, passerait par l'accompagnement des parents pour qu'ils guident les choix

nutritionnels des jeunes enfants, par l'identification des conduites alimentaires à risque, en particulier chez l'adolescent, par l'incitation répétée à la pratique d'une activité physique. Le médecin généraliste aurait ici un rôle important à jouer. Il serait, en France, le médecin des soins primaires : il recevrait en première intention, sans distinction de motif, d'âge ou de sexe, toute personne qui souhaiterait prendre un avis médical. Le dispositif de Sécurité sociale, par l'entremise de la convention médicale et du remboursement, faciliterait l'accès aux soins primaires et placerait le généraliste au centre du système de prévention et de soins. Toutes tentatives de prévention au travers des comportements ne pourraient se limiter à l'enfant mais devraient porter sur la niche écologique qui l'entoure dans son ensemble. Le médecin généraliste serait en situation privilégiée pour assurer ce travail car son activité professionnelle serait trans-générationnelle et sa dimension d'omnipraticien le placerait comme interlocuteur privilégié dans la coordination des compétences relevant de la spécialisation.

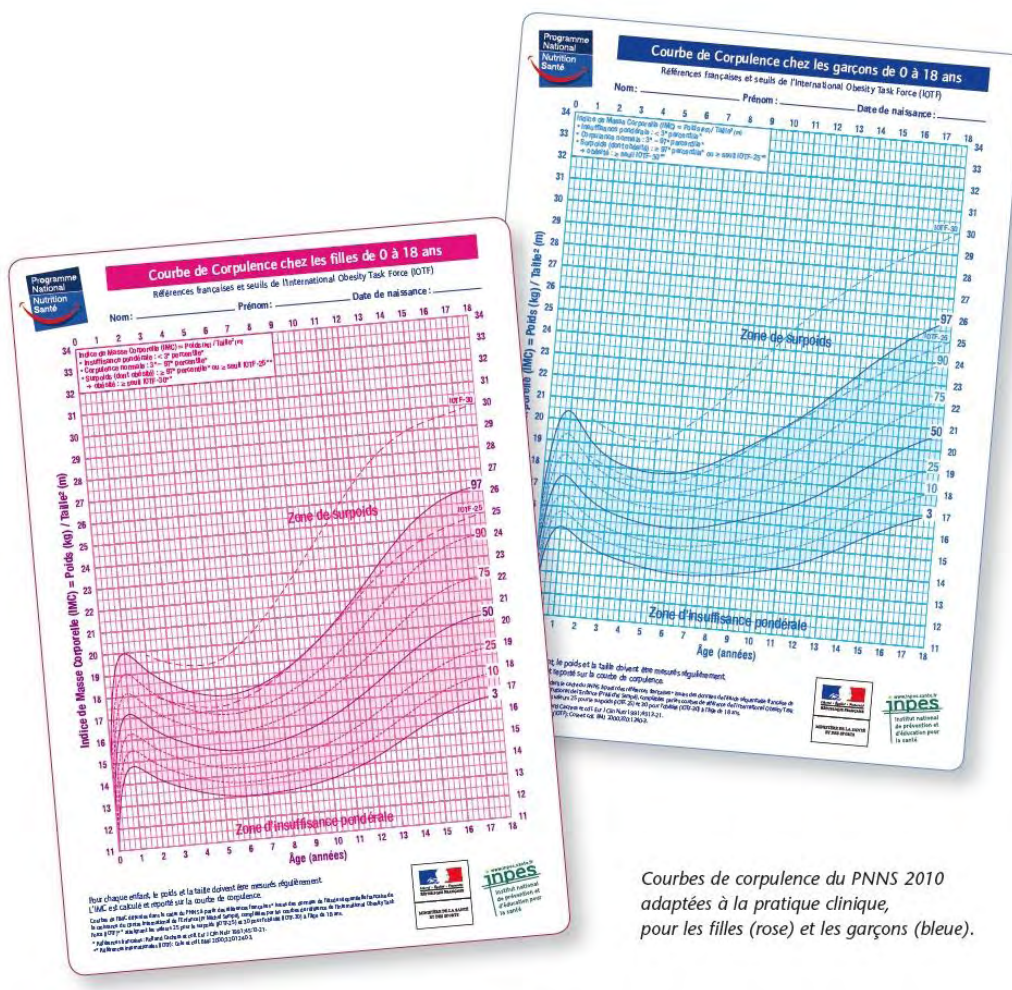
L'obésité se constituerait progressivement, par étapes, elle s'annoncerait. Il serait exceptionnel qu'une personne prenne brutalement beaucoup de poids²⁴⁶. Le médecin généraliste serait un observateur privilégié pour dépister précocement les sujets et les situations à risque et pour mettre en place une stratégie de prévention. Plus l'intervention serait précoce, plus elle aurait de chances d'être efficace. Mais cette intervention devrait être circonstanciée et prudente. Cette vigilance serait au fondement de cette forme de prévention de l'obésité et devrait s'exercer à trois niveaux : chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez les nourrissons, le rôle du médecin généraliste serait de dépister les maladies génétiques auxquelles s'associeraient une obésité précoce, mais ce serait des situations rares. Deux syndrômes domineraient : le syndrome de Bardet Biedl et celui de Prader-Willi. Le premier serait le plus souvent évoqué à la naissance par les pédiatres, en particulier devant une syndactylie ou une polydactylie. Le diagnostic du second reposerait en grande partie sur l'hypotonie de l'enfant qui, allongé dans la paume de la main, reposerait comme une chiffon molle contrairement à l'attitude habituelle du nourrisson qui contracterait son dos pour se redresser. La prise en charge précoce de ces enfants en milieu spécialisé améliorerait le

²⁴⁶ Cornet P., 2004, « Le médecin généraliste et la prévention, le dépistage et la prise en charge des obésités », in Basdevant A., Guy-Grand B., (dir.), *Médecine de l'obésité*, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », Paris, p. 394.

pronostic évolutif. En dehors de ces situations d'obésités génétiques, l'essentiel serait de s'assurer de la qualité de l'alimentation du nourrisson, afin de délivrer des messages d'information nutritionnelle simples, clairs et validés concernant le devenir des enfants au regard des préoccupations alimentaires des parents.

Chez les enfants, le suivi de l'évolution pondérale serait fondamental (*cf.* image ci-dessous). L'âge du rebond pondéral en serait un élément clé. Le suivi reviendrait aux médecins de soins primaires – médecins généralistes et pédiatres – ainsi que les praticiens de la médecine scolaire. Les enfants les plus à risque se trouveraient dans les milieux sociaux les plus défavorisés, ce qui contribuerait à accroître la responsabilité du généraliste et des médecins de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui assureraient le suivi des enfants de ces populations les plus démunies. L'information nutritionnelle et les recommandations pour l'activité physique devraient être développées. La promotion précoce et répétée des activités physiques et du sport pour l'enfant serait la meilleure garantie pour qu'ils se constituent des habitudes. Le médecin devrait s'intéresser au niveau d'AP des enfants et ne pas céder aux demandes abusives d'exemption de sport scolaire en faisant valoir les bénéfices physiques et psychologiques que l'enfant pourrait en tirer. Des événements familiaux douloureux, deuil ou séparation, un bouleversement personnel de l'enfant, voire un état dépressif, en modifiant les conduites alimentaires, pourraient également être identifiés comme facteur déclenchant ou favorisant la prise de poids.



Courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique, pour les filles (rose) et les garçons (bleue).

Chez les adultes, dépister et prévenir les risques d'obésité reviendrait à résoudre une équation à deux inconnues : quels sont les sujets prédisposés qui, mis en situation à risque, développeraient une obésité ? Le médecin distinguerait les deux termes : les sujets à risque et les situations précipitantes. Les sujets à risque se caractériseraient, entre autres, par : le contexte familial, impliquant aussi bien la génétique que les comportements, et l'antériorité d'une surcharge pondérale. Le fait d'avoir été obèse, d'avoir maigri, parfois plusieurs fois (effet « yo-yo »), serait un facteur de risque de reprise de poids dans une situation prédisposante. Les situations à risque seraient d'ordre évènementiel, comportemental, environnemental et iatrogène. Plusieurs situations prédisposantes pourraient se combiner pour favoriser la prise de poids : telle femme qui, pour une grossesse, cesse de fumer et réduit beaucoup son activité physique ; tel homme qui perd son emploi, déprime et boit de façon excessive, etc.

Le dépistage des sujets et des situations à risque permettrait une intervention précoce avant que ne se constitue l'obésité. Mais les médecins rappelleraient que toute intervention

thérapeutique brutale sur le symptôme « poids » risquerait d'aggraver l'évolution ascendante de la courbe de poids : « l'enfer pondéral des personnes obèses est souvent pavé de trop bonnes intentions médicales !²⁴⁷ ».

II.2.3. Prévenir par l'éducation thérapeutique et la formation des professionnels de santé

En contre-point d'une promotion de la santé par la mise en œuvre de campagnes nutritionnelles, des spécialistes promeuvent une action préventive privilégiant l'éducation thérapeutique et la formation des professionnels de santé aux spécificités de l'obésité. Ils considéreraient que les politiques actuelles de prévention s'appuieraient sur des conceptions d'ordre diététique. Préconisations qui conduiraient à s'alimenter sur un mode réflexif : l'individu devrait choisir ses aliments, les modes de préparation, les quantités consommées, la fréquence de consommation par le moyen d'une réflexion consciente s'appuyant sur des recommandations d'experts institués. Cela s'opposerait à une alimentation intuitive, fondée sur l'écoute et le respect des sensations et des émotions alimentaires, qui seraient l'expression des besoins physiologiques et psychologiques de l'individu. Traiter les problèmes d'obésité et de surpoids sans s'occuper des émotions présentes et passées, et de leurs liens avec le comportement alimentaire reviendrait à s'occuper de l'arbre sans voir la forêt. Le fait de confondre ce qui relèverait de la préservation de la santé et ce qui relèverait de la gestion du poids conduirait à croire qu'il serait nécessaire ou suffisant de manger équilibré pour perdre du poids, ce qui serait, selon eux, inexact. Le discours sur les nutriments se ferait au détriment des valeurs socioculturelles et affectives des aliments. Il donnerait à penser que se nourrir consisterait simplement à ingérer les bons nutriments. Décréter qu'un aliment serait mauvais et, *a contrario*, que d'autres seraient bons serait non seulement faux mais perturberait notre comportement qui devrait être basé sur le désir, le besoin, le plaisir, la fin du plaisir, le rassasiement et le bien-être de la satiété. En adoptant de tels jugements sur les aliments, le risque serait d'induire la culpabilité et son cercle vicieux infernal, surtout chez les sujets restreints. Pire, aujourd'hui, le comportement serait condamné, demain il serait taxé. À moyen terme, ce serait le mangeur qui serait jugé. Et s'il devait être gros, c'est lui qui deviendrait mauvais. La chasse à l'obésité risquerait de se muter en chasse aux obèses. La convivialité, le

²⁴⁷ Cornet P., 2004, « Le médecin généraliste et la prévention, le dépistage et la prise en charge des obésités », in Basdevant A., Guy-Grand B., (dir.), *Médecine de l'obésité*, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », Paris, p. 394.

partage passeraient au second plan, de même que les valeurs culturelles, gastronomiques, religieuses et philosophiques. L'acte alimentaire ne resterait alors socialisé qu'en raison du poids des habitudes, sans qu'il n'y ait plus de justification à cela.

Selon cette approche, la France posséderait des savoir-faire alimentaires faisant partie de son patrimoine culturel et ils devraient être utilisés dans la lutte contre l'obésité. L'éducation alimentaire consisterait en la socialisation des conduites alimentaires et en la promotion d'une alimentation intuitive. Les deux aspects seraient complémentaires :

La socialisation des conduites alimentaires consisterait en la transmission de savoir-faire alimentaires, qui seraient de nature culturelle, propres à chaque pays, région, famille. Ils détermineraient les choix alimentaires (le comestible et le non-comestible), les modes de préparation, les modalités de consommation (la répartition des prises alimentaires, les manières de table), ainsi que les représentations et les valeurs affectives dont les aliments et les préparations culinaires seraient porteurs. Manger sur un mode socialisé aurait un effet régulateur sur la prise alimentaire, et permettrait que le repas contente davantage. Les représentations et les affects dont les aliments seraient porteurs seraient éminemment nourrissants. Le contentement qu'ils procureraient serait l'un des éléments qui rendrait les aliments rassasiants. Les pouvoirs publics pourraient agir utilement en encourageant tout ce qui serait de l'ordre du savoir-faire culinaire, de la convivialité, des arts de table et de la gastronomie. L'éducation alimentaire serait naturellement faite au sein des familles, mais de nombreux parents n'auraient fréquemment plus les habiletés alimentaires requises. Ils devraient être aidés et encouragés dans ce sens. Les repas de famille ou en collectivité devraient être valorisés. La communication pourrait à cet effet mettre en scène des personnes mangeant sur un mode convivial, calmement, en prenant leur temps, partageant une même nourriture, conversant durant le repas, afin de favoriser un apprentissage par modelage. Mais encore faudrait-il, pour pouvoir manger sur un mode convivial, que la personne qui travaille en entreprise, que l'étudiant, que l'enfant scolarisé puisse s'alimenter dans des conditions matérielles satisfaisantes. Les pouvoirs publics seraient dans leur rôle s'ils veillaient à ce que les employeurs, les universités, les écoles octroient à leurs salariés, étudiants, élèves, un temps suffisant pour manger et mettent à leur disposition des lieux adéquats pour ce faire.

Manger sur un mode intuitif consisterait à choisir ses aliments en fonction de critères principalement fondés sur ses appétits spécifiques et ses besoins psycho-émotionnels, à s'appuyer sur ses sensations de faim, de rassasiement et de contentement pour déterminer les

quantités adéquates. La socialisation des conduites alimentaires faciliterait l'alimentation intuitive. Manger ainsi aboutirait à un poids stabilisé au poids d'équilibre ou *set-point*, favoriserait la variété alimentaire, élément d'équilibre nutritionnel et de bonne santé. En direction des enfants et des adolescents, ces spécialistes proposeraient des cours de cuisine à l'école, des ateliers de dégustation pour apprendre à percevoir des sensations alimentaires, apprendre des goûts nouveaux, permettre la variété alimentaire, ainsi que des slogans comme : « À chacun selon sa faim », « Ne finis pas ton assiette si tu n'as plus faim ! », « Gardons une place pour le fromage ou le dessert ».

Afin de libérer l'alimentation des contraintes diététiques qui pèseraient sur elle, il paraîtrait possible selon cette perspective d'envisager d'autres modalités d'apport pour certains micronutriments essentiels. Il pourrait être demandé aux industries agroalimentaires d'enrichir certains aliments de base en certains micronutriments comme cela se pratique déjà pour certains d'entre eux. Par exemple, en France, on enrichirait le sel de table en iode ou en fluor. Dans certains pays, on enrichirait des aliments en acide folique pour prévenir le spina-bifida. Cette stratégie pourrait par exemple être appliquée aux acides gras oméga-3, qui dans l'état actuel des choses, seraient présents en quantité insuffisante dans l'alimentation.

Enfin, les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes, les pédiatres et les médecins scolaires, seraient actuellement formés à délivrer une information diététique. Celle-ci aurait fait la preuve de son inefficacité. Prendre en charge des personnes en difficulté avec leurs poids et leurs comportements alimentaires nécessiterait un travail sur le long terme. Les médecins devraient être informés que toutes les obésités ne seraient pas réversibles et que des tentatives acharnées d'amaigrissement conduiraient à aggraver le surpoids. Les médecins devraient être formés à travailler sur les sensations alimentaires et à aborder les conduites de restriction cognitive. Il serait nécessaire qu'ils sachent également traiter les prises alimentaires déclenchées par des difficultés psycho-émotionnelles, des difficultés d'estime de soi et d'affirmation de soi.

II.2.4. Démédicaliser l'alimentation et les pratiques alimentaires, lutter contre la stigmatisation

Selon cette dernière perspective, la médecine tendrait à faire de la santé un principe supérieur dont elle serait la garante. Elle tendrait à confondre la santé et la vie et à en donner la signification et la valeur la plus haute. La médecine dirait aujourd'hui la vérité du corps, et en

son sein un certain nombre d'« entrepreneurs de morale » crieraient au loup par conviction ou par intérêt. La perception du risque pour la santé ne serait nullement une appréciation objective des menaces, sinon dans l'abstraction des statistiques, mais plutôt la conséquence d'une projection de sens et de valeur sur certains événements, certaines pratiques, certains objets, voués à l'expertise diffuse de la communauté ou des spécialistes. Les formes de danger pointées renverraient en profondeur aux modes de vie, aux valeurs collectives. Elles reflèteraient une morale en acte, une vision du monde. La disposition à prendre des risques ou à les refuser, voire à les ignorer tout à fait, ne répondrait pas au même partage d'une classe et d'une culture à une autre. La mesure « objective » du risque serait donc une fiction politique et sociale, elle se nourrirait d'un débat permanent entre les différents acteurs concernés car elle impliquerait des conséquences économiques et sociales parfois considérables. Pour l'individu, la perception du risque relèverait d'une signification propre, non pas d'un aveuglement ou d'une prétendue irrationalité, mais d'une représentation personnelle. L'estimation profane des dangers en matière de santé s'opposerait fréquemment à l'estimation savante des mêmes situations. Le savoir des experts serait, loin de celui des populations fondé sur d'autres critères d'appréciation, lié à la vie quotidienne, à leur proximité de l'objet, à leur connaissance du milieu, à l'évaluation plus ou moins juste de leurs aptitudes personnelles. Les uns et les autres ne s'inscriraient pas dans la même dimension du « réel ».

Les campagnes de prévention de l'obésité s'attacheraient justement à convaincre les populations de leur méconnaissance des risques « réels » encourus dans la poursuite de tel comportement et à les convaincre de la justesse de l'appréciation savante fondée sur une vision purement rationnelle de l'homme. La démonstration que telle habitude serait néfaste pour la santé devrait en toute logique rationnelle modifier les manières d'être de l'homme afin qu'il s'en prémunisse. La décision de l'acteur serait transformée en équivalent d'une stratégie économique pour le meilleur gain. Mais la vie réelle se déroulerait dans une autre dimension, loin de ce genre de calculs ou d'un utilitarisme propre à l'*homo œconomicus* qui ne seraient que des éléments dans une décision qui impliquerait bien d'autres données, comme la valeur attribuée à une action, le plaisir pris à l'accomplir, l'ambivalence de l'individu, sa recherche de transgression, *etc.* Parfois, la nuance d'un « je sais bien, mais quand même » couperait court à tout autre argument. Averti du danger qu'il court, l'acteur persisterait dans sa conduite à cause du plaisir qu'il y prendrait et de son enracinement dans son identité, par son refus qu'on lui dicte ses faits et gestes ou parce qu'il considérerait que les autres ne seraient pas lui et qu'en ce qui le concerne il ne craindrait rien.

Le comportement alimentaire que le médecin souhaiterait proscrire au nom d'une évaluation normative de la santé et du comportement aurait des bénéfices secondaires essentiels à l'équilibre de vie du sujet : le fait de manger en abondance, par exemple, favoriserait une détente personnelle, ventilerait l'angoisse et le stress, permettrait de lutter contre la peur, la solitude, la souffrance. Bien manger s'insérerait dans la continuité d'une culture, renverrait à l'enfance et au rapport à la table familiale, à la cuisine maternelle, au père, aux pairs. Le plaisir qui lui serait associé serait sans doute plus enraciné dans la santé que la privation qui isole le sujet, le désigne du doigt, le frustre, l'enferme dans la déploration. Ôter le pain de la bouche, sans autre initiative, conduirait à l'échec et à la déploration. La prévention de l'obésité impliquerait que le surinvestissement de la nourriture trouve ailleurs une dérivation pour ne pas altérer le goût de vivre. L'obésité traduirait un manque à être, ce serait là que la prévention devrait agir pour être efficace. La prévention d'un comportement à travers une campagne reviendrait souvent à « blâmer la victime » au risque qu'elle refuse de se reconnaître dans ce qu'elle percevrait comme une moralisation, un jugement de valeur sur son mode d'existence. Les recommandations qui en émanent coïncideraient avec les pratiques d'alimentation quotidiennes et les représentations du corps et de la santé des membres des catégories aisées. En outre elle tendrait à prolonger la stigmatisation, elle la redoublerait en attirant l'attention de l'ensemble de la société sur le comportement à proscrire ou à modifier.

La stigmatisation serait le résultat d'une grille de lecture implicite qui poserait la personne en surpoids comme responsable de sa situation. Une fois cette grille de lecture intériorisée, la palette des solutions se trouverait réduite à ce qui serait le plus visible depuis la décision de la personne : son alimentation et son activité physique. Le risque serait de passer progressivement de la lutte contre l'obésité à la lutte contre le surpoids et de voir le discours médical venir légitimer chez les adolescents et les adolescentes une recherche obsessionnelle de la perte de poids. Une surmédicalisation de l'alimentation contemporaine risquerait de donner des justifications d'apparence scientifique à de telles pratiques. Toutefois, au discours culpabilisateur répondrait l'argumentation des généticiens de l'obésité qui expliqueraient que certains enfants (ou adultes) ont une faim irrépressible qui ne peut être contrôlée aisément par l'éducation familiale et encore moins par les régimes restrictifs dont le taux d'échec serait très élevé. Si ces généticiens avaient raison, et que les causes de l'obésité seraient « à l'intérieur de certains d'entre nous », il conviendrait plutôt que la société protège les personnes vulnérables en assurant la promotion d'un marketing responsable qui n'inciterait pas les mangeurs à la surconsommation alimentaire plutôt que d'assener un discours moralisateur

incitant à « mieux manger » qui serait de peu d'efficacité. De même pourrait-on comprendre que les approches thérapeutiques purement cliniques atteindraient souvent leurs limites en exigeant d'individus prédisposés à l'obésité un effort difficile à maintenir au sein d'un environnement défavorable. Selon les tenants de cette approche, nous pourrions parler d'un « désenchantement de l'alimentation », reprenant la formule de Max Weber. Il tiendrait au fait que, d'un côté, l'aliment serait réduit à sa thermodynamique et sa biochimie (calories et nutriments) tandis que, de l'autre, il serait ramené à son économie (prix modique), son hédonique (sa « palatabilité » basique) et sa commodité d'emploi (réduction maximale de la préparation). L'aliment serait en somme banalisé, trivialisé. Ce serait souvent là où il serait le plus « désenchanté » qu'il ferait le plus problème, lorsqu'il serait ainsi vidé de sa substance sociale et symbolique, lorsqu'il serait renvoyé à un manger machinal, subliminal dont l'épidémiologie en recenserait rapidement les effets pathogènes. L'action préventive devrait passer par le réenchancement de l'acte alimentaire et de l'alimentation. Ce réenchancement ne pourrait bien entendu consister en un simple retour à l'hétéronomie des sociétés archaïques ni en un renoncement à l'autonomie. Il passerait par une double reconnaissance. D'une part, la dimension sociale, chez l'homme, ne serait pas accessoire ni secondaire dans l'acte alimentaire. Elle serait centrale. D'autre part, dans un environnement de pléthore, l'autorégulation consciente et rationnelle par les individus serait au mieux problématique. À l'âge de l'individualisation, le repas en commun serait plus volontiers, dans les esprits, associé à la fête et à l'excès, à l'extraordinaire qu'à l'ordinaire. « En réalité, la commensalité ordinaire aurait une fonction implicite de régulation : qui prendrait part au repas ne serait pas censé manger plus que sa part...²⁴⁸ ».

II.3 – Quelles prises en charge pour quels effets ?

En matière de prise en charge thérapeutique de l'obésité, nous avons été confronté à quatre principales approches incarnées par : le triptyque de l'alimentation, de l'activité physique et de la dimension psychologique abordé du point de vue nutritionnel ; la dimension bio-psycho-sensorielles portant sur les troubles du comportement alimentaire ; les produits médicamenteux ; et, la chirurgie. Certaines font l'objet de dispositifs institutionnalisés dans des réseaux de santé, par exemple, ou sont appliquées sous forme de routines dans des cabinets médicaux, des services hospitaliers ou des centres spécialisés. D'autres, seraient plus

²⁴⁸ Fischler C. Masson E., 2010, « Désenchantement et réenchancement de l'alimentation », in Zermati J.-P., Apfeldorfer G., Waysfeld B. (dir.). *Traiter l'obésité et le surpoids*, Odile Jacob, Paris, p. 363.

circonstanciées, voire conditionnelles, comme les prises en charge médicamenteuses ou chirurgicales. Contrairement aux actions préventives, leur mise en œuvre ne s'adresse qu'aux cliniciens puisqu'elles s'opèrent dans le seul cadre du colloque singulier médecin ou professionnel de santé/patient. Nous verrons que ce rapport privilégié a des implications importantes pour les cliniciens, souvent médecins, et pour tous les protagonistes engagés dans les controverses. Suffisamment pour que nous prenions le temps en conclusion de systématiser la différence entre les deux catégories empiriques d'experts cliniciens et/ou conseiller en santé publique. Enfin, nous avons conscience qu'une bonne part des individus en quête d'amaigrissement, obèses ou non, procèdent à une forme d'automédication qui consisterait à suivre des régimes alimentaires largement diffusés en librairie ou sur internet. Ces régimes peuvent faire l'objet de discussions, d'échanges dans des communautés *online* ou par le bouche-à-oreilles et seraient également au cœur des débats experts. Cette forme de prise en charge devrait elle aussi être prise au sérieux dans le cadre d'une analyse sociologique complète. Toutefois, nous n'avons pas récolté de données sur ces phénomènes qui ne font par ailleurs pas l'objet de revendications sur la scène médiatico-politique. Dès lors, cette pratique sera écartée de l'analyse au sein de ce manuscrit mais elle constitue pour nous une voie à suivre pour nos travaux à venir.

II.3.1. L'approche incarnée par le triptyque de l'alimentation, de l'activité physique et de la dimension psychologique

Abordons la première forme d'action thérapeutique que nous désignons sous le triptyque de l'alimentation, de l'activité physique et de la dimension psychologique. Il s'agirait d'une approche pouvant être mise en place par un individu seul ou par plusieurs professionnels de santé au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Il arriverait parfois, par manque de moyens ou de compétences, qu'une des branches du triptyque ne fasse l'objet d'aucune attention (par exemple, le médecin généraliste de famille qui délivrerait des conseils nutritionnels sur la base des connaissances acquises de longue date au cours de ses études de médecine ou au travers d'échanges avec ses collègues nutritionnistes sans pour autant tenir compte des éventuels troubles psychologiques affectant le comportement alimentaire de son patient). Il s'agirait là d'un décalage entre les pratiques et les recommandations sur lequel nous ne tirerons aucune hypothèse dans la mesure où nous n'avons pas complété nos données par des observations de type ethnographique en cours de consultation. Nous nous bornerons à détailler les préconisations expertes en la matière sans porter de jugement sur l'effectivité de ces « bonnes pratiques ».

Tout d'abord, en pratique médicale générale, le carnet nutritionnel serait le moyen le plus opérationnel pour collecter des informations sur les habitudes alimentaires et motrices²⁴⁹. Les consignes pour la tenue de ce carnet seraient de noter :

- tous les apports alimentaires au moment et en dehors des repas ;
- le contexte : lieu, horaire, seul ou accompagné, *etc.* ;
- les portions consommées en mesures ménagères (cuillères, verres, *etc.*) ;
- les sensations associées : faim, envi, stimuli sensoriels, impulsion, *etc.* ;
- les circonstances déclenchant les prises alimentaires : convivialité, sollicitation ;
- les sentiments et les idées associées : plaisir, culpabilité, humeur, *etc.* ;
- l'activité physique réalisée par le patient : durée, intensité, nombre de répétitions, fréquence des sessions, nature de l'activité, *etc.* ;
- le vécu corporel actuel et passé : quelle perception le patient a de son propre corps ?
- l'évaluation de la motivation et des obstacles à la pratique : contemplatif/actif, faible capacité, comorbidité invalidante, idées reçues, manque de temps, *etc.*

La tenue de ce carnet permettrait au patient de prendre conscience de ses conduites, de son éventuelle tendance à méconnaître certaines prises alimentaires, à avoir des comportements automatiques ou sédentaires. Autrement dit, le carnet favoriserait une meilleure estimation des habitudes et permettrait d'aborder des questions comme la désorganisation des repas, les facteurs déclenchant les prises alimentaires et leurs liens avec les événements affectifs. Le conseil nutritionnel ne pourrait avoir un impact que lorsque le patient serait conscient de son comportement. Il pourrait être judicieux dans certains cas de recevoir avec le patient les membres de son entourage, plus particulièrement la personne s'occupant de l'alimentation à la maison.

Pour le professionnel de santé, la méthodologie de ce type d'enquête nutritionnelle reposerait sur des principes. Elle porterait généralement sur une période de 7 jours incluant un week-end. Il en déduirait une moyenne journalière, en tenant compte des périodes « exceptionnelles » : vacances, jours de repos, repas de fête, *etc.* Pour aider cette enquête, il pourrait utiliser un recueil de photos d'aliments et de plats couramment consommés, de portions différentes, permettant de mieux situer les grammages à partir notamment des

²⁴⁹ Chapitres 31, 32 et 33 de l'ouvrage Basdevant A., Guy-Grand B., (dir.), *Médecine de l'obésité*, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », Paris.

données produites dans le cadre d'études nationales comme Su.Vi.Max. Le calcul des apports en calories, en macro et micro nutriments, s'opèrerait à partir d'une table de composition des aliments à laquelle le médecin pourrait se référer pour répondre aux questions du patient. Des logiciels permettraient de s'épargner certains calculs fastidieux. Quelle que serait l'approche utilisée, il serait nécessaire de se familiariser, en tant que professionnel de santé prenant en charge des patients obèses, avec les portions, la densité calorique des aliments, le grammage d'aliment de consommation courante : poids moyen (fruits, baguette de pain, ...), mesures ménagères (cuillère, verre, ...), plats couramment servis en restauration, toutes spécialités confondues (cuisine française ou étrangère). Ce travail imposerait une actualisation constante des connaissances compte tenu du développement actuel de nouveaux produits. En matière d'activité physique, un podomètre pourrait être donné au patient afin d'auto-évalué spécifiquement l'activité de marche et le niveau de sédentarité.

Le résultat d'une évaluation des habitudes alimentaires et physiques ne pourrait s'interpréter qu'en fonction de l'histoire nutritionnelle du sujet : l'évolution récente du poids (ascendante, descendante en raison d'un régime, ou stable spontanément ou en raison d'un contrôle volontaire) ; l'écart entre le poids actuel et les poids minimum et maximum, *etc.* La notion de dépassement énergétique serait relative. On saurait que le niveau de dépense énergétique de repos varierait en fonction de la corpulence. Des apports énergétiques de 2 800 calories par 24 heures seraient élevés pour une personne sédentaire dont l'IMC serait à 30 et bas pour un sujet actif dont l'IMC serait à 42 kg/m². Des apports à 1 200 calories chez une femme de 90 kg qui grossirait témoigneraient d'une sous-évaluation des apports qui devrait être le centre de l'action thérapeutique. La tolérance à la restriction, ainsi que l'efficacité et les limites des régimes antérieurs seraient évaluées par des enquêtes alimentaires rétrospectives sur les périodes de prise ou de perte de poids, ou de stabilité pondérale. Ce serait l'occasion d'aborder très tôt avec le patient les conditions de succès et d'échec. Une tendance à la répétition serait habituelle. Certains patients viendraient « se faire prescrire » des restrictions caloriques dont ils auraient déjà expérimenté l'inefficacité. La reconstitution avec le patient de son histoire alimentaire serait riche d'enseignements et d'informations pour l'établissement d'objectifs thérapeutiques réalistes. Au terme de cette évaluation, le prescripteur disposerait des informations essentielles pour définir un conseil nutritionnel adapté au projet thérapeutique global. Les situations seraient éminemment variables. D'un extrême à l'autre se trouveraient : le patient consultant pour la première fois pour une prise de poids récente, naïf de toute information diététique, et le patient ayant une obésité ancienne et qui aurait connu

« tous les régimes » ; la jeune femme présentant des désordres alimentaires extra-prandiaux aggravés par une restriction alimentaire prandiale et l'homme de la cinquantaine hyperphage par convivialité professionnelle. Le choix du niveau de la prescription nutritionnelle se devrait de respecter les particularités de chacun.

Le conseil nutritionnel serait personnalisé lors d'un entretien individuel. Il devrait démystifier la diététique et lutter contre les idées reçues. Il serait utile de rappeler les conseils pour une alimentation équilibrée et diversifiée, valable pour l'ensemble de la population (délivrés par les campagnes de santé publique au travers du PNNS). Visant à respecter au maximum la culture alimentaire et le mode de vie du patient, le conseil nutritionnel s'établirait en collaboration active avec le sujet, sur la base d'un plan journalier quantifié avec au moins trois repas équilibrés. Les recommandations seraient fondées sur les éléments suivants :

- maintenir convivialité et plaisir alimentaire ;
- retrouver un rythme alimentaire (ne pas sauter les repas) ;
- gérer ses achats ;
- apporter les apports énergétiques à la situation individuelle (mode vie sédentaire ou actif) ;
- réduire la densité calorique ;
- diversifier et équilibrer l'alimentation ;
- promouvoir l'activité physique ;
- lutter contre les effets de la restriction (pas d'interdits alimentaires) ;
- faire face aux épisodes d'impulsivité alimentaire ;
- s'adapter aux situations particulières.

Nous pourrions, au risque de la caricature, résumer les recommandations nutritionnelles de la manière suivante : pour perdre durablement un excès de poids, il faudrait manger agréablement avec plaisir et convivialité ; il importerait de mettre en place de nouvelles habitudes alimentaires sans interdits, en diversifiant les apports et en diminuant la densité calorique ; la prise alimentaire devrait être structurée en repas et collations, en évitant les prises alimentaires non programmées en dehors des repas ; les apports énergétiques devraient être adaptés aux dépenses liées à l'activité physique du patient. En cas de troubles du comportement alimentaire, la priorité devrait être accordée à leurs prises en charge. L'important serait de retrouver un équilibre alimentaire, plutôt que de créer un déséquilibre qui se solderait par un échec.

Selon cette approche, l'acte alimentaire serait source de nutriments, de plaisir et d'échange. Ces dimensions du comportement alimentaire devraient être affirmées comme essentielles. Les effets attendus d'une telle thérapie seraient d'aider le patient à retrouver une meilleure qualité de vie en corrigeant par une perte de poids les conséquences de l'obésité. Il ne s'agirait pas de le pénaliser, de le culpabiliser ou de le sanctionner au travers d'un régime restrictif sévère (illustrations de conseils nutritionnels liés à l'alimentation reproduites en annexe n°7). En outre, elle envisagerait l'activité physique comme tout ce qui nous fait bouger par opposition au sport qui concerne des exercices physiques soumis à des règles précises pouvant donner lieu à des compétitions. L'objectif d'une telle pratique serait de contribuer à la pérennisation de la perte de poids obtenue par l'alimentation, en maintenant la masse musculaire et en augmentant la dépense énergétique journalière. Pour l'atteindre, les recommandations envisageraient trente minutes d'activité physique quotidienne pour l'adulte et soixante minutes chez l'enfant. Ce qui pourrait correspondre en pratique à des activités de la vie quotidienne (ménage, jardinage), aux petits efforts du quotidiens (prendre plus souvent son vélo, marcher davantage) ou encore à la pratique sportive. Il s'agirait là d'une première acception partagée par les pouvoirs publics. La seconde facette de cette approche définirait également l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense d'énergie au-dessus de la dépense de repos. Ces deux conceptions s'inscriraient dans la filiation de la perspective envisageant l'obésité comme le résultat d'un déséquilibre de la balance énergétique. Cependant, des caractéristiques supplémentaires seraient ici notifiées : l'intensité, la durée, la fréquence et le contexte dans lequel elle est pratiquée. Dès lors, trois situations principales d'activité physique seraient identifiées : l'activité physique lors des activités professionnelles ; l'activité physique dans le cadre domestique et de la vie courante ; et l'activité physique lors des activités de loisirs. Ainsi, l'objectif attribué à la pratique d'une activité physique différerait selon les paramètres considérés. Elle serait également, selon les médecins du sport et certains éducateurs médico-sportifs en activité physique adaptée, un moyen transversal pour agir non pas seulement sur le poids mais sur un certain nombre de propriétés corporelles déterminantes, facteurs de protection de la santé (rapport masse maigre/masse grasse, capacités cardiaques, biorythme (sommeil), densité osseuse, *etc.*). Elle agirait principalement et plus significativement sur la valeur physique perçue et ses composantes (compétence sportive, force, condition physique, apparence physique) et participerait au reconditionnement physique progressif et à l'amélioration de l'image de soi.

L'analyse du carnet permettrait d'étudier la compliance aux conseils. Des interventions correctrices et des compléments d'information pourraient intervenir. L'analyse du comportement alimentaire porterait sur les idées associées aux prises alimentaires dans le carnet demandé, l'identification des signaux déclencheurs, la reconnaissance des signaux de faim, de satiété, les interdits alimentaires, la culpabilité et les situations à risque. Au fil des consultations, l'information et l'éducation nutritionnelles se poursuivraient. Selon les moyens mis à disposition, il serait possible de mettre en place, à la suite de la prescription individuelle, des ateliers éducatifs et culinaires, par exemple, pour mettre en pratique les conseils donnés. L'intérêt serait de laisser libre cours à la spontanéité des patients qui se retrouveraient en groupe. Il s'agirait de laisser s'exprimer les idées reçues sur la diététique, les confronter et les corriger. Il serait également plus facile de présenter des emballages d'aliments dans un tel cadre pour étudier la lecture et le décryptage de leur étiquetage. Le fait d'observer les patients se servir des aliments et des plats proposés, d'apprécier l'appétit de chacun et la vitesse à laquelle serait consommé le repas représenterait une source riche d'informations sur les comportements alimentaires. Un tel suivi aurait pour objectif de valoriser les succès et d'identifier les difficultés (liées à l'entourage, à la tolérance des patients, *etc.*) ou les éventuels effets secondaires (dépression, fluctuations pondérales, dénutrition, *etc.*).

II.3.2. L'approche bio-psycho-sensorielle

Le but de la prise en charge bio-psycho-sensorielle consisterait à restaurer un comportement alimentaire principalement contrôlé par les sensations alimentaires, sans préjuger du poids qu'il sera possible d'atteindre. Le travail thérapeutique se décomposerait systématiquement en trois volets : le traitement de la restriction cognitive, l'acceptation de soi et la gestion des émotions. Le principal obstacle à ce travail résiderait dans la difficulté à faire accepter aux patients l'idée que le seul poids auquel on puisse se stabiliser serait celui qui serait déterminé par le *set-point* de la personne. Admettre que ce poids ne correspond pas toujours à ses attentes, qui seraient déterminées par des considérations psychologiques, esthétiques, sociales ou médicales, ne serait pas tâche aisée. Selon la sensibilité du professionnel de santé, les trois dimensions bio-psycho-sensorielles pourraient être abordées selon différents procédés : un travail sur le goût, des thérapies dites cognitivo-comportementale, psychodynamique ou psychocorporelle. Elles pourraient alors se suffire à elles-mêmes ou faire l'objet d'un assemblage dans des parcours de soins pluridisciplinaires qualifiés de co-thérapeutique.

Le travail sur le goût viserait la capacité du patient à respecter les besoins de son organisme sans les dépasser. Manger en prêtant attention au goût aiderait à connaître ses besoins avec plus de précision. La perception des goûts et le plaisir seraient plus intenses lorsqu'on mange avec la faim que lorsqu'il n'y a pas de besoin énergétique. Plus la faim diminuerait, plus le plaisir gustatif et l'envie de manger s'estomperaient, incitant ainsi le mangeur à mettre fin à sa prise alimentaire sans frustration. Les appétits spécifiques seraient également plus perceptibles si l'on se concentre sur les sensations gustatives. Ainsi, une pomme mangée à un moment où l'on aurait envie (et donc besoin) de fromage ne procurerait pas un grand plaisir gustatif et ne calmerait pas cette envie. Le mangeur resterait donc insatisfait malgré la disparition de sa faim. Pour pouvoir se désintéresser de la nourriture, lorsque les besoins sont couverts, il serait également indispensable que ce qui est consommé apporte du réconfort. Il s'agirait donc pour chacun de connaître les aliments qui seraient, pour soi, à fort potentiel d'apaisement et de plaisir. La dégustation attentive de ces aliments sans peur de grossir augmenterait la capacité à se réconforter et à se rassasier avec eux. Les patients ignoreraient que l'écoute de leur corps et l'attention au goût pourraient les aider à résoudre leur problème de poids. Ils chercheraient à se contraindre à respecter des règles externes à leur organisme pour perdre du poids ou ne pas en prendre. Ils favoriseraient notamment certains aliments, pauvres en calories, qui ne les attirent guère, en évitant d'autres, plus riches mais qu'ils aiment beaucoup. Ce qui caractériserait un comportement décrit sous le terme de restriction cognitive. En mangeant ainsi, sans lien avec ses sensations, la personne en restriction cognitive n'aurait pas accès aux signaux lui indiquant le moment où elle n'aurait plus besoin de l'aliment consommé. Un autre phénomène qui empêcherait de se pencher sur les sensations alimentaires et le goût serait l'éducation. Petits, beaucoup auraient appris à ne pas « faire le difficile », à manger de tout sans distinction, sans se questionner sur leurs préférences et aussi à tout finir pour éviter le gaspillage. D'autres auraient intégré, en regardant leurs parents, que manger serait une perte de temps. Il serait donc nécessaire d'aborder et éclaircir la relation à l'aliment et à l'acte alimentaire avant d'entamer un travail sur le goût. Il ne serait pas possible de déguster attentivement un aliment dont on se dit qu'on ne devrait pas le manger, ni prendre le temps de le déguster, ni laisser ce qui ne correspondrait pas ou plus aux besoins.

L'objectif de ce travail sur le goût ne serait nullement d'induire des choix plus diététiques, ni plus gastronomiques aux patients. Au contraire, il s'agirait de les aider à se connecter aux signaux de leur corps, à leur faire confiance, pour mieux choisir ce qu'il leur faudrait, à un moment donné. Pour accompagner ce travail, il serait indispensable que le thérapeute soit

libéré de toute croyance concernant les « bons » ou les « mauvais » goûts et aliments. L'expérience gustative inclurait les cinq sens au travers d'ateliers du goût, d'exercices de préparation et de dégustation alimentaires (à l'intérieur et hors de la consultation) ou d'éveil olfactif par exemples. Les patients apprendraient à décrire, par la vue, l'aliment avant de le manger, à s'intéresser à sa forme, sa couleur, son aspect. L'odorat serait très impliqué dans le réconfort ressenti lorsque l'on mange, remémorant des épisodes passés parfois lointain au cours desquelles on aurait pris du plaisir. La température et la consistance appréhendées par le toucher influenceraient nos préférences. En parler avec les patients leur ferait prendre conscience de leurs exigences et les aiderait à refuser un aliment qui ne serait pas assez bon pour eux. L'innervation trigéminal de la langue et du palais permettrait de percevoir le brûlant du piment, le piquant du poivre, la fraîcheur de la menthe et éveillerait la conscience des sensations alimentaires. Enfin, l'ouïe interviendrait à plusieurs niveaux. Le bruit d'un aliment croqué participerait largement à l'expérience gustative : manger des chips ou des radis sans les entendre enlèverait une bonne partie du plaisir. Un bruit fort nous empêcherait de nous concentrer sur nos perceptions. Une musique douce nous inciterait à manger plus lentement et à mieux apprécier les goûts. Grâce à l'ouïe, nous pourrions entendre les autres s'exprimer sur leurs sensations et échanger avec eux sur les goûts, ce qui augmenterait le plaisir de déguster et la convivialité des repas.

Les thérapies cognitivo-comportementale, psychodynamique ou psychocorporelles auraient en commun de regrouper différents courants depuis la psychanalyse traditionnelle aux psychothérapies psychanalytiques, longues ou brèves, auxquelles on inclurait une attention particulière à l'image du corps et au schéma corporel. Elles feraient aujourd'hui partie de l'approche clinique humaine, dans les multiples domaines de la médecine, de la psychiatrie et de la psychologie pour tout ce qui toucherait le relationnel plus que le technique. Elles tenteraient, avec des moyens divers et parfois très empiriques, de contribuer au rétablissement d'une unité de la personne autour de ces trois composantes : psychique, physique et émotionnelle. Le but premier ne serait donc pas la perte de poids mais un (ré)investissement du corps qui contribuerait peut être dans un deuxième temps à un amaigrissement et une stabilisation durable. Dans le champ des pathologies chroniques que constituent l'obésité et, corollairement, les troubles alimentaires, ces spécialistes observeraient des itinéraires psychosomatiques relativement stéréotypés. Sur un terrain possiblement génétique marqué de méticulosité et de perfectionnisme, certaines jeunes femmes (et même aujourd'hui des jeunes filles prépubères) présentant une tendance aux rondeurs excessives se soumettraient, à la

faveur du culte de la minceur et du « terrorisme alimentaire », à des régimes restrictifs afin de perdre transitoirement de 5 à 20 % de leur poids initial. La majorité d'entre elles regrossirait dans un délai de six mois à deux ans pour se stabiliser au niveau du poids initial et un peu plus. D'autres se maintiendraient à toute force dans un statut de maigre, marqué au début d'une lutte active contre la faim. Au fil du temps, la pulsion alimentaire, initialement déniée, finirait par s'éteindre, et l'évolution vers une forme « d'anorexie restrictive chronique » serait malheureusement à redouter. Enfin, 5 à 10 % d'entre elles, après cette restriction auto-prescrite, connaîtraient la désinhibition (à la faveur d'un épuisement, d'un moment dépressif, d'un alcoolisme festif, ...) sous forme d'un passage à l'acte compulsif (recherche et prise d'un aliment spécifique) ou boulimique (prise d'une grande quantité de nourriture habituellement sans faim). Certaines jeunes femmes alterneraient ainsi pendant des années des phases de restriction et de relâchement du contrôle aboutissant à des épisodes boulimiques, avec ou sans stratégie de contrôle du poids, vomissements et jeûnes périodiques notamment. Celles qui n'auraient pas de stratégie de contrôle du poids évolueraient vers l'obésité. Il irait de soi que l'abord strictement comportemental visant la rééducation alimentaire serait voué à l'échec. Il en serait de même de la thérapie psychodynamique tant les préoccupations corporelles risqueraient d'obérer tout travail psychothérapique. Seule une approche globale, nutritionnelle, psychologique et corporelle dans le même temps thérapeutique, pourrait permettre l'obtention d'un résultat positif, qu'elle soit réalisée par les même soignant ou dans le cadre d'une cothérapie par deux thérapeutes distincts, l'un davantage centré sur la nutrition (incluant l'alimentation et l'activité corporelle), l'autre sur la psychothérapie.

En premier lieu, le thérapeute devrait s'interroger sur le choix au demeurant inconscient, qui pousserait un sujet vers un trouble du comportement pouvant aboutir à une pathologie somatique. La réponse s'imposerait rapidement : ces sujets, souvent, ne possèderaient pas des capacités de mentalisation suffisantes pour élaborer des symptômes psychologiques ; la pensée symbolique resterait déficitaire, la vie émotionnelle apparaîtrait pauvre. Tout se passerait comme si un grand nombre de ces personnes ne pouvaient supporter un surplus d'excitations au niveau de leur appareil psychique. Débordées, elles laisseraient passer les émotions dans leurs corps, entraînant des troubles du comportement et des troubles somatiques. Cette difficulté à exprimer ses émotions par des mots serait au fondement du concept d'*alexithymia*. L'absence de repère pousserait également les sujets vers la recherche d'une jouissance immédiate, parfois effrénée, court-circuitant le temps du manque (la faim) et du désir (l'appétence pour un aliment). Ce serait un deuxième aspect qui caractériserait les

troubles alimentaires à la base d'un grand nombre d'obésités. Cette absence de repère serait en grande partie liée soit à l'éclatement de la cellule familiale et la vacance de la place paternelle. « Une société qui nous gaverait d'une perfusion d'images et d'écrans contribuerait à appauvrir notre imaginaire et à saccager la communication. Penser prend la tête, comme le dirait les jeunes et l'absence de père défavoriserait la voie de la symbolisation qui permettrait mentalisation et verbalisation²⁵⁰ ». Soit, elle serait observée chez de nombreux enfants obèses dont la relation à leur mère serait pathogène. Si une mère, qualifiée de « gavante », donne à toute demande de l'enfant (qu'il ait sommeil, soif, sommeil ou qu'il exprime un sentiment de colère ou un besoin de tendresse) une réponse alimentaire, l'enfant emmagasinerait cette réponse comme adéquate en rapport avec l'affect ressenti. Ainsi, la prise alimentaire deviendrait pour lui la réponse, entraînant ce que les spécialistes appelleraient la confusion des affects. La « trop bonne mère » bien que différente de la précédente ne ferait guère mieux. De crainte d'être mauvaise, elle anticiperait le ou les besoins de l'enfant selon un timing bien codifié : il est 8 heures, il a faim ; il est 15 heures, il a sommeil ; il est 18 heures, il veut son câlin. Ainsi, avant même que l'enfant manifeste son besoin ou son manque, la mère anticiperait le besoin et court-circuiterait, elle aussi, le temps du manque et donc du désir. Toutefois, la plus délétère serait la « mère absente » du fait de la réalité de son absence ou d'une présence absente (mère dépressive par exemple). Elle ne permettrait pas à l'enfant d'acquiescer un sentiment de sécurité interne, en particulier la certitude d'être nourri.

En second lieu, le thérapeute définit un projet pour et avec le patient. Projet dans lequel toutes les actions thérapeutiques se coordonneraient et se complèteraient en offrant au patient plusieurs points d'appui (deux ou trois en général dont un référent médical, un psychothérapeute et un thérapeute corporel). Le cœur du projet cothérapeutique serait de rendre le patient autonome. Il s'agirait de lui éviter une errance qui le pousserait à épuiser successivement chaque approche l'une après l'autre sans être payé en retour (voir encart n°14).

Encart n°14 : Deux exemples de prise en charge²⁵¹

²⁵⁰ Waysfeld B., 2010, « L'approche psychodynamique de l'obésité aujourd'hui », in Zermati J.-P., Apfeldorfer G., Waysfeld B. (dir.). *Traiter l'obésité et le surpoids*, Odile Jacob, Paris, p. 204.

²⁵¹ Issus des chapitres de : Waysfeld B., 2010, *op.cit.* ; Dalarun P., 2010, « Les thérapies psychocorporelles dans le traitement du surpoids et de l'obésité », in Zermati J.-P., Apfeldorfer G., Waysfeld B. (dir.). *Traiter l'obésité et le surpoids*, Odile Jacob, Paris, p. 254-257.

Un exemple de travail analytique :

Angélique a 37 ans quand elle commence un travail analytique à raison de trois séances par semaine. Elle est boulimique, sans stratégie de contrôle du poids (ni vomissements ni jeûnes périodiques), et donc obèse avec une surcharge de fait modérée. Elle a consulté divers nutritionnistes qui lui ont tous proposé un régime ! Elle vient me demander un travail analytique après avoir lu un article dans lequel j'insistais sur les différentes voies qui pouvaient mener à une demande d'amaigrissement.

Angélique va mal : elle est mal dans sa peau, dans son corps et ce malaise retentit évidemment sur la relation du couple. Elle aime son mari, l'apprécie mais ne ressent pas de désir notamment parce qu'elle ne s'autorise pas à être désirée. Nous sommes pourtant loin d'une problématique purement hystérique : le père est décrit comme gros buveur et surtout mangeur. Elle se souvient qu'étant enfant elle s'identifiait à lui en tentant de manger autant et surtout aussi vite que lui ! De sa mère, elle se souvient surtout de sa froideur, de sa distance, de son absence totale de tendresse. « Ma mère ne m'a jamais prise dans ses bras », déclare-t-elle.

Au fil du travail analytique, une amélioration se fait jour dans tous les registres. Au plan personnel, Angélique devient capable de reconnaître et de nommer ses émotions, elle accepte de ne plus dépendre d'une activité professionnelle en groupe et s'autonomise ; sa vie affective et amoureuse devient plus libre, les passages à l'acte boulimique, qui représentaient une lutte contre une angoisse d'anéantissement, deviennent moins fréquents et moins sévères.

Il aura fallu sept années de travail intense pour que les défenses comportementales, « agies », puissent quelque peu se mentaliser ; pour que le corps ne soit plus cet objet de haine rejeté par la mère ; pour qu'un investissement sur le thérapeute ouvre la voie à une relation à l'homme qui ne soit ni seulement orale ni sadomasochiste et pour qu'un sentiment de sa valeur propre se développe et permette un épanouissement socioprofessionnel.

À l'issue de toutes ces années de travail analytique, elle le déclare clairement : « Je ne suis pas vraiment guérie, mais ce travail m'a sauvée ! »

Guérir, au fond qu'est-ce ? Si c'est retrouver l'état antérieur, ce n'est le plus souvent pas souhaitable. Si c'est parvenir à une sérénité imaginée comme permanente et stable, ce n'est

sûrement pas dans la nature humaine qui « fonctionne » fondamentalement sur un mode pulsionnel, intermittent, instable. Si c'est faire en sorte de se connaître suffisamment pour ne pas s'aventurer sur des chemins où on pourrait rencontrer des difficultés trop importantes et en tout cas insurmontables pour soi, ce n'est certes pas guérir, mais se rapprocher d'une certaine normalité. Mais, là encore, tant qu'on n'enseignera pas, comme le dit Canguilhem, une pédagogie de la guérison, chaque souffrance cherchera en vain une issue impossible en ce qu'elle exigera le tout au lieu de se centrer sur l'essentiel, l'autonomie et la reconnaissance de son désir.

Les modalités du travail psychocorporel :

Les séances sont individuelles ou collectives : la première étape répond plutôt à un travail individuel tandis que la deuxième et la troisième répondent à un travail collectif en petits groupes (4 à 8 participants). La fréquence des séances est d'une fois par semaine, leur durée varie d'une heure pour les séances individuelles à une heure et demie/deux heures pour les séances collectives. On peut aussi envisager des sessions collectives ponctuelles, en résidence, sur deux ou trois jours.

Christiane a 38 ans, elle m'est adressée par un médecin nutritionniste après trois ans de suivi. Elle s'est investie par ailleurs pendant sept ans dans une psychothérapie analytique qui se termine et qui lui a permis dit-elle de « régler ses comptes avec sa mère ». Son poids actuel est de 82 kilos (pour 1,65 mètre), alors qu'elle était au maximum de son poids, à 88 kilos, au début du suivi nutritionnel. Elle pesait 65 kilos à 17 ans, âge auquel elle a commencé à être soumise à une série de régimes « très durs ». Son comportement alimentaire révèle encore une alternance de périodes de contrôle drastique et de périodes de « relâchement » qui s'accompagnent d'épisodes compulsifs. Elle dit que son objectif pondéral est 60 kilos, tout en me précisant : « Mon corps est abstrait. » Elle n'aime pas les activités physiques et sportives en général, mais elle a beaucoup apprécié la natation, le ski et le patin à glace et a par ailleurs fait de la danse classique dont elle a été rejetée à cause de ses rondeurs. Elle est très sceptique sur l'intérêt d'un travail corporel et oscille entre le « il faut maigrir pour que je m'accepte » et le « il faut que je m'accepte pour maigrir ». Aujourd'hui, ne se considérant plus comme une femme, elle n'a plus de désir sexuel.

Dès les premières séances, les exercices corporels l'amènent à prendre conscience qu'elle s'extrait systématiquement du moment présent. Elle est vite envahie par sa pensée et se

déconnecte de ses perceptions corporelles. La relaxation révèle sa difficulté à accepter le calme : « Je suis tellement tendue, dit-elle, qu'il y a comme un bruit de fond qui m'empêche de sentir mon corps. »

Au bout de quatre mois (à raison d'une séance par semaine), elle commence à pratiquer nos exercices chez elle. C'est là une étape importante. Son corps commence à l'intéresser autrement, elle l'écoute et l'observe moins, elle ne le considère plus comme une « chose inerte ».

Au cours d'une séance, confrontée à un exercice de coordination, elle lâche ce magnifique lapsus : « Attendez ! Il faut que je m'habite. » Habiter son corps ou s'habituer à son corps, voilà peut-être la réponse à « l'envahissement ou l'anéantissement » qu'elle ressent. Cette tendance à être dans le vide ou le trop-plein est reflétée tant par l'alternance de son comportement alimentaire, que par sa difficulté à vivre ses émotions.

La relaxation est maintenant mieux vécue, le corps plus détendu, plus disponible, nous abordons maintenant la structuration des mouvements et de la posture. Elle sent que les « choses s'emboîtent ». Ces choses, ce sont avant tout les différentes parties de son corps jusqu'ici vécues de façon isolée : les jambes s'articulent au bassin, les bras à la colonne vertébrale, *etc.* Alors que son schéma corporel se précise, elle commence à éprouver du plaisir à bouger.

Nous passons progressivement à un travail debout, ce qui permet de travailler les appuis, la verticalité et indirectement l'affirmation de soi. Peu à peu, nous introduisons des exercices interactifs avec contact et les déplacements.

En dehors de nos séances, elle reçoit des compliments de son entourage qui trouve qu'elle a maigri. En fait son poids est resté autour de 80 kilos, mais elle tient mieux son corps, elle paraît plus élancée, moins engoncée et plus ouverte. En effet, on peut dire que Christiane a intégré son moi corporel : elle s'est recentrée, densifiée et ne parle plus de son corps comme d'un objet.

Au bout de trois ans de travail régulier, Christiane a maintenant une relation apaisée avec la nourriture : elle « cogite moins », dit-elle et prend le temps de « déguster les aliments ». Son poids est descendu à 72 kilos, ce qui semble être un poids stable et accepté bien qu'éloigné de

son objectif initial, mais ça, elle n'en parle plus. Elle s'est ouverte aux autres, participe maintenant à un cours de danse africaine et s'est remise à la natation. Elle me dit pudiquement avoir renoué avec sa féminité et la sexualité. Elle a enfin fait la paix avec elle-même.

Dans cette dernière approche, ce psychomotricien nous précise en entretien que l'activité ne serait pas restreinte à sa dimension physique mais élargie à toutes formes d'activités, intellectuelles, artistiques, manuelles, qui seraient toutes épanouissantes dans la mesure où l'enfant et l'adulte seraient volontaires et participatifs. Ces activités seraient alors l'occasion pour le patient obèse de renouer des liens avec leurs corps qui leur serait devenu étranger. Le but recherché alors ne serait pas un amaigrissement, contrairement à l'approche présentée dans la section précédente, mais un mieux-être et une meilleure prise de conscience du corps. Déterminé génétiquement, chaque personne ne déciderait pas de son poids et de ce qu'elle dépenserait seule. Si on dépensait plus d'énergie, on mangerait plus, ce serait dicté par l'équilibre énergétique. Donc on ne ferait pas faire de l'activité physique aux obèses pour qu'ils maigrissent. L'activité physique serait utile pour qu'ils aient conscience de leur corps et qu'ils retrouvent du plaisir à se mouvoir. Deux principaux éléments feraient obstacles aux changements de comportement. Le premier concernerait la motivation à long terme de l'individu, qu'il soit gros ou maigre, afin de maintenir un volume minimal d'activité physique pour nourrir son existence. Ainsi, les messages sanitaires préconisant une activité d'intensité modérée (marche ou exercices spécifiques) de 30 minutes au minimum (de 60 à 80 minutes de façon optimale), en une ou plusieurs fois dans la journée, risqueraient de sombrer dans la routine et l'ennui jusqu'à être abandonné, comme tout bon régime. Le second mettrait en cause le regard des autres et, par là même, la société. L'activité physique pratiquée en groupe impliquerait un accompagnement de la personne obèse pour accueillir et dépasser les tensions liées à la perception sensible et subjective de son corps au travers du regard des autres, de manière à ce qu'elle puisse y découvrir aussi quelque chose sur elle.

II.3.3. L'approche médicamenteuse

Les objectifs du traitement médicamenteux de l'obésité seraient les mêmes que ceux des autres approches thérapeutiques, à savoir : l'induction d'une perte de poids de bonne qualité, c'est-à-dire principalement au dépens de la masse grasse, lorsque les traitements non médicamenteux auraient échoués ; le maintien du poids à long terme, autrement dit la

prévention totale si possible ou, plus souvent, partielle de la rechute après la perte de poids ; en phase dynamique ascendante (lorsque l'obésité se constitue et que le poids des sujets augmente), la stabilité du poids et la prévention de l'aggravation. Plus encore, les spécialistes attendraient du contrôle du poids qu'il aide à réduire les facteurs de risque, à prévenir, à retarder leur apparition ou à mieux contrôler les comorbidités dues à l'obésité, notamment le diabète de type 2.

Un certain nombre de principes généraux s'appliqueraient à l'usage des médicaments destinés spécifiquement au traitement de l'obésité et permettraient de définir les critères nécessaires pour leur usage clinique et leur mise sur le marché : la démonstration d'un effet sur le poids, la masse grasse et les comorbidités poids-dépendantes ; des effets secondaires supportables et transitoires ; l'absence d'effet addictif ; des effets persistants lors d'une administration supérieure à un an ; des complications graves rares après des années d'administration et des mécanismes d'action connus. Dans l'état actuel des connaissances physiopathologiques, on ne saurait attendre des médicaments de l'obésité qu'ils soient plus que symptomatiques : ils permettraient d'atténuer le symptôme en modifiant certains paramètres (prise alimentaire, dépenses énergétiques, absorption des substrats) impliqués dans la prise de poids ou dans la résistance à la perte de poids, sans en affecter les causes. Ce seraient donc des traitements palliatifs et non curatifs. On ne pourrait donc attendre d'un médicament symptomatique qu'il garde son efficacité dans une maladie chronique sans tendance spontanée à la guérison dès lors qu'il cesserait d'être administré et si aucun des facteurs qui auraient permis à l'obésité de se constituer n'étaient modifiés ou modifiables. Il s'agirait d'une précision fondamentale qui aurait mis longtemps à être comprise, alors que la situation serait la même que celle que l'on rencontrerait dans d'autres pathologies chroniques sans traitement étiologique, comme le diabète, l'hypertension ou les dyslipidémies, pour lesquelles la pharmacothérapie continuant à vie relèverait de l'évidence. Il en résulterait que la pharmacothérapie de l'obésité devrait s'envisager à long terme, voire à vie, et non pas, comme on l'aurait trop longtemps recommandé, pour quelques semaines ou mois, à titre de *starter*, pour encourager le patient. Les traitements courts ne se justifieraient, comme les régimes restrictifs, que lorsqu'une impérieuse nécessité médicale rendrait souhaitable une perte de poids importante et rapide (préparation à une intervention chirurgicale dite semi-urgente, par exemple).

Théoriquement, les médicaments de l'obésité agiraient en introduisant une modification dans le système de régulation du bilan d'énergie :

- réduction de la prise alimentaire par action centrale ou périphérique sur la faim, le rassasiement et/ou la satiété, en inférant notamment avec l'un des nombreux acteurs de ce contrôle, monoamines ou neuropeptides ;
- augmentation des dépenses énergétiques, notamment en stimulant le système sympathique et l'oxydation lipidique ;
- malabsorption partielle des nutriments énergétiques, lipides ou hydrates de carbone ;
- modification de la répartition des substrats entre l'oxydation et le stockage ;
- modification de la physiologie de l'adipocyte (différenciation, apoptose).

Plusieurs de ces types d'action auraient été explorés ou seraient en cours d'exploration avec un grand nombre de molécules, au fur et à mesure que se serait développée la compréhension des mécanismes physiologiques de contrôle de la prise alimentaire et des réserves adipeuses. À l'heure actuelle, seuls deux médicaments disposeraient en France d'une indication officielle : l'orlistat et la sibutramine. Ni l'un, ni l'autre ne sont remboursés par la Sécurité sociale.

L'orlistat, ou tétrahydrolipstatine (Xenical®), aurait une action purement périphérique : il inhiberait les lipases gastriques et surtout pancréatiques en formant avec elles un complexe stable diminuant l'hydrolyse des lipides alimentaires dans la lumière digestive. Il en résulterait une malabsorption dose-dépendante des lipides, dont environ 30 % ne franchiraient pas la barrière digestive et seraient excrétés dans les fèces, d'où une économie qui représenterait 200 à 300 kcal pour des consommations de 60 à 100 grammes de lipides par jour. Ce mécanisme d'action expliquerait les effets secondaires de l'orlistat, dominés par les troubles digestifs : inconfort digestif, flatulences, selles grasses, défécations impérieuses, diarrhée, incontinence fécale. Ces effets secondaires, fréquents, seraient en général modestes, transitoires et rarement à l'origine d'un arrêt du traitement dans des conditions normales d'utilisation. Dès lors que le régime associé serait réduit en graisse, la stéatorrhée, cliniquement gênante, ne se manifesterait qu'au-delà d'une excrétion fécale de l'ordre de 2530 g/jour (c'est-à-dire pour des apports lipidiques de 75 à 90 g), bien qu'il puisse y avoir des variations individuelles notables dans la tolérance. Un régime modérément restrictif et contenant moins de 30 % de calories lipidiques serait recommandé. La malabsorption des graisses serait susceptible de s'accompagner d'une malabsorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K). Les valeurs plasmatiques de vitamines A et E pourraient diminuer tout en restant dans les limites normales (sur une durée de deux ans). D'où l'intérêt d'obtenir des apports qui

seraient suffisants en fruits, légumes et huiles végétales. Une supplémentation vitaminique serait préconisée chez les patients à risque de carence. Un deuxième mécanisme d'action, indirect et non pharmacologique, semblerait important : les troubles digestifs liés à des repas riches en lipides pourraient conduire à une adaptation conditionnée des choix alimentaires. On parlerait alors d'un « effet antabuse » ou de reconditionnement diététique. La dose optimale d'orlistat serait de 120 mg avant, pendant et jusqu'à deux heures après chacun des trois repas.

La sibutramine (Sibutral®) serait un dérivé de la phényléthylamine, ayant au niveau central, une action noradrénergique et sérotoninergique. Elle diminuerait la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine par les terminaisons des neurones spécifiques de ces deux monoamines fortement impliquées dans le contrôle, respectivement, de la faim et de la satiété. Elle augmente ainsi leur disponibilité dans la fente synaptique et active leurs voies effectrices. Dans divers modèles expérimentaux chez les rongeurs, elle diminuerait la prise alimentaire et stimulerait la thermogénèse (effet β 3-adrénergique dans le tissu adipeux brun). Chez l'homme, son action serait essentiellement anorexigène et adrénergique, diminuant les sensations de faim, plus qu'elle ne renforcerait la satiété. Elle réduirait les difficultés à adhérer à un régime restrictif. Son action thermogénique serait faible, se limitant à réduire partiellement la diminution de la dépense d'énergie qui accompagnerait toute perte de poids. Sa tolérance clinique serait en général bonne, ses effets secondaires fonctionnels seraient relativement banals pour un médicament d'action centrale et se produiraient surtout en début de traitement : sécheresse de la bouche, nausées, constipation, fatigue, sensations vertigineuses, insomnies, *etc.* Plus délicats seraient ses effets cardiovasculaires adrénergiques sur la pression artérielle et la fréquence cardiaque : dans plusieurs essais thérapeutiques, les chercheurs auraient noté une augmentation moyenne de la pression artérielle systolique supérieure de 5,5 mmHg et de la diastolique de 3,5 par rapport aux valeurs de la cohorte placebo, malgré la perte de poids, et de la fréquence cardiaque de 1 à 6 battements par minute. Chez certains patients, l'effet pourrait être nettement plus important, justifiant une surveillance cardiovasculaire attentive, surtout en début de traitement. La pression artérielle et la fréquence cardiaque devraient être surveillées tous les quinze jours pendant les trois premiers mois, puis tous les mois, et le médicament arrêté si la pression systolique ou diastolique augmentait de plus de 10 mmHg et la fréquence cardiaque de plus de 10 battements par minute à deux examens consécutifs. La sibutramine serait contre-indiquée en cas d'hypertension artérielle mal contrôlée, d'antécédents d'accident vasculaire cérébral et en cas de maladie coronarienne avérée et chez les sujets à haut risque vasculaire. Une décision

aurait réservé l'initiation d'un traitement par la sibutramine à certains spécialistes, endocrinologues et cardiologues notamment, la poursuite du traitement étant sous la responsabilité des autres catégories de médecins, notamment généralistes. Absorbée par voie digestive, la sibutramine serait métabolisée lors du premier passage hépatique ; ses deux dérivés, M1 et M2 serait actifs, auraient une demi-vie de 14 et 16 heures et seraient éliminés par voie hépatique. Elle pourrait donc être administrée en une seule prise, le matin. L'effet serait dose-dépendant entre 5 et 30 mg/jour. La dose initiale serait de 10 mg/jour. Elle pourrait être portée à 15 mg/jour selon l'efficacité et la tolérance.

Des règles précises pour les indications et la prescription correcte des médicaments anti-obésité auraient été établies par l'Affsaps, devenue l'ANSM, et devraient être respectées, ce qui n'aurait pas été le cas par le passé et continuerait en partie à être le cas (voir section I.2). Ces règles seraient destinées à réduire les effets indésirables inutiles et d'éviter les utilisations abusives de ces médicaments, pour des objectifs cosmétiques et non médicaux, même et surtout si certains consultants les réclament. La transgression de ces règles pourrait dans certains cas particuliers être justifiée si le médecin est capable de justifier et de documenter sérieusement cette entorse. Il en assumerait en retour la responsabilité.

D'après leurs autorisations de mise sur le marché respectives, la sibutramine et l'orlistat seraient indiqués chez les sujets obèses ($IMC \geq 30$) ou, pour la sibutramine, chez les sujets en surpoids ($IMC \geq 27$) lorsqu'existeraient « d'autres facteurs de risque associés à l'obésité, tels qu'un diabète ou une dyslipidémie » et, pour l'orlistat, à partir d'un $IMC \geq 28$ lorsque existeraient des facteurs de risque. Cette différence, que n'expliquerait aucune logique médicale, serait liée à la nature des études soumises par les firmes pharmaceutiques aux autorités compétentes. La décision de prescription ne devrait pas être prise d'emblée et elle devrait être précédée d'une approche non médicamenteuse (voir sous-section II.3.2 et II.3.3), qu'il serait capital de poursuivre lors de l'administration du médicament. La sibutramine ne devrait être prescrite qu'aux patients ayant perdu moins de 5 % de leur poids après trois mois de traitement conventionnel. Quant à l'orlistat, il ne devrait être prescrit que chez les patients ayant perdu « au moins 2,5 kg dans le mois suivant la prescription du régime », situation qui précisément ne semblerait pas inciter à sa prescription car elle témoignerait d'une efficacité non négligeable des mesures non médicamenteuses. Les spécialistes regretteraient que les textes officiels fassent ici preuve d'une telle maladresse. La liste complète des contre-indications et des interactions médicamenteuses autres que déjà citées figurerait dans le

dictionnaire Vidal. Toutefois, l'enfant et l'adolescent, la femme enceinte ou allaitante seraient des contre-indications, de même que des patients de plus de 65 ans pour lesquels l'amaigrissement ne serait pas une priorité. La sibutramine ne devrait pas être utilisée en présence d'antidépresseurs sérotoninergiques et d'inhibiteurs de la monoamine oxydase.

Enfin, pour clore cette sous-section, un certain nombre de médicaments, non destinés à provoquer directement une perte de poids, pourraient s'avérer utiles à un moment ou à un autre de l'évolution de l'obésité. Ce serait ainsi le cas des antidépresseurs s'il existait une dépression manifeste. Les spécialistes préféreraient les antidépresseurs sérotoninergiques, non susceptibles d'entraver la perte de poids, sauf si le patient suit un traitement à la sibutramine. Les anxiolytiques pourraient trouver une indication lorsqu'existeraient des compulsions alimentaires manifestement sous-tendues par une situation conflictuelle qu'il n'apparaît pas possible de résoudre à court terme.

II.3.4. L'approche chirurgicale

La chirurgie de l'obésité se découperait en deux procédures non exclusives entre elles : la chirurgie gastrique et la chirurgie plastique reconstructrice.

La chirurgie gastrique de l'obésité s'adresserait aux sujets présentant une obésité majeure retentissant sur la santé, ayant reçu une information détaillée et présentant un risque opératoire acceptable. Les indications seraient les suivantes :

- Les obésités morbides, c'est-à-dire d'indice de masse corporelle égal ou supérieur à 40 kg/m² résistant aux traitements médicaux et exposant à des complications importantes, non contrôlées par un traitement spécifique ;
- Les obésités d'IMC compris entre 35 et 40 kg/m², s'il existe des comorbidités menaçant le pronostic vital ou fonctionnel : atteintes cardio-respiratoires, atteintes ostéo-articulaires invalidantes, désordres métaboliques sévères non contrôlés par un traitement intensif, *etc.*

L'indication ne pourrait être envisagée que chez des patients ayant eu accès à une prise en charge médicale spécialisée d'au moins un an, comprenant des approches complémentaires et pluridisciplinaires (diététique, activité physique, prise en charge des difficultés

psychologiques, traitement des complications), et s'étant engagé, par écrit, à un suivi médical prolongé.

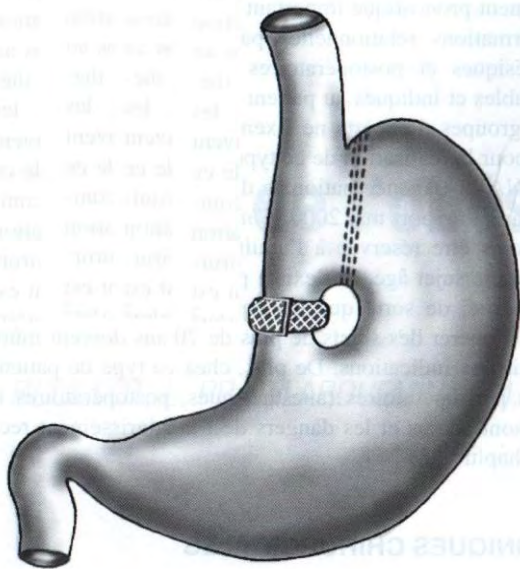
Ce type d'intervention serait contre-indiquée chez les enfants, les adolescents et les personnes de plus de 60 ans ainsi qu'en cas : d'absence de prise en charge médicale préalable identifiable ; d'impossibilité pour le patient de participer à un suivi médical prolongé ; de troubles psychotiques non stabilisés (syndromes dépressifs sévères, tendances suicidaires) ; d'alcoolisme et de toxicomanie ; de troubles graves du comportement alimentaire (type boulimie) ; de coefficient de mastication insuffisant ; de contre-indications documentées à l'anesthésie générale ; et de pathologies menaçant le pronostic vital à court terme (cancers, par exemple).

La décision d'intervention résulterait d'une analyse collégiale par une équipe pluridisciplinaire, réunissant le médecin traitant, un spécialiste de l'obésité, une diététicienne, un psychiatre ou un psychologue, le chirurgien et l'anesthésiste. L'intervention serait pratiquée par un chirurgien formé dans ce domaine, expert en chirurgie coelioscopique, en collaboration avec une équipe d'anesthésie-réanimation entraînée à la prise en charge et à la surveillance péri-opératoire des sujets présentant une obésité massive. La salle d'opération et le matériel devraient tenir compte de la corpulence de ces patients. Par ailleurs, il serait recommandé de disposer des équipements de portages adaptés pour faciliter le travail de l'équipe soignante et des kinésithérapeutes.

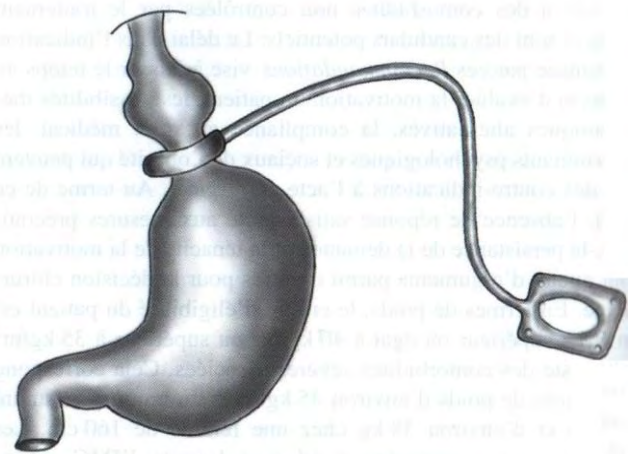
Deux types d'interventions seraient principalement pratiqués²⁵² :

²⁵² Il existe également la méthode du ballon intra-gastrique. Il s'agirait d'un traitement non-chirurgical qui permettrait une perte de poids par la satiété que produirait l'occupation d'une part significative de l'estomac par un ballon posé par voie endoscopique par un médecin spécialisé, très souvent un gastro-entérologue. Sa pose serait couplée avec une endoscopie de l'estomac, permettant au gastro-entérologue de vérifier l'absence de pathologie du tube digestif et le bon positionnement en hauteur du ballon. L'alimentation pourrait ainsi être rééduquée, réduite, rééquilibrée et la surcharge pondérale diminuée voire supprimée. Le ballon gastrique est envisagé chez les personnes obèses ayant un IMC entre 30 et 40 kg/m² (sauf pour le ballon gastrique ORBERA qui a obtenu l'indication de pose à partir d'un IMC de 27), lorsqu'elles présentent des risques de santé liés à leur obésité, ceci pour une durée limitée à six mois. La méthode est relativement récente et les études peu nombreuses, c'est la raison pour laquelle nous faisons le choix de ne pas lui consacrer des développements trop longs d'autant plus qu'elle n'émerge pas encore sur la scène médiatico-politique comme une solution « miracle » pour lutter contre l'obésité.

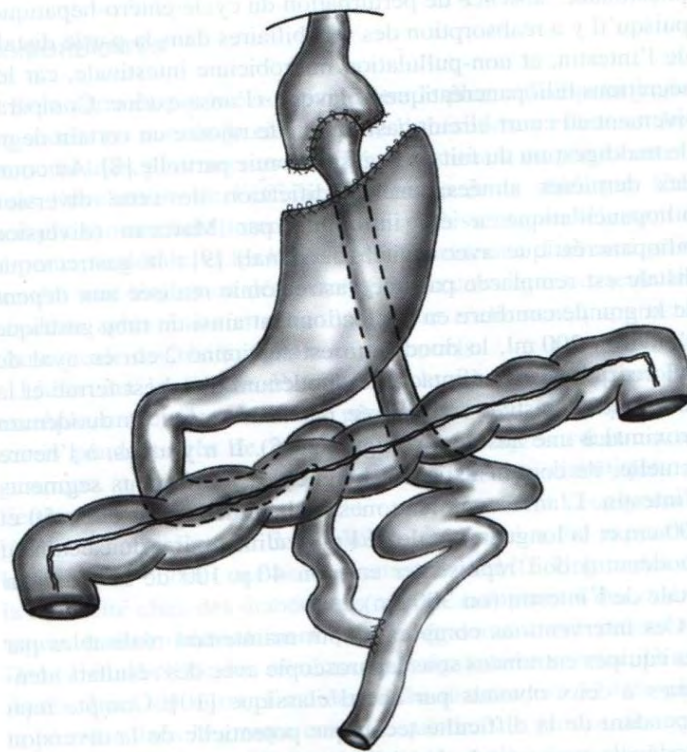
- Les unes, théoriquement réversibles, de réduction gastrique simple (gastroplastie verticale calibrée ou anneaux ajustables) qui visent à confectionner une petite poche gastrique proximale se vidant par un orifice rétréci dans le reste de l'estomac. Il en résulte une satiété rapide obligeant à réduire son alimentation, d'autant que la taille réduite de l'orifice d'évacuation retarde le passage des aliments solides ;
- Les autres, irréversibles, favorisant une malabsorption intestinale associée (court-circuit gastrique ou *by-pass*) ou isolée (dérivations bilio-pancréatiques avec ou sans *switch* duodénal). Le chirurgien crée une communication directe entre l'estomac et une portion plus basse du petit intestin, court-circuitant le duodénum et parfois le jéjunum.



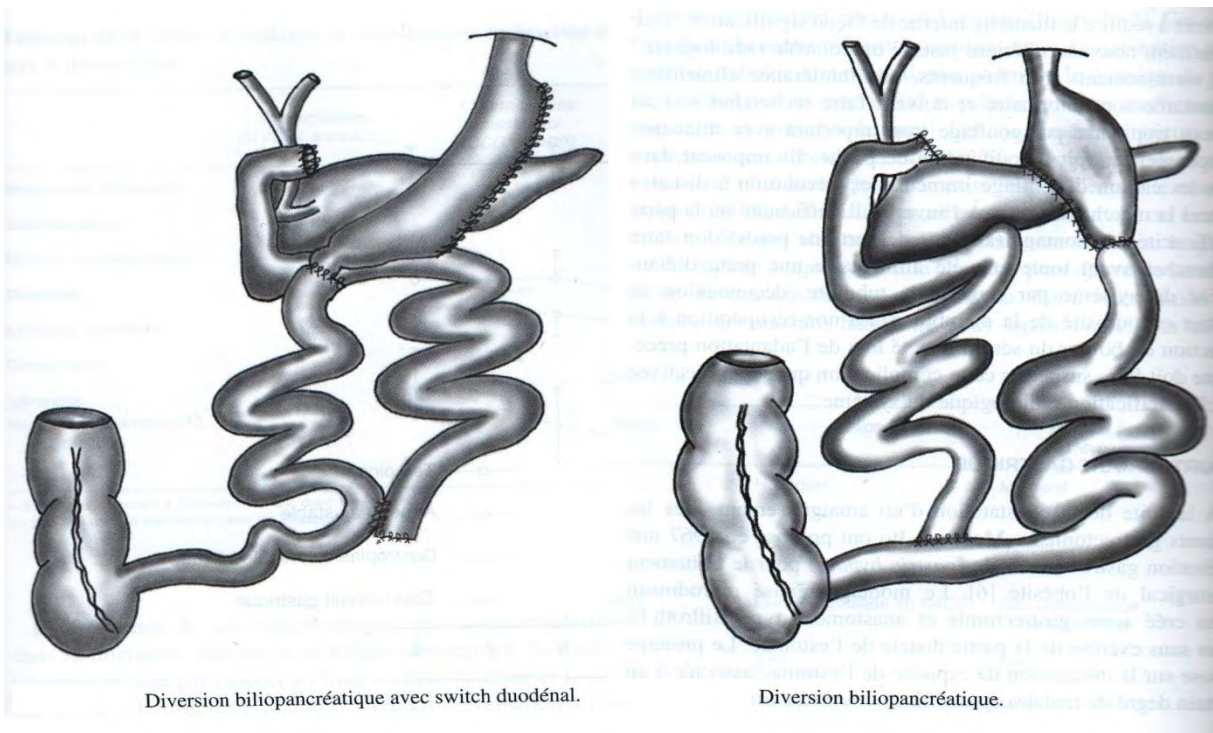
Gastroplastie verticale calibrée.



Gastroplastie par anneau ajustable.



Court-circuit gastrique.



Diversion biliopancréatique avec switch duodénal.

Diversion biliopancréatique.

Des effets secondaires (tableau n°2) seraient notés avec les différentes techniques chirurgicales, de manière plus ou moins spécifique, et justifieraient un suivi nutritionnel du patient opéré, afin de pouvoir les prévenir ou les corriger. Ils seraient à distinguer des

complications mécaniques, parfois elles-mêmes secondaires à des phénomènes comportementaux, mais le plus souvent imprévisibles.

Tableau 2 : Effets secondaires et complications en fonction du type d'intervention

	Gastroplastie (GVC et anneaux)	Court-circuit intestinal (CCG et DBP)
Intolérance alimentaire	+++	+
Vomissements	+++	+
Pyrosis +/- œsophagite	++	+
Diarrhées	-	+++
<i>Dumping Syndrome</i>	-	+++
Constipation	-	+
Carences: fer, folates, vitamines		
B12,	+	+++
B6, protides	+	++
	-	+

+ à +++ : de rarement à fréquemment cité dans les études.

- : peu cité ou non mentionné dans les études.

De nombreux critères interviendraient dans le choix de la technique, d'ordre médical, chirurgical et autre. Sur le plan médical, les avis seraient partagés. Certains spécialistes considèreraient que l'anneau gastrique ajustable devrait être envisagé en première intention en raison de la simplicité habituelle du geste et de sa réversibilité aisée. D'autres, encore minoritaires en Europe mais largement majoritaires aux États-Unis, recommanderaient le court-circuit gastrique y compris en première intention. Leur argument serait qu'il s'agirait de la méthode la plus efficace en terme de perte de poids et de confort de vie : en effet, si à court terme la période péri-opératoire serait plus compliquée, à long terme les effets secondaires et le nombre de réinterventions seraient moindres. En France, seuls les centres spécialisés dans le domaine pratiqueraient ce type d'intervention de manière régulière tant la difficulté de cette intervention en laparoscopie requerrait une réelle expertise chirurgicale. D'autres considérations chirurgicales (morphotype du patient, antécédents de chirurgie abdominale, expérience du chirurgien) entreraient également en compte dans le choix de la technique.

Enfin, la chirurgie plastique et reconstructrice occuperait une place importante dans la prise en charge des patients obèses, en particulier au terme d'une perte de poids importante et durable ou en cas de dépôts adipeux localisés et peu mobilisables lors de la perte de poids. Les bénéfices attendus de cette chirurgie seraient tout autant fonctionnels que psychologiques par les effets sur l'image du corps. C'est-à-dire qu'elle s'inscrirait dans le projet thérapeutique d'ensemble et ne devrait pas être isolée du reste de la prise en charge. Les différentes techniques regrouperaient :

- La plastie abdominale qui consisterait en une dermolipectomie abdominale comprise entre le pubis et l'ombilic, suivie d'un abaissement du plan cutané abdominal restant au niveau du pubis et la reposition de l'ombilic. Elle pourrait être complétée par une lipoaspiration des flancs et de la paroi abdominale résiduelle, une plicature de l'aponévrose des muscles du grands droits ou une cure de hernie ombilicale ;
- La plastie mammaire qui aurait pour but de redonner un volume et une forme mammaire harmonieuse, supprimant le surpoids thoracique antérieur, source de douleurs et de troubles statiques, et les plis de macération inférieurs ;
- La plastie crurale qui consisterait en une exérèse cutanéograsseuse du quart supérieur de la face interne de la cuisse permettant une remise en tension exclusive de cette région. Le geste associerait une lipoaspiration première puis une dermolipectomie sus-faciale ;
- La plastie brachiale qui comprendrait une dermolipectomie brachiale interne, associant une lipoaspiration brachiale interne et une résection cutanée fusiforme, allant de l'aisselle jusqu'à la région olécranienne ;
- Le *body lift* qui s'adresserait aux patients anciennement obèses arrivés au terme de leur amaigrissement et ayant une distension cutanée tronculaire majeure en situation antérieure, latérale, et postérieure. L'intervention « redraperait » les fesses, la région de la culotte de cheval et l'abdomen en un temps. Ce serait une chirurgie douloureuse, dont les suites opératoires seraient importantes ;
- La plastie cervico-faciale s'adresserait aux patients présentant un relâchement cutanéomusculaire des zones médio-faciales et cervicales. L'intervention reposerait sur une incision de type *face-lifting* qui permettrait le « redrapage » harmonieux des tissus. L'association à une lipoaspiration sous mentale pourrait être envisagée.

Cette chirurgie s'accompagnerait de suites opératoires et de complications dont les patients devraient être informés obligatoirement afin de prendre une décision éclairée. Les principales et les plus graves d'entre elles concerneraient les insuffisances respiratoires postopératoires, des syndrômes d'apnée du sommeil, les décompensations métaboliques, l'hypertension artérielle, les complications thromboemboliques, les hémorragies et les déplétions sanguines. Localement et à court terme, des hématomes, des nécroses cutanées, de la cellulite, des cicatrices hypertrophiques ou chéloïdes et des béances vulvaires pourraient survenir après chaque intervention.

Les principaux arguments donnant prises aux controverses autour de l'obésité étant brossés, il nous apparaît intéressant, en conclusion de ces deux sous-sections relatives à la prévention et à la prise en charge de l'obésité, de voir comment ces savoirs experts sont mobilisés et mis en scène au cours d'un débat. L'exposé synthétique de ces différentes conceptions et approches, déduites des publications et communications scientifiques des experts s'engageant dans la lutte contre l'obésité, tend à euphémiser les critiques et les confrontations telles qu'elles se donnent à voir lors de congrès, d'entretiens ou d'émissions radiophoniques ou télévisuelles. Pour redonner chair à ces controverses, nous souhaitons donc revenir plus particulièrement sur les prises de position des professionnels de santé, à propos des régimes alimentaires par exemple, mises en regard avec leurs statuts, leurs activités et les recommandations accompagnant leurs prescriptions thérapeutiques.

Si les alicaments et les anorexigènes mettent en scène l'opposition entre le privé et le public selon un schéma très frayé au sein des études sur les politiques publiques et l'action publique²⁵³ (voir section I.2), les régimes alimentaires impliquent quant à eux des médecins aux profils plus ambigus à la fois cités et consultés en tant qu'experts – représentants d'une certaine déontologie seule garante de leur autonomie professionnelle et de leur liberté de prescription face aux marchés²⁵⁴ – et entrepreneur de régimes ou de méthodes amaigrissantes par ailleurs. A l'occasion de la parution du rapport précité de l'ANSES sur les méthodes amaigrissantes s'est tenu un débat télévisé sur France 5 intitulé « Régimes, quand maigrir fait

²⁵³ Voir concernant la mise sur le marché des produits pharmaceutiques Hauray B., 2006, *L'Europe du médicament : Politique, Expertise, Intérêts privés*, Paris, Presses de Sciences Po.

²⁵⁴ Batifoulier P., Bessis F., Biencourt O., 2011, « La déontologie médicale face aux impératifs de marché », *Politiques et management public*, 28 (1), p. 83-101.

grossir ». Il réunissait trois médecins et la directrice d'un mensuel à destination des consommateurs. L'analyse des prises de positions des médecins au cours de ce débat, en première ligne dans la diffusion et la mise en application des « bonnes pratiques » en matière de prévention et de prescription, illustre parfaitement les apories dont souffre la politique nutritionnelle essentiellement incitative et peu contraignante²⁵⁵.

Cette émission se propose de « décrypter, en compagnie d'invités, l'actualité sociale, politique et culturelle [...] Destinée à un large public, elle aborde tous les sujets qui font l'actualité et donne les clés pour la comprendre [...] à travers des reportages et des débats animés par le journaliste » (source : France 5). Pour ce faire, elle fait appel à des experts aux opinions contrastées afin d'apporter de la contradiction au débat. Pour son émission consacrée aux régimes alimentaires, les producteurs ont invité : Pierre Dukan présenté comme un « médecin nutritionniste [...] désormais l'homme le plus lu de France et parfois le plus critiqué pour ses régimes à succès » dont la « méthode a été traduite en neuf langues dans vingt pays » ; Gérard Apfeldorfer, « psychiatre spécialiste des troubles du comportement alimentaire et des problèmes de poids [...] cofondateur du fameux GROS (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids) », auteur du livre « *Manger en paix* et d'un *Traité sur l'obésité et le surpoids* » ; Frédéric Saldmann, « cardiologue nutritionniste, spécialiste en hygiène alimentaire », auteur des livres « *Les nouveaux risques alimentaires* ainsi que *Les nouvelles épidémies, comment s'en protéger ?* » ; enfin, Marie-Jeanne Lucet, « directrice de la rédaction du mensuel *60 millions de consommateurs* » publiant deux hors-séries « *Maigrir, Pourquoi et comment ?* », et *Maigrir sans faire de régimes* ».

Au cours du débat, trois appréhensions concurrentes des régimes alimentaires à vocation thérapeutique s'opposent :

Il y a le médecin nutritionniste dont le succès éditorial repose sur sa méthode hyper-protéinée dont il fait allègrement la promotion à grand renforts d'arguments :

- scientifiques : « Une étude qui a été commandité par l'Union Européenne. Elle a couté 15 millions d'euros [...] Elle dit, tout simplement, que le meilleur des régimes c'est un

²⁵⁵ Haschar-Noé N., (dir.), 2010, *Sociologie d'une politique préventive de santé publique. Le Programme National Nutrition Santé à l'épreuve de la territorialisation (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais)*, Rapport de recherche pour l'Institut de Recherche en Santé Publique.

régime hyper-protéiné avec beaucoup de viandes maigres, des laitages à 0% et le moins possible de pain et de riz [...] c'est le fond de mon travail » ;

- de santé publique : « Je reçois par hasard l'*Impact Medecine* [...] je lis : “ la prise en charge du surpoids et de l'obésité reste un enjeu majeur dans le diabète. La perte pondérale est une clé du traitement du diabète. On estime qu'une perte de 20 kilos permet de guérir” entre guillemet. De guérir, ce n'est pas d'améliorer et tout ça. De guérir le diabète) » ;
- d'autorité : à la question, « Est-ce qu'il y a un danger à pratiquer le régime alimentaire ? », il répond, « La première réponse, c'est 40 ans. Quarante ans de travail, de pratique de mon régime. En 40 ans, je vous le dis les yeux dans les yeux, je n'ai jamais vu un cas, une personne n'est venu me dire : “ j'ai eu une carence, j'ai eu un problème”, voilà ! » ;
- et, de bon sens : « les gens qui achète mes livres ne sont pas des imbéciles parce que mon livre ce n'est pas le tube de l'été. Il a 10 ans. Donc si les gens l'achètent encore après 10 ans c'est que quelque part on en attend quelque chose » (cf. annexe n°7 – extrait 1).

Il y a le médecin psychiatre dont l'opposition aux régimes est ancienne qui profite de la parution du rapport de l'ANSES – validant ses conclusions : « ce qui est dit c'est que les régimes sont en fait inefficaces tout d'abord. Ensuite, dangereux » – pour promouvoir les thérapies cognitivo-comportementales diffusées au sein de son réseau de santé, le GROS : « heureusement, nous avons d'autres moyens [...] Maintenant, beaucoup d'hôpitaux, beaucoup de médecins se tournent vers ce que l'on sait être sérieux. Par exemple, les thérapies cognitivo-comportementales qui abordent le problème de l'obésité dans sa complexité ». Le principe de cette organisation est de mettre en contact les patients avec un réseau de professionnels de santé formés à ces méthodes ou de les orienter vers un dispositif en ligne payant : <http://www.linecoaching.com/> (cf. annexe n°7 – extrait 2).

Enfin, il y a le médecin cardiologue et spécialiste d'hygiène alimentaire dont les positions oscillent entre l'inefficacité et la dangerosité des régimes alimentaires : « quand les gens font un régime pour maigrir 95% d'entre eux vont regrossir. Autrement dit, ça n'a servi à rien du tout » ; et l'utilité de telles méthodes sur une courte période dans le cadre strict d'un suivi médical, seul pourvoyeur des bons conseils et des astuces qui fonctionnent : « La personne qui a repéré un régime qui fait maigrir. C'est bien comme un starter au démarrage mais

ensuite au long court il faut un régime équilibré [...] pour que ça marche [...] c'est l'écoute médicale qui va adapter, qui va aider, qui va soutenir » (cf. annexe n°7 – extrait 3).

Ces trois profils mettent en exergue les contradictions dans lesquelles sont pris ces médecins. Au-delà de leurs positionnements vis-à-vis des régimes alimentaires qui s'inscrivent dans une lutte entre groupes professionnels pour prendre place sur ce marché récent de la prise en charge du surpoids et de l'obésité, chacun d'entre eux poursuivent des objectifs de santé publique, ceux du PNNS, à savoir diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids, du diabète, de l'hypertension, *etc.* Ils évoquent également des souffrances dont sont victimes les personnes obèses et notent qu'il est également important d'en tenir compte comme la baisse de l'estime de soi ou la stigmatisation des corps gros émanant de l'environnement familial, professionnel ou tout simplement de l'espace public. Ce que Nicolas Dodier²⁵⁶ a proposé d'appeler des « biens en soi » dans le cadre de l'émergence de collectifs de lutte contre le sida. Toutefois, la parole qui leur est donnée au cours de ce débat télévisé à une heure de grande écoute (entre 17h45 et 19h) est aussi l'occasion pour eux de promouvoir leurs méthodes amaigrissantes qu'il s'agisse d'ouvrages de régimes, de conseils d'hygiène ou de thérapies psychologiques. Par conséquent, il est délicat de situer le curseur des intentions de chacun de ces dispositifs thérapeutiques entre la poursuite d'intérêts privés et celle de « biens en soi ». Nous observons qu'au cours des débats les doutes subsistent et ceux-ci sont levés par les protagonistes eux-mêmes alors contraints d'y répondre, comme lors de la séquence reproduite ci-dessous (encart n°15) opposant Gérard Apfeldorfer à Pierre Dukan. Cet affrontement illustre les difficultés auxquelles sont confrontés les promoteurs d'une politique nutritionnelle. Chacun de ces médecins sont des spécialistes des troubles du comportement alimentaire, de l'alimentation et de l'obésité et peuvent se prévaloir d'une expertise dans ces domaines. Ils peuvent à ce titre tirer parti de leurs expériences pour divulguer auprès du grand public, mais également auprès des autres professionnels de santé, leurs méthodes. Ces méthodes, qu'elles soient en adéquation ou non, à une période donnée, avec les recommandations des autorités sanitaires, entretiennent le flou sur ce qui relève des « bonnes pratiques » de santé et des « mauvaises ». Les régimes étaient des thérapeutiques privilégiées avant la mise en évidence en 2010, par la synthèse de l'ANSES, de leur dangerosité. Dès lors, les médecins ayant profité de l'aubaine sur la période précédant la parution du rapport sont aujourd'hui taxés de « marchands de régime » comme le souligne le journaliste en réaction à une question d'un téléspectateur alors même que la demande sociale ne semble pas avoir

²⁵⁶ Dodier N., 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Éditions de l'EHESS, Paris.

baissé en la matière. Marie-Jeanne Lucet, quatrième invité de l'émission dont la parole fut très limitée, faisait observer que :

« Ces régimes, la plupart sont déjà très anciens [...] Vous parliez des hors-séries que *60 millions de consommateurs* a publiés "Maigri sans faire de régimes" date déjà de 2002 [...] Et puis, il y en a un plus ancien encore qui date de 12 ans. Donc ce que je veux dire c'est que les gens qui sont d'abord au régime ne sont pas tous obèses ou en surpoids. Il y a des chiffres sur les comportements alimentaires qui montrent que 30% des femmes qui ont un poids apparemment normal, calculé par l'IMC et qui sont tout à fait normales, 15% des femmes qui sont même minces font un régime. 60% des femmes actuellement, des adultes, se trouvent trop grosses ; 44% des hommes. Et un chiffre encore plus ahurissant 47% des adolescentes entre 11 ans et 14 ans se trouvent trop grosses. Donc, c'est quand même... Voilà tout ce que ça produit ces messages contradictoires. Pendant ce temps-là, l'obésité progresse elle véritablement. Donc première chose il n'y a pas que des obèses ou des personnes en surpoids qui veulent maigrir et c'est là tout le problème ».

Encart n°15 : Extrait du verbatim de l'émission « Régimes, quand maigrir fait grossir » diffusé sur France 5 en décembre 2010

Gérard Apfeldorfer : Mais, monsieur Dukan, nous ne contestons pas que maigrir soit une excellente chose. Et d'ailleurs, je passe mon temps, c'est ma profession à aider des patients qui sont en surcharges pondérales ou obèses à perdre du poids. La question n'est pas là. La question c'est que **votre méthode amaigrissante ne marche pas sur le long terme**. Elle marche sur le court terme...

Pierre Dukan : (interrompant Gérard Apfeldorfer) J'ai une étude...

Gérard Apfeldorfer : (reprenant la parole) Monsieur Dukan, vous êtes génial, vous êtes merveilleux. **Il y a pratiquement toute la littérature internationale qui montre un certain nombre de choses**. Finalement tous les pays qui sortent des... tous les travaux universitaires qui sortent des études. **Et ces études pour vous ça ne compte pas**. En fait...

Pierre Dukan : Mais je vous donne la dernière étude...

Gérard Apfeldorfer : Oui (cacophonie)

Pierre Dukan : Vous dites que celle-là... temporalité. Vous avez des mots comme ça qui sortent du frigidaire. Temporalité, monsieur Apfeldorfer, j'ai beaucoup de respect pour vous. Il fut un temps où je vous envoyais des patients qui étaient anorexiques. Parce que je sais que **vous êtes psychiatre et que vous êtes spécialiste des cas difficiles. Vous n'êtes pas un spécialiste des cas faciles.** Vous êtes au contraire parce que je vous ai envoyé...

Gérard Apfeldorfer : (interrompant Pierre Dukan) **Il n'y a pas de cas faciles.**

Pierre Dukan : Non, non, non. Si, il y a des cas faciles...

Gérard Apfeldorfer : Il n'y a pas de cas faciles !

Pierre Dukan : Si, vous êtes psychiatre. Je ne suis pas psychiatre...

Gérard Apfeldorfer : Il n'y a pas de cas faciles, monsieur !

Pierre Dukan : L'anorexie mentale c'est un cas difficile...

Gérard Apfeldorfer : Oui

Pierre Dukan : Vous pouvez dire ce que vous voulez une femme qui vomie et qui est boulimique...

Gérard Apfeldorfer : **Alors voilà, monsieur Dukan il soigne les cas faciles et alors avec lui ça marche bien mais ce n'est pas vrai !** Ecoutez...

Pierre Dukan : Non, non, non vous prenez la partie pour le tout. Vous êtes psychiatre. Vous traitez des cas psychiatrique et vous projetez...

Gérard Apfeldorfer : Mais je ne traite pas des cas psychiatrique...

Pierre Dukan : Si, laissez-moi finir ! Vous êtes psychiatre donc vous traitez des cas psychiatrique...

Gérard Apfeldorfer : Mais je travaille...

Pierre Dukan : ...et vous projetez sur...vous prenez la partie pour le tout. C'est-à-dire que dans **vos** profession, vous voyez des cas psychiatriques et vous vous dites : « oh ces gens-là il ne faut surtout pas les brusquer, il ne faut surtout pas leur donner des régimes ». Mais les gens ils viennent parce qu'ils ont envie de maigrir et ils vous disent : « je veux du directif. Je veux du vrai, du solide » et pas des perlinpinpins et manger du chocolat.

Gérard Apfeldorfer : Monsieur Dukan, monsieur Dukan, les patients que vous prenez en charge deviennent des cas psychiatriques et ensuite ils viennent me voir.

Pierre Dukan : **En tout cas moi, quand je vous ai envoyé des patients, ils sont tous venu me dire : « monsieur Apfeldorfer m'a conseillé de manger du chocolat ». Et j'ai appris par hasard que vous êtes sponsorisé par Mars.** Alors moi personnellement ça me fait quelque chose. Vous m'avez attaqué *ad hominem*. Vous m'avez parlé de mes patients que vous voyez après. Donc ce n'était pas un argument que je comptais...

Gérard Apfeldorfer : (tente de prendre la parole)

Pierre Dukan : Répondez-moi sur Mars.

Journaliste : Mars c'est très bien, vous l'avez sorti, vous l'assumez et du coup vous répondez (cacophonie) et on va essayer de passer à autre chose. Allez, Mars ça repart !

Gérard Apfeldorfer : **Quand l'Edf fait des campagnes pour économiser l'énergie. En fait il travaille contre eux et personne n'y voit à redire. C'est une action citoyenne. Et bien, quand Mars accepte de sponsoriser les congrès que nous tenons, sachant très bien que finalement le GROS et le travail que nous faisons consiste à aider les gens à manger moins de produits Mars et à manger moins de produits... A les manger en les appréciant mais finalement à en manger beaucoup moins. Et bien là aussi je pense que c'est une action citoyenne.**

Pierre Dukan : Ce n'est pas vrai !

Journaliste : Donc vous assumez. Vous dites oui c'est vrai mais ça ne m'empêche pas de faire mon travail proprement. Vis-à-vis de nos téléspectateurs...

Gérard Apfeldorfer : Ce sont des sponsors...

Pierre Dukan : **C'est LE sponsor. C'est VOTRE sponsor principal.** Il est entré au GROS avec du chocolat qui coule et du caramel dessus. Sur votre site...

Gérard Apfeldorfer : **Et alors ? Moi je n'ai rien contre Mars.**

Journaliste : **Mars attaque ça fait mal !**

Pierre Dukan : Non, non, non, attendez...

Gérard Apfeldorfer : (sourires) Je n'ai rien contre Mars, je n'ai rien contre le chocolat...

Pierre Dukan : **Si, je considère que vous êtes un martien...**

Gérard Apfeldorfer : (rires)

Pierre Dukan : Parce que **vous êtes adonné à Mars** et quand vous êtes... Nous avons...

Gérard Apfeldorfer : **Mais je suis adonné à toutes les chocolateries ici !** (sourires)

Pierre Dukan : **Nous avons été opposés dans un débat, déjà, dans lequel vous avez dit, j'ai la cassette et je peux vous la montrer, vous avez dit : « moi je conseille aux gens de manger du chocolat ».**

Gérard Apfeldorfer : Exactement, exactement.

Pierre Dukan : J'ai été estomaqué parce que dire à des gens qui font 20 ou 30 kilos...

Gérard Apfeldorfer : **Exactement ! C'est vrai, c'est parfaitement exact. Je pense qu'on peut maigrir en mangeant du chocolat.** Moi je mange du chocolat tous les jours.

Pierre Dukan : D'accord mais vous êtes mince.

Gérard Apfeldorfer : Mais je ne l'ai pas toujours été monsieur Dukan.

Pierre Dukan : oui, bon... au gens qui ont 20 ou 30 kilos, manger du chocolat moi ça m'avait révolté.

Gérard Apfeldorfer : Oui parfaitement, grâce aux approches que nous avons les gens peuvent maigrir en mangeant du chocolat, en mangeant tout ce qu'ils aiment bien dans des quantités qui correspondent à leur appétit en faisant attention à leurs sensations alimentaires de faim et de rassasiement. Ils apprennent à se comporter normalement avec tous les aliments.

Par ailleurs, même si le rapport de force s'est inversé en faveur des méthodes ne faisant pas usage des régimes alimentaires, les thérapies cognitivo-comportementales souffrent elles aussi d'une image mercantile. La suspicion de conflit d'intérêt évoqué par Pierre Dukan au sujet du financement des congrès du GROS par des entreprises agroalimentaires, mais pas seulement (cf. annexe n°8), suffit parfois à discréditer en partie ces initiatives au regard des autorités publiques méfiantes dès lors que des intérêts privés se greffent sur des dispositifs de santé comme en atteste cet extrait d'entretien avec un responsable du PNNS à la DGS (juin, 2010) : « aujourd'hui on crée à tire-larigot des fondations dans tous les sens, des fondations qui permettent des fonds privés [...] de défiscaliser un certain nombre de bénéficiaires de façon à se créer de la notoriété au travers d'une fondation. Je ne critique pas. Il y a des actions qui sont très bien faites mais c'est vrai qu'en agissant de la sorte on appauvrit l'État et l'action publique de ce fait là. Moi ça me...ça m'agace ». Outre ces considérations, ce qui semble faire défaut c'est le manque de formation et d'harmonisation sur la question de la nutrition en tant que spécialité médicale, insuffisamment reconnue comme telle, et non son inscription à l'agenda politique comme solution unique aux affections de longue durée comme le pointe les intervenants en fin d'émission :

Pierre Dukan : « Il y a en France 20 millions de gros, 6 millions d'obèses. Entre 6 et 7. Et il y a 300 nutritionnistes. Et l'ANSES dit que pour faire maigrir quelqu'un il faut non seulement un nutritionniste c'est-à-dire quelqu'un de spécialisé, pas un généraliste, si possible aidé par un psychiatre et si possible aidé par un endocrinologue. Ça veut dire que 300 nutritionnistes plus deux multidisciplinaires, plus deux personnes. Comment voulez-vous qu'on traite 6 millions d'obèses. On sait qu'un obèse, par exemple quelqu'un qui a 30 ou 40 kilos de trop, il va vivre 4 ou 5 ans de moins. Comment voulez-vous les traiter ? Comment ? [...] »

Gérard Apfeldorfer : « Pierre Dukan, je ne vous contesterai pas le fait qu'effectivement il n'y a pas suffisamment de médecins compétents pour pouvoir prendre en charge les problèmes qu'il y a ».

Conclusion partie II – À la croisée des mondes : des enjeux de groupes professionnels et de visions du futur

Les diverses conceptions de l'obésité, de sa prévention et de sa prise en charge attestent, selon nous, d'une controverse entre des formes d'engagement experts s'ancrant dans deux visions du futur différentes. L'une que nous qualifions de « nutritionnelle » fait le pari d'un risque majeur de développement épidémique de la maladie justifiant l'intervention des pouvoirs publics ; la seconde que nous nommons « socio-psychologisante » nie une telle évolution et mise quant à elle sur une surmédicalisation de la corpulence au fondement de pratiques inadaptées contre-productives susceptibles d'accentuer le phénomène de la prise de poids. Ces différents engagements se caractérisent alors par :

- des formes de connaissances spécifiques (manières de définir et de mesurer l'obésité conduisant à formuler des scénarios mettant en scène des futurs distincts) ;
- des systèmes de valeurs différents (mise en cause des comportements individuels ou au contraire des normes alimentaires et corporelles) ;
- des modes d'existence et de rapports entre les individus distincts (actions préventives et thérapeutiques plus ou moins distanciées : campagnes de prévention par des messages sanitaires, éducation thérapeutique, co-thérapie pluridisciplinaire, ...).

Les prises de position, à l'aune d'une réflexion institutionnelle sur l'élaboration du PNNS(3) et de la réorganisation des professions intermédiaires dans le secteur de la santé²⁵⁷, éclairent sous un jour nouveau ces oppositions et révèlent par là même implicitement les intérêts sous-jacents aux fondements des engagements experts. Ne disposant pas de la même visibilité sur l'arène médiatico-politique, ces deux perspectives s'opposent dans un espace en cours de constitution. Les luttes définitionnelles permettent alors à ces acteurs de se positionner de façon originale. Il s'agit finalement pour eux de capter les ressources (matérielles et symboliques) dont est pourvoyeuse la lutte contre l'obésité. L'activité physique, par exemple, connaît actuellement, *via* le PNNS(3) (voir partie I), un regain d'intérêt de la part des pouvoirs publics, suite aux échecs liés à la recherche de traitements médicamenteux anti-obésité, à la légifération des publicités agroalimentaires et au modèle thérapeutique déclinant

²⁵⁷ Comme en atteste le rapport intitulé : « Propositions pour le PNNS 2011-2015 » (novembre 2010) et le rapport relatif aux « métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer » (janvier 2011).

des régimes amaigrissants. Par conséquent, les professionnels agissant sur ce levier profitent de l'aubaine et renversent partiellement les asymétries qui se sont créées au moment de la mise en place du PNNS(1) qui privilégia la dimension alimentation dans la première phase de sa mise en œuvre.

Ces tensions nous semblent liées à la reconnaissance de disciplines scientifiques nouvelles ou de groupes professionnels nouveaux dans le secteur de la santé ainsi qu'à l'affirmation de disciplines et de professions déjà reconnues mais mal établies. Trois raisons principales à cela selon nous : soit parce qu'elles ne constituent pas des spécialités à part entière comme c'est le cas de la médecine du sport²⁵⁸ par exemple, soit parce qu'il s'agit de métiers issus de filières universitaires récemment constituées comme dans le cadre des éducateurs médico-sportif en APA²⁵⁹, soit enfin parce qu'elles n'ont pas encore obtenu le « privilège suprême [...] qui est assurément le remboursement par la sécurité sociale des actes effectués par des praticiens libéraux²⁶⁰ » comme c'est le cas des psychomotriciens²⁶¹ ou des diététicien(ne)s. Il faut par ailleurs souligner combien chacun de ces groupes professionnels qui revendiquent une construction savante, une expertise concernant la lutte contre l'obésité, veulent faire preuve de scientificité et de compétence comme en atteste l'extrait suivant : « à en croire le philosophe Michel Serres (*Variations sur le corps*, éd. Le Pommier, 2002), les « jouissances de base » de l'être humain sont pourtant liées à son activité physique, à savoir respirer, s'éveiller, tenir debout, sauter, marcher, courir, porter, etc. En regardant de près cette liste non exhaustive, on peut y reconnaître grossièrement les différentes étapes de l'évolution psychomotrice de l'enfant. [...] La proprioception se nourrit de notre activité physique, mais d'une activité physique vécue, ressentie comme étant l'expression d'une intention, d'un désir. [...] Il est bien

²⁵⁸ Leur non-accession à la qualité de spécialité est responsable d'une multiplicité de statuts, de fonctions et de lieux d'exercice. Il s'agit de compétences acquises par des formations complémentaires ou des diplômes universitaires (DU). Voir sur l'émergence historique de la médecine du sport et des médecins du sport : Viaud B., 2009, *Panser les deux mondes. Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances*, Thèse de 3^{ème} cycle en Sociologie, Université de Nantes – Faculté des lettres et des sciences humaines, Nantes.

²⁵⁹ Chantelat P., Perrin C., 2010, « Les éducateurs médico-sportifs : une activité émergente, inscrite dans le monde médical », in Demazière D., Gadéa C., (dir.), *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte, coll. « Recherches », Paris.

²⁶⁰ Grabot D., 2004, *Psychomotricien : émergence et développement d'une profession*, Éditions Solal, coll. « Psychomotricité », Marseille, p. 249.

²⁶¹ Profession et filière sanctionnées depuis 1974 (Décret N°74-112) par un diplôme d'État et dont le champ de compétences a été défini en 1988 (Décret n°88-659).

évident que, pour ces approches [...] il faut recourir aux services d'un professionnel diplômé²⁶² ». Le déficit de reconnaissance ou de financement pour les uns (médecins du sport ou de santé publique, nutritionnistes, éducateurs médico-sportifs, ...) conduisent à des formes de coordination singulières. Les nutritionnistes généralistes et les médecins du sport, souvent physiologistes, par exemple, prescrivent et conseillent de l'activité physique à leurs patients et délèguent aux éducateurs médico-sportifs la coordination des soins et la mise en œuvre de cette prise en charge, qui relève de compétences spécifiques, dans des réseaux de prévention et de soins²⁶³. Face à cette concurrence, il s'agit pour les autres, psychiatres, psychomotriciens, *etc.*, en position fragile, de se démarquer et de se différencier en bousculant les certitudes médicales, pour partie liées à des protocoles de recherche expérimentaux et statistiques valorisés par les administrations²⁶⁴. En revanche, nous constatons également que certains individus n'ont pas voix au chapitre dans le cœur de ces controverses comme les associations de personnes obèses ou de consommateurs. Elles font l'objet d'attaques sévères quant à leurs actions et sont par conséquent relayées à la marge. Elles doivent alors adosser leur parole aux expertises académiques ou professionnelles. Leur engagement – s'il est manifeste sur la scène médiatico-politique et publique au regard des thématiques développées dans notre première partie – confine à la participation timide dans cet espace des controverses où l'administration de la preuve est discutée entre pairs et spécialistes. Le pari subsidiaire de la *fat acceptance* aussi appelé *size acceptance*, tel qu'il s'observe aux États-Unis²⁶⁵, est rendu inacceptable dans le système sanitaire français par la communauté des experts de l'approche « nutritionnelle » qui gardent la main sur ce dossier comme en atteste cet extrait d'entretien:

« Il ne faut pas non plus que les associations d'obèses soient dans le prosélytisme de l'obésité. L'obésité est une maladie. On ne l'est pas forcément en ayant fait exprès, mais, qu'on fasse du prosélytisme en disant qu'être obèse c'est être bien, ça non. Ça non. Ça ne tient pas la route. Je ne connais pas un obèse heureux, ne serait-ce que par

²⁶² Article de Pierre Dalarun (psychomotricien) disponible sur le site internet du GROS et intitulé : « Mieux considérer son corps ».

²⁶³ Lefebvre B., Perrin C., Camy J., 2012, « L'émergence d'un nouveau territoire professionnel de l'activité physique dans le secteur sanitaire et social. Le cas des coordonnateurs en activité physique adaptée et santé dans les Réppop », *Revue européenne de management du sport*, 35, p. 44-57.

²⁶⁴ Desrosières A., 1997, « Du singulier au général. L'argument statistique entre la science et l'Etat », in Conein B., Thévenot L., (dir.), *Cognition et information en société*, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. « Raisons pratiques », p.267-282.

²⁶⁵ Saguy A.C., Riley K.W., 2005, *op.cit.*

l'entrave à la liberté que représente l'obésité, aux déplacements et aux bobos de santé sans parler des maladies de santé. Autant je pense que l'obèse a gagné progressivement sa place dans la société. On est de moins en moins dans la chasse à l'obèse, mais dans la chasse de l'obésité. Autant il ne faut absolument pas qu'il y ait de valorisation prosélyte de l'obésité comme un état que l'on doit revendiquer. On ne revendique pas le droit aux autres de devenir obèse. Il faut au contraire les mettre en garde pour qu'ils ne le soient pas, parce que chaque obèse a sa part de malheur en lui et il la porte, il l'assume, il la gère et il la combat, mais en rien il n'est heureux de l'avoir » (entretien avec un endocrinologue/nutritionniste, fondateur de l'Observatoire de l'obésité - Obobs, février 2010).

Cette difficulté de faire reconnaître un droit à être obèse semble essentiellement due en France au fait que l'assurance maladie (financée pour partie par les cotisations sociales) rembourse (complètement ou partiellement selon les cas) les frais de traitement lorsque les personnes obèses consultent et sont prises en charges. Elle tend à accréditer l'idée selon laquelle il serait inacceptable de laisser faire alors qu'une telle attitude aurait pour effet d'accroître le déficit de l'assurance maladie et d'accentuer les charges qui pèsent sur le dos du contribuable « sain » dans le cas où cette « épidémie » se propagerait. Aux États-Unis, le système de santé diffère et seul les individus qui contractent (et par conséquent payent à leur charge) des assurances auprès d'organismes spécialisés bénéficient d'une couverture maladie. Il serait par conséquent moralement moins scandaleux, aux yeux de la population non concernée par l'obésité et des professionnels de santé, que ces revendications puissent voir le jour dans de telles conditions.

La formation de ces corps disciplinaires et professionnels suppose donc une véritable épistémologie susceptible de fonder leurs engagements, où l'obésité ne revêt pas les mêmes significations (pathologie, trouble du comportement alimentaire, addiction, déviance sociale, ...). Si la partition admise jusqu'à présent : « aux médecins le corps, aux psychologues l'âme et aux psychomotriciens les troubles et les maladies entre les deux²⁶⁶ », il semble que ces affections chroniques ou de longues durées nouvellement problématisées et mises à l'agenda politique perturbent les équilibres en présence. Ainsi, nous avons tenté de distinguer deux types d'experts : le cliniciens et le conseillers en santé publique qui se caractérisent, indépendamment de leur vision concernant le devenir de l'obésité en France et de la charge critique dont ils sont porteurs, par : leur ancrage disciplinaire ; le rapport qu'ils entretiennent

²⁶⁶ Grabot D., 2004, *op. cit.*, p. 10.

dans la prise en charge du patient obèse ; les structures dans lesquelles ils s'insèrent ; leur relation au secteur marchand ; et, la manière dont ils traduisent leurs connaissances en dispositifs et instruments pour l'action.

	Cliniciens	Conseillers en santé publique
Appartenance disciplinaire ou professionnelle	Psychiatrie, Psychologie, Endocrinologie, Pédiatrie, Chirurgie, Diabétologie, Cardiologie, Gastro-entérologie, Médecine générale, Médecine interne, Diététique, Psychomotricité, Activité physique adaptée, Kinésithérapie	Épidémiologie, Santé publique, Sociologie, Sciences de gestion, Physiologie, Biologie, Génétique
Rapport au patient	Situé – Individualisation de la prévention et de la prise en charge	Distancié – Focalisation sur la population générale et l'environnement (alimentaire et social)
Structures d'insertion	Cabinet médical, Service hospitalier, Réseau de santé, Centre spécialisé	Agence sanitaire, Laboratoire de recherche, Service de l'état centralisé
Relation au privé	Perméable	Méfiant
Formes de traduction	Hermétisme clinique/Hybridation des savoirs	Top-down (recommandations)/Juxtaposition de compétences

La problématique de l'obésité a pour originalité d'être initialement porté par ce que Patrice Pinell²⁶⁷ désigne comme la médecine sociale, dominée dans le champ médical par la médecine clinique. Les épidémiologistes, les médecins de santé publique et les endocrinologues dans une moindre mesure ont su très tôt se positionner sur cette question par l'intermédiaire de la nutrition. La construction de l'obésité en une entité pathologique à forte progression, justifiant leur approche « nutritionnelle », en fait également une ressource pour

²⁶⁷ Pinell P., 2009, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue Française de Sociologie*, 50 (2), p. 315-349.

nombres d'autres acteurs tels que les industries pharmaceutiques ou les industries agroalimentaires comme nous l'avons vu en première partie. S'ils envahissent l'espace médiatique de leurs messages de prévention, ils subissent les critiques émises par les tenants d'une approche « socio-psychologisante » sur laquelle s'adosent les associations de personnes obèses, notamment lorsqu'elles reprennent dans l'espace public les arguments relatifs à la restriction cognitive et à la stigmatisation sociale pour dénoncer, par exemple, les campagnes tarifaires des compagnies aériennes. En déplaçant les termes du débat sur des questions relatives aux troubles du comportement alimentaire, à la stigmatisation et aux inégalités sociales de santé, les partisans de cette perspective parviennent à faire valoir leurs points de vue à la faveur de faits divers médiatisés et d'études contradictoires. Ils contribuent par là même à rendre crédible leur pari, contestant la tendance épidémique de l'obésité, comme le confirmerait les outils métrologiques de leurs adversaires (Obépi 2012) qui notent un net ralentissement de l'évolution de la pathologie en France, voire une stagnation.

De telles redéfinitions invitent donc les experts « instituants », représentant l'action gouvernementale, à reconsidérer leur périmètre d'intervention dans le domaine de l'obésité. La scission du PNNS(3) et du Plan obésité (PO) participe de cette dynamique consacrant le retour, aux commandes de la lutte contre l'obésité, de la médecine clinique. L'enjeu pour ces experts est alors de ne pas définitivement perdre la face, du fait de la réalisation mal engagée de leur pari (« Si on ne fait rien, la France aura rattrapé les États-Unis et ses 32 % d'enfants en surpoids d'ici 2020 »), ainsi que les ressources allouées à leur programme. Dans un contexte où l'injonction à réduire les déficits contraint les marges d'action de l'État, les questions relatives à l'évaluation des programmes d'action publique et de leur efficacité se posent. Il importerait d'apporter la preuve de l'efficacité de leurs campagnes de prévention, ne serait-ce que pour pouvoir soutenir l'argument selon lequel la diminution de la progression de la prévalence de l'obésité résulterait, au moins en partie, des campagnes de prévention menées jusqu'à présent. A cet effet, un site internet est en cours de développement sous le sobriquet d'Évalin, guide d'évaluation des interventions en nutrition : <http://www.evaluation-nutrition.fr/>. Développé par l'école de santé publique de Nancy, avec l'appui financier de la DGS, il s'agit d'un « outil de pilotage et de chiffrage au niveau national [...] La cible de ce projet concerne les acteurs de terrain aux niveaux régional et local » et l'objectif désigné serait la « mutualisation des expériences » afin de rendre visible « tous ce qui se fait dans le

domaine de la prévention et de la prise en charge par la nutrition²⁶⁸ ». Cette adaptation témoigne de la capacité de ces acteurs à intégrer, dans le temps, les critiques qui lui sont faites et de réviser leurs jugements experts. A l'instar de la notion de « développement durable²⁶⁹ », l'approche nutritionnelle s'inscrit dans une logique de totalisation. Elle se présente comme soucieuse de non stigmatisation et d'équilibre psychologique, comme une discipline non tournée exclusivement vers des préoccupations diététiques, mais intégrant l'activité physique. Dans sa 3^{ème} version, le PNNS se fait particulièrement attentif aux inégalités sociales de santé. Bref, beaucoup de chemin parcouru depuis un PNNS(1) se présentant, et étant perçu, comme luttant principalement contre l'obésité depuis des préconisations alimentaires.

Enfin, l'enquête montre combien le PNNS est un bon analyseur des recompositions de l'action publique de prévention sanitaire, marquées par la fragmentation des initiatives et le pluralisme des dispositifs mis en œuvre. Le cas de la commercialisation des régimes alimentaires par des médecins, ou celui du financement des recherches et des activités scientifiques liées à l'obésité par des fonds privés, ne manquent pas de faire débat entre les experts. Ces arguments viennent alors nourrir la dimension axiologique des controverses, en opposant le bien commun sanitaire aux intérêts privés, soit les tensions « sain »/« malsain » et « public »/« privé » mise en évidence par l'expérimentation conclusive de notre première partie. Par là même, ils expriment un processus qui semble s'accroître d'après les recherches sur les sciences²⁷⁰, à savoir la commercialisation des savoirs scientifiques par les chercheurs eux-mêmes. Au-delà du PNNS, ce sont plus précisément les questions de coordination entre ces différentes approches qui nous interrogent. L'expertise médicale, regroupant les médecines sociales et cliniques, conserve sa position hégémonique et reste le pivot autour duquel s'organise l'action de l'État du fait de son statut valorisé par les instances sanitaires et les patients. La critique sociale, portée par les psychologues, les sociologues, les généticiens, les addictologues, ... semble laissée pour compte. Plusieurs auteurs se sont penchés sur son développement dans le domaine de la santé²⁷¹. Daniel Benamouzig et *al.*²⁷² insistent sur leur

²⁶⁸ Propos recueillis dans le cadre du colloque tenu à la Direction Générale de la Santé (Paris) intitulé : « Évaluation des interventions en nutrition » le 12 décembre 2012.

²⁶⁹ Chateauraynaud F., 2011, *Argumenter dans un champ de forces. Essai de balistique sociologique*, Éditions Pétra, coll. « Pragmatismes », Paris.

²⁷⁰ Vinck D., 2007, *Sciences et société. Sociologie du travail scientifique*, Armand Colin, Paris.

²⁷¹ Barthe Y., Rémy C., 2010, « Les aventures du syndrome du bâtiment malsain », *Santé publique*, 22 (3), p. 303-311 ; Benamouzig D., 2010, « L'évaluation des aspects sociaux en santé. La formation d'une expertise sociologique à la Haute autorité de santé », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1-2, 64^e année, p.187-212.

déficit chronique de reconnaissance par le monde médical. La critique ne discute généralement pas du bienfondé du savoir médical. Elle pointe à la fois son hégémonie et ses limites. Il en va de même lorsqu'elle porte sur la médecine de l'obésité. Les sciences humaines sociales (SHS) mettent ainsi en évidence ses carences dans sa capacité à soigner ou à prévenir la pathologie, du fait de la non prise en compte de certaines dimensions relevant davantage de l'humain (au sens non biologique du terme) ou de l'organisationnel. C'est donc comme des compléments à la médecine que se présentent la plupart du temps les SHS, d'où l'intérêt de se pencher sur les modes de coordination entre ces différents savoirs et de considérer plus globalement la question de la pluridisciplinarité, fréquemment soulevée comme déterminante dans la dynamique du débat public et des controverses par l'ensemble des protagonistes, et des usages qui en sont fait. Jusqu'où s'étendent les frontières de cette médecine, dont nous venons de pointer les singularités, et comment se coordonne-t-elle avec les sciences critiques à son égard ?

²⁷² Benamouzig D., Barbier J.C., Geoffard P.Y., Duvoux N., 2011, « Les sciences sociales à l'épreuve de l'expertise », *Sociologie*, 2 (1), p.91-105.

Partie III

LA MEDECINE DE L'OBESITE ET SES FRONTIERES

Éloignons-nous des écrits des experts. Nous ne les quitterons pas tout à fait cependant. Nous les suivrons en effet lorsqu'ils s'intéressent à ce qu'ils nomment la « pluridisciplinarité²⁷³ » qu'ils désignent comme le fondement de la médecine de l'obésité. Nous entrons dans un nouveau processus. Nous ne sommes plus dans l'espace du débat public, nous avons quitté également les lieux de contestation des jugements experts – au sujet du statut à accorder aux obésités et aux différentes manières de les prévenir et de les prendre en charge – pour centrer notre attention sur ce moment au cours duquel les médecins, avec d'autres acteurs, élaborent un constat partagé. Autrement dit, il s'agit d'observer cette même expérience sociale dans ce qu'elle a de « calme²⁷⁴ ». Alors que des voix s'élèvent contre une médecine qui ne parviendrait pas à faire maigrir durablement (voir partie I et II), nous interrogerons cette figure qui résiste aux confrontations et s'érige comme une entité transcendante, autrement dit sans corps, dont la tâche semble être de réaffirmer un ordre dans un contexte d'intérêts divergents. Ce que Luc Boltanski désigne comme des institutions²⁷⁵. À travers la pluridisciplinarité, le destin de chaque individu, discipline scientifique ou groupe professionnel, considérés séparément, est mis entre parenthèse. Cette nouvelle forme d'action correspond à une rupture importante dans l'engagement des experts. Lorsqu'ils traitent des obésités en régime de controverse, ils doivent chercher et trouver les réponses aux questions de la raison d'être de leurs jugements et de leurs finalités. En même temps, dans les activités ordinaires de la prévention de l'obésité et du traitement des patients obèses, ils cherchent à

²⁷³ La notion peut recouvrir d'autres formes d'appellation dans notre corpus interdisciplinarité, transdisciplinarité, etc. Pour une revue de question exhaustive sur l'émergence des réflexions pluri-, multi-, trans-, inter-, disciplinaires dans l'étude des sciences et des technologies voir Trabal P., Collinet C., Terral P., (dir.), (2014), *Le travail scientifique interdisciplinaire : réalités et contraintes*, Rapport pour l'Agence Nationale de la Recherche, Université Paris Ouest Nanterre. Pour servir l'analyse, nous avons fait le choix de considérer le terme « pluridisciplinarité » dans un sens générique afin de ne pas qualifier de manière aprioriste les modes de relation entre les disciplines et leurs manières de collaborer.

²⁷⁴ Quéré L., 2004, « Pour un calme examen des faits de société », in Lahire B., (dir.), *À quoi sert la sociologie ?*, La Découverte, Paris, p. 79-94.

²⁷⁵ Boltanski L., 2009, *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Gallimard, Paris.

maîtriser les processus de leur propre constitution en sous-champ²⁷⁶ disciplinaire, ou plutôt dans le cas présent pluridisciplinaire, entre autres *via* la connaissance qu'ils acquièrent d'eux-mêmes, de leur organisation et de leur fonctionnement. Ainsi, au quotidien, bien que des différents soient manifestes, ils sont le plus souvent laissés à l'état latent. Il est en effet fréquent de s'en remettre à des institutions ou des organisations, à des dispositifs et à d'autres personnes qui, de fait mais pas toujours explicitement, interviennent dans le cours de l'action. Il s'agit donc pour nous de comprendre comment la « pluridisciplinarité » agit et marque la vie des individus et des choses. Comment elle contribue à pérenniser certaines catégories et certains statuts ? Autrement dit, nous questionnerons son caractère instituant, soit les différents modes d'existence du « faitiche²⁷⁷ » désignant cette médecine pluridisciplinaire de l'obésité, c'est-à-dire, rappelons-le, « les fictions qui sont toutefois hautement réelles, des fictions que d'autres "acteurs" peuvent chercher à réduire ou dénaturer, mais qui sont dotées d'une performativité matérielle, sociale et discursive puissante et particulière²⁷⁸ ».

L'étude de la diffusion scientifique de la pluridisciplinarité donne à voir plusieurs mises en scène²⁷⁹ de celle-ci. Elles oscillent entre une posture normative : la pluridisciplinarité comme mode privilégié de l'organisation du travail scientifique, mot d'ordre émanant souvent des politiques ou des experts instituant dans un souci de connexion plus directe avec la demande sociale ; et, des préoccupations de défense territoriale où, à travers la promotion d'un

²⁷⁶ « La notion de champ est là pour désigner cet espace relativement autonome, ce microcosme doté de ses lois propres. Si, comme le macrocosme, il est soumis à des lois sociales, ce ne sont pas les mêmes. S'il n'échappe jamais complètement aux contraintes du macrocosme, il dispose à son égard d'une autonomie partielle, plus ou moins marquée. Et l'une des grandes questions qui se posera à propos des champs (ou des sous-champs) scientifiques sera précisément le degré d'autonomie dont ils jouissent [...] L'un des problèmes connexes sera évidemment de savoir quelle est la nature des contraintes externes, la forme sous laquelle elles s'exercent, crédits, ordres, commandes, contrats, *etc.*, et sous quelle forme se manifestent les résistances qui caractérisent l'autonomie, c'est-à-dire quels sont les mécanismes que le microcosme met en place pour s'affranchir de ces contraintes externes et être en mesure de ne reconnaître que ses propres déterminations internes », Bourdieu P., 1997, *Les usages sociaux de la science. Pour une sociologie clinique du champ scientifique*, Éditions de l'INRA, Paris.

²⁷⁷ Latour B., 1996, *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris.

²⁷⁸ Pestre D., 2012, « Épistémologie et politique des sciences and transnational studies », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6 (3), p. 15.

²⁷⁹ Collinet C., Terral P., Trabal P., 2012, « La revue STAPS et l'interdisciplinarité : une étude socio-informatique », *STAPS*, 96-97 (2), p. 29-47.

dispositif de recherche ou de prise en charge, chacun essaye de faire valoir l'utilité des connaissances émises dans le cadre de sa discipline et des collaborations qu'elles peuvent initier avec d'autres spécialités, groupes professionnels ou industriels, *etc.*

Dans la première section de cette partie, nous étudierons, à l'aune de cette grille de lecture, les différents usages qui sont fait par les experts de ce terme « pluridisciplinarité ». Nous verrons que la complexité de la maladie, à l'instar de ce qu'a pu observer Patrice Pinell dans le cadre de la naissance de la cancérologie²⁸⁰, a fait émerger la nécessité de prendre en charge les patients de façon pluridisciplinaire dans des services ou des centres spécialisés réunissant chirurgiens, psychologues, endocrinologues, *etc.* Si des divergences entre eux peuvent exister selon leurs disciplines d'appartenance (voir partie II), notre enquête ne fait état d'aucunes critiques émises à l'encontre de ce mode d'organisation. Tous plaident pour une pluridisciplinarité qui constitue le cœur de ce que devrait être cette médecine de l'obésité. Les usages différenciés de la pluridisciplinarité posent alors la question de la nature des liens que ces collectifs d'experts entretiennent avec l'académie de médecine et ses spécialités institutionnalisées. L'enjeu est-il académique ? Autrement dit, les engagements experts en faveur de cette pluridisciplinarité ont-ils vocation à faire reconnaître une nouvelle spécialité médicale : l'« obésologie²⁸¹ » ?

Qu'ils s'agissent de l'organisation de l'enseignement et de la recherche, avec l'écriture et la publication scientifique par exemple, ou des modalités du travail en équipe dans des services hospitaliers hiérarchisés, la médecine mobilise la plupart du temps des spécialités identifiées²⁸². En ce sens la disciplinarité reste un régime de production scientifique incontournable qui pose la question de l'identification des disciplines et de la délimitation de leurs territoires et de leurs frontières²⁸³ dans le cadre de la médecine de l'obésité. Dans la

²⁸⁰ Pinell P., 1987, « Fléau moderne et médecine d'avenir. La cancérologie française entre les deux guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68, p. 45-76.

²⁸¹ Nous paraphrasons ici Catherine Grangeard dans un texte de 2007 intitulé « Le poids des représentations : transfert et contre-transfert en chirurgie bariatrique », *Obésité*, 2 (4). Article au sein duquel elle pose la question « Pourquoi devenir “ obésologue ” ? ».

²⁸² Arrêté du 22-9-2004, JO du 6-10-2004 : <http://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/MENS0402086A.htm>.

²⁸³ Gieryn T.F., 1983, “Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists”, *American Sociological Review*, 48 (6), p. 781-795; Marcovich A., Shinn T., 2011, “Where is disciplinarity going? Meeting on the borderland”, *Social Science Information*, 50 (3-4), p. 582-606.

deuxième section de cette partie, nous tenterons d'identifier les transformations induites par la pluridisciplinarité dans la production et la diffusion des connaissances scientifiques et médicales où cohabitent des logiques disciplinaires et pluridisciplinaires²⁸⁴.

²⁸⁴ Weingart P., 2010, "A Short History of Knowledge Formation", in Frodeman R., Thompson Klein J., Mitcham J., (eds.), *The Oxford Handbook of Interdisciplinarity*, Oxford University Press, Oxford.

Encart méthodologique n°3

Puisqu'il s'agit d'étudier le caractère instituant de l'affichage de la « pluridisciplinarité » nous faisons le choix de rendre compte des façons dont les experts affichent ou éprouvent à des degrés divers cette modalité du travail scientifique. Armé de logiciels, l'analyse portera sur l'ensemble de notre corpus détaillé dans les parties précédentes auquel nous ajoutons 287 textes (éditos, témoignages, articles scientifiques originaux ou relevant de dossiers thématiques) issus de la revue *Obésité*²⁸⁵ (cf. annexe n°9). Les écrits scientifiques se présentent comme une des occasions où, bien qu'ayant affaire à une activité cognitive qui peut sembler unilatérale (de l'auteur vers ses lecteurs), la dimension relationnelle est présente²⁸⁶. Les écrits scientifiques sont un filtre au travers duquel passent les autres activités et les collectifs dans lesquels les chercheurs sont engagés. Ils sont donc un objet particulièrement pertinent pour comprendre le travail scientifique et la manière dont celui-ci pourrait être influencé par l'affichage de la « pluridisciplinarité ». A titre d'exemple, Béatrice Milard a pu repérer dans quelle mesure et en quoi la parution d'une publication – et de son réseau de références – s'inscrit dans une transformation de son univers de références, c'est-à-dire une transformation au niveau de la littérature scientifique telle qu'on peut la saisir à travers une base de données bibliographiques²⁸⁷. Elle s'est également attachée à montrer comment les réseaux de co-signatures interviennent dans la constitution d'une carrière

²⁸⁵ Créée en 2006 par l'Association Française d'Etudes et de Recherche sur l'obésité (AFERO) ainsi que la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité (SOFFCO), la revue *Obésité* apparaît être un lieu privilégié pour saisir les fondements académiques de la médecine de l'obésité en France. Comme en atteste l'édito de son premier numéro : « La médecine de l'obésité s'impose peu à peu comme une discipline à part entière. Elle est nécessairement pluridisciplinaire et transversale. Obésité se propose d'être le porte-parole de tous les acteurs de santé qui souhaitent promouvoir les bonnes pratiques cliniques et les faire évoluer » (Ziegler O., *Obésité*, 1(1), 2006). Elle est en même temps un élément de l'histoire de cette médecine, intervenant dans le processus de sa constitution et de son institutionnalisation. De ce fait, elle vient idéalement compléter notre corpus.

²⁸⁶ Milard B., 2013, « Les écrits scientifiques : des ressorts relationnels pour la recherche », *Sciences de la société*, 89, p. 18-37.

²⁸⁷ Milard B., 2010, « Les citations scientifiques : des réseaux de références dans des univers de références. L'exemple d'articles de chimie », *REDES, Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 19 (4), p. 69-93.

scientifique, comment les textes dans leur dimension relationnelle sont des appuis pour la transformation des contenus scientifiques et des trajectoires²⁸⁸.

Dans le cadre de ce manuscrit, nous traiterons de ces questions en plusieurs temps selon le principe du cercle édicté par Béatrice Milard (2013, *op.cit.*, p. 33-34), « à savoir concevoir les écrits scientifiques dans plusieurs de leurs configurations qui sont déterminées par le type d'activité relationnelle qui s'y déploie. Ainsi, les écrits, selon la situation sociale qui se joue autour et par eux, sont appréhendés parfois comme une action (un manuscrit en train de se faire ; une publication qui s'expose), parfois un objet (un document avec un support matériel ; une archive mémorisée), parfois un discours (des catégories et des statuts stabilisés ; une énonciation) ».

Dans la lignée de ce que nous avons pu faire dans la première partie de ce manuscrit, nous commencerons dans la première section de notre troisième partie par considérer le nombre d'occurrences de l'être fictif PLURIDISCIPLINARITE@ *via* le logiciel Prospéro. Nous resituerons ensuite son apparition et son déploiement dans les divers espaces et temps des différents supports constituant notre corpus. L'analyse se conclura, à l'image de l'étude menée sur la revue STAPS²⁸⁹, par une tentative de caractérisation des mises en scène de la « pluridisciplinarité ».

Dans la deuxième section de notre partie, nous identifierons les inscriptions disciplinaires des articles de la revue *Obésité*. Puis, nous analyserons les références et citations de ces textes, ainsi que ceux des ouvrages collectifs étudiés en partie II.

Nous avons procédé de deux manières conjointes et croisées :

- Nous avons lu les textes et repéré les marquages disciplinaires par plusieurs éléments : l'explicitation d'une marque de référence (par exemple, un univers professionnel disciplinaire, une mobilisation de concepts, de méthodologies, d'auteurs clairement identifiables...) ou l'allusion explicite de l'auteur à un champ disciplinaire. Ainsi, pour chacun des textes nous avons renseigné quelques champs des « cadres de référence » que Prospéro nous permet de compléter et qui rend

²⁸⁸ Milard B., 2011, « Dynamiques relationnelles d'un article scientifique : "Roger et al., (2004)" et ses réseaux », *Terrains et travaux*, 19, p. 141-160.

²⁸⁹ Collinet C., Terral P., Trabal P., 2012, *op.cit.*

possible des opérations de filtre pour discriminer les résultats des requêtes : le titre, le nom des auteurs, la date, *etc.* ;

- Nous avons également créé une base de données regroupant les références de chacun des textes et nous avons liés chacun des auteurs des textes cités à/aux auteurs qui y font référence. C'est à partir de cette base de données que nous avons généré des fichiers (*cf.* annexe n°10) qui constituent la base de nos réseaux sociaux²⁹⁰ et que nous analyserons *via* les logiciels Pajek²⁹¹ et Gephi²⁹². Nous avons choisi de prendre chez chacun d'eux ce qu'il offrait de meilleur au regard des qualités que leur prête la littérature : toutes les analyses et tous les calculs sont faits par Pajek, plus complet, plus rigoureux et plus rapide en ce domaine ; les représentations graphiques finales, présentées en illustration et intégrant l'ensemble des représentants du réseau, sont réalisées sous Gephi dont les qualités et les richesses fonctionnelles sur le plan graphique sont supérieures à Pajek. Les représentations des réseaux réalisées sous Gephi utilisent l'algorithme de spatialisation *OpenOrd*²⁹³ spécialisé pour le dessin de graphique à grande échelle. L'algorithme utilise différents critères (*edge-cutting*, *average-link clustering*, *multi-level graphe coarsening*) visant à mieux distinguer les grappes (les composantes connexes) entre elles et met en œuvre parallèlement une méthode basée sur l'algorithme de Frucherman-Reingold²⁹⁴, connu sous le nom de VxOrd, ayant fait ses preuves sur des travaux analysant des citations scientifiques ou des données bio-informatiques. Enfin, nous utilisons l'algorithme *NoOverlap* afin d'éviter le chevauchement des nœuds qui rend difficile la lecture de leurs labels.

²⁹⁰ Pour une revue de littérature exhaustive sur les réseaux sociaux et les logiciels disponibles pour les analyser, voir Degenne A., Forsé M., 2007[1994], *Les réseaux sociaux. Une approche structurale en sociologie*, Armand Colin, Paris ; Cellier J., Cocaud M., 2012, *Le traitement des données en Histoire et Sciences Sociales : Méthodes et outils*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes.

²⁹¹ Logiciel libre développé depuis 1996 par Vladimir Batagelj et Andrej Mrvar. Pour une description plus détaillée, voir : <http://vlado.fmf.uni-lj.si/pub/networks/pajek/>.

²⁹² Bastian M., Heymann S., Jacomy M., 2009, "Gephi: an open source software for exploring and manipulating networks", *International AAAI Conference on Weblogs and Social Media*.

²⁹³ Martin S., Brown M., Klavans R., Boyack K.W., 2011, "OpenOrd: An Open-Source Toolbox for Large Graph Layout", *SPIE Conference on Visualization and Data Analysis*, 7868 (06).

²⁹⁴ Frucherman T., Reingold E., 1991, "Graph drawing by force-directed placement," *Software-Practice and Experience*, 21, p. 1129–1164.

III.1. – L’inscription pluridisciplinaire de la médecine de l’obésité : une réponse à la critique d’une médecine qui ne parvient pas à faire maigrir

III.1.1. Une mise en scène principalement portée par les experts instituant

Une première donnée fonde l’assertion du titre de cette sous-section : 36 occurrences de l’être fictif PLURIDISCIPLINARITE@ ont été repérées dans 28 articles de presse sur 2006 alors que ce même être fictif est apparu 271 fois dans 14 rapports d’expertise sur 22 analysés.

Comme nous le montrerons plus tard, l’enjeu disciplinaire apparaît à un moment précis de la période considérée (1995 à nos jours). Cette préoccupation est effectivement portée par des experts instituant mais elle est également liée à des problématiques concrètes d’efficacité dans la prévention et le traitement des patients obèses. Ce point sera développé au cours de la section lorsque nos résultats seront mis en perspective avec les différentes séquences chronologiques étudiées dans notre partie I. Dans l’immédiat, rentrons davantage dans le détail des occurrences dans la presse et les rapports d’expertise pour voir quels types d’usage sont associés à la convocation de l’être fictif PLURIDISCIPLINARITE@. Deux tableaux synthétiques rendent compte de ces usages sur les deux corpus (tableaux n°3 et n°4).

Tableau 3 : Classification synthèse des discours sur la pluridisciplinarité dans la presse

Types d’usage	Illustrations
Mot d’ordre Mode privilégié du travail scientifique	« La prise en charge multidisciplinaire (rendez-vous avec un nutritionniste, un psychiatre, etc.), obligatoire avant toute intervention, n'est assurée que dans 18 % des cas » (Propos de Brigitte Frois, médecin conseil de l’étude de l’Urcam, article de Mathilde Mathieu pour <i>Le Monde</i> du 3 septembre 2002) « “L’acte chirurgical n'est qu'une étape dans la prise en charge de l'obésité massive et il doit s'inscrire dans une stratégie pluridisciplinaire cohérente, avec des nutritionnistes, des diététiciens des psychologues”, soutient le Pr Arnaud Basdevant, chef du service

	<p>médecine interne nutrition à l'Hôtel-Dieu à Paris qui plaide pour l'absolue nécessité d'un suivi postopératoire. » (article de Catherine Petitnicolas pour <i>Le Figaro</i> du 11 mars 2004)</p> <p>« Pour éviter toute dérive, la HAS recommande une prise en charge pluridisciplinaire avec un coordinateur pour l'évaluation psychologique, la décision chirurgicale, les conditions de suivi postopératoire, et pour l'information complète du malade. » (article de Jean-Michel Bader pour <i>Le Figaro</i> du 24 avril 2009)</p>
<p>Productivité</p> <p>Créativité scientifique</p>	<p>« “Concrètement, Servier apporte son savoir-faire industriel et ses expertises pluridisciplinaires dans la découverte et la sélection de candidats médicaments. Le CNRS, de son côté, met à disposition ses appareillages scientifiques, ses banques de molécules ainsi que l'accès à ses équipements lourds”. Ces collaborations entre le groupe de recherche Servier et un grand organisme de recherche public comme le CNRS répondent à un double objectif, explique Laurent Perret, directeur de la recherche chez Servier, elles permettent d'une part de faciliter et d'accélérer le processus de découverte de nouvelles molécules ou de nouvelles cibles thérapeutiques en mettant en commun des expertises et savoir-faire complémentaires, et d'autre part, elles assurent la permanence en France d'une recherche pharmaceutique forte et compétitive. » (article d'E.L.C pour <i>Le Figaro</i> du 11 janvier 2005)</p>
<p>Demande sociale</p>	<p>« L'alimentation est devenue un enjeu de santé publique. A la conviction que “manger fait du bien à la santé”, se sont ajoutés les liens mis en évidence par la recherche entre la nutrition et les maladies fréquentes telles que l'obésité, le diabète sucré, les maladies cardiovasculaires ou les troubles du comportement alimentaire. Cela s'est aussi traduit socialement et sur le terrain économique, avec l'apparition de nouveaux aliments (ou nutriments) dits “fonctionnels”. L'industrie agroalimentaire y a vu une opportunité d'innovation et de valeur ajoutée qui se traduit en termes de marketing. C'est dans ce contexte qu'a été créé en 2002 l'Institut de recherche en nutrition humaine en Aquitaine (IRNH) sous la forme d'un Groupement</p>

	<p>d'intérêt scientifique (GIS) dont l'objectif est de répondre à cet enjeu. » (<i>Sud-Ouest</i> du 15 avril 2005)</p> <p>« Les obèses sont souvent en situation de souffrance psychologique et ont tendance à se refermer sur eux-mêmes, refusant de recourir aux soins. Et il arrive parfois que le corps médical, par défaut de formation, porte un regard négatif sur l'obésité : c'est pourquoi on a demandé qu'il y ait des centres pour l'obésité avec des équipes pluridisciplinaires formées. » (Propos de Valérie Boyer, députée UMP auteure d'un rapport d'information sur la prévention de l'obésité, dans <i>Le Monde</i> du 30 septembre 2008)</p>
<p>Affichage</p> <p>Promotion d'un dispositif de recherche, de pratique ou d'une discipline</p>	<p>« Dabanta est un réseau de santé basé à Bayonne, proposant une prise en charge pluridisciplinaire, ambulatoire et concertée, à toute personne présentant des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie ou hyperphagie incontrôlée associée à un surpoids en pleine évolution ou une obésité déjà constituée). » (<i>Sud-Ouest</i> du 11 octobre 2008)</p> <p>« Ainsi, au CHU de Toulouse, le Dr Michel Galinier et ses confrères traquent les conséquences cardio-vasculaires de l'obésité en combinant la recherche pure (à travers l'étude de la modification du génome myocardique) et la pratique (avec la mise en place d'une consultation pluridisciplinaire cœur-obésité). » (article de Gilles Denis pour <i>Le Figaro</i> du 20 novembre 2004)</p> <p>« Les experts de l'Inserm n'ont pu isoler de cause vraiment majeure à ce phénomène : par une approche multidisciplinaire, ils démontrent dans leur rapport que les composantes de l'obésité de l'enfant sont complexes, multiples et précoces. » (article d'Elisabeth Bursaux pour <i>Le Monde</i> du 21 juin 2000)</p>
<p>Allusion superficielles</p>	<p>« Selon l'HAS, les traitements endoscopiques n'ont pas démontré d'avantage par rapport à une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, diététique...) structurée. » (article de Sandrine Cabut pour <i>Le Figaro</i> du 30 mars 2010)</p>

Critique de l'interdisciplinarité	R.A.S
-----------------------------------	-------

Tableau 4 : Classification synthèse des discours sur la pluridisciplinarité dans les rapports d'expertise

Types d'usage	Illustrations
Mot d'ordre Mode privilégié du travail scientifique	<p>« L'enjeu de la réussite implique bien entendu la mobilisation active de tous les acteurs impliqués, mais surtout une complémentarité de compétence et de reconnaissance interprofessionnelle. Seule la pluridisciplinarité permet de faire face. » (Obésité - Dépistage et prévention chez l'enfant, INSERM, 01/06/2000)</p> <p>« Le rapport insiste sur les modes d'intervention trop cloisonnés qui caractérise le système français, et sur la nécessité de développer la multidisciplinarité dans l'action et le partage d'expériences métiers dans les formations. » (Santé, pour une politique de prévention durable, IGAS, 01/07/2003)</p> <p>« Pour le dire autrement, il apparaît aujourd'hui nécessaire de bâtir des stratégies de prévention à partir d'analyses multidisciplinaires, dans lesquelles l'épidémiologie ne serait pas la seule science convoquée. » (Santé, pour une politique de prévention durable, IGAS, 01/07/2003)</p> <p>« Promouvoir une dynamique de la multidisciplinarité plus que de la spécialisation C'est la direction la moins spontanément empruntée, mais c'est le pari à relever si l'on souhaite vraiment décloisonner la politique de santé publique. » (Santé, pour une politique de prévention durable, IGAS, 01/07/2003)</p> <p>« Au regard de la multiplicité et de la complexité des facteurs identifiés dans la progression actuelle de l'obésité, les actions menées doivent reposer sur une approche pluridisciplinaire. » (Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité, Gérard Dériot,</p>

	<p>05/10/2005)</p> <p>« Il est recommandé de réunir au sein de structures interdisciplinaires des investigateurs cliniques rompus au phénotypage des obésités et à l'exploration métabolique et endocrinienne, des spécialistes de psychobiologie, des experts en imagerie fonctionnelle et des chercheurs biologistes. » (Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité, Gérard Dériot, 05/10/2005)</p> <p>« Multifactorielle, l'obésité exige une prise en charge pluridisciplinaire - spécialement large - associant les professionnels de santé (médecins, diététiciens...) mais aussi des acteurs non médicaux, comme par exemple ceux de l'école, des collectivités et des associations (éducateurs sportifs, animateurs de centres de loisirs) pour les aspects d'activité physique. » (Programme national nutrition santé (2), Ministère de la santé et des solidarités, 01/09/2006)</p> <p>« Il existe aujourd'hui différentes techniques de chirurgie bariatrique allant de la pose d'un anneau gastrique au by-pass ou court-circuit gastrique. Ces opérations doivent systématiquement respecter une évaluation pré-opératoire pluridisciplinaire (médicale, diététique et psychiatrique) afin de prévenir de toute contre-indication et valider la prescription opératoire. » (Conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité, Valérie Boyer, 30/09/2008)</p> <p>« La prise en charge des pathologies nutritionnelles nécessite une organisation transversale harmonisée en pluridisciplinaire. » (Propositions pour le PNNS 2011-2015, F. Bourdillon, N. Cano, J. Delarue et D. Turck, 01/11/2010)</p>
<p>Productivité</p> <p>Créativité scientifique</p>	<p>« Le plan stratégique repose sur la mobilisation et la coordination d'un large ensemble de forces de recherche, dans une perspective transdisciplinaire permettant de développer des travaux pertinents sur les déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux de l'obésité, sur ses bases moléculaires et</p>

	<p>cellulaires ainsi que sur ses fondements économiques. » (Obésité: Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge, INSERM, 01/12/2006)</p>
<p>Demande sociale</p>	<p>« La CANAM (Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes) a souhaité interroger l'INSERM à travers la procédure d'expertise collective, sur les possibilités de dépistage et de prévention de l'obésité chez l'enfant à la lumière des données scientifiques récentes. En réponse à cette demande, l'INSERM a constitué un groupe pluridisciplinaire d'experts rassemblant des compétences dans les domaines de l'épidémiologie, de la socioanthropologie, de la biologie, de la neurobiologie, de la physiologie, et dans différentes spécialités cliniques, pédiatrie, endocrinologie, nutrition. » (Obésité - Dépistage et prévention chez l'enfant, INSERM, 01/06/2000)</p> <p>« Pour le Sénat, il s'agissait en effet d'approfondir la réflexion engagée lors des débats sur la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 puisque, à son initiative, avaient alors été incluses dans le texte les premières mesures législatives de prévention de l'obésité. Dans ce contexte, il a souhaité que l'étude menée par l'OPEPS puisse s'appuyer pour la première fois sur un tableau complet et pluridisciplinaire de l'obésité en y incluant non seulement les aspects médicaux mais également épidémiologiques, économiques ou sociologiques, et en y associant aussi bien des praticiens que des acteurs du monde institutionnel ou de la recherche. » (Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité, Gérard Dériot, 05/10/2005)</p> <p>« Mais si l'acquisition d'équipements médicaux adaptés ou la formation des professionnels de santé paraissent être des priorités, la recherche "pluridisciplinaire" devra aussi suggérer les pistes d'une meilleure intégration des " gros " dans la société. » (Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité, Gérard Dériot,</p>

	<p>05/10/2005)</p> <p>« La mission souhaite également que soient développées des unités d'éducation thérapeutique de prise en charge de l'obésité, en fonction des besoins recensés, à l'instar de l'unité d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire que la mission a pu visiter dans le service du Professeur Denis Raccah, à l'Hôpital Sainte-Marguerite du CHU de Marseille. » (Conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité, Valérie Boyer, 30/09/2008)</p> <p>« En conséquence de ces différents facteurs, les structures de prise en charge spécialisées pour les TCA de l'adulte, nécessairement multidisciplinaires, restent très insuffisantes, voire totalement absentes dans certaines régions, d'où il résulte : - une errance médicale avant la clarification du diagnostic ; - des retards importants de prise en charge ; - une perte de chance, les résultats de la prise en charge étant moins bons dans les formes anciennes et chronicisées, avec la chronicisation de diverses complications somatiques et comorbidités psychiatriques ; - un retentissement socio-familial et médico-économique important. » (Propositions pour le PNNS 2011-2015, F. Bourdillon, N. Cano, J. Delarue et D. Turck, 01/11/2010)</p>
<p>Affichage</p> <p>Promotion d'un dispositif de recherche, de pratique ou d'une discipline</p>	<p>« dans un système de santé où la performance thérapeutique et technique demeure la valeur première, le médecin possède un prestige et une légitimité particuliers ; science pluridisciplinaire par excellence, la santé publique est peu enracinée et peu répandue en France ; les enjeux et les voies de la prévention, objet de préoccupation prioritaire récent, ne sont pas encore profondément assimilés, et dans beaucoup de secteurs, la prévention se cherche des acteurs. » (Santé, pour une politique de prévention durable, IGAS, 01/07/2003)</p> <p>« Les centres de référence, nouvellement créés (circulaire Dhos/E4/2005/82) sous la forme de 8 " pôles inter-régionaux spécialisés dans l'accueil des personnes obèses " permettent le</p>

	<p>regroupement d'équipes pluridisciplinaires (diététicien, psychologue, psychiatre, kinésithérapeute...). » (Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité, Gérard Dériot, 05/10/2005)</p> <p>« L'éducation thérapeutique constitue une approche globale pluri-professionnelle et multidisciplinaire basée sur des concepts pédagogiques et un modèle bio-psycho-social, qui est adapté à la prise en charge de l'obésité. » (Propositions pour le PNNS 2011-2015, F. Bourdillon, N. Cano, J. Delarue et D. Turck, 01/11/2010)</p>
Allusion superficielle	<p>« Le plan stratégique du NIH soutient particulièrement les études appliquant les techniques de protéomique pour l'identification de biomarqueurs, les études sur l'hétérogénéité des tissus adipeux, les études transdisciplinaires sur le métabolisme énergétique et les cancers. » (Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité, Gérard Dériot, 05/10/2005)</p> <p>« Dans la majorité des cas d'obésité, la prise en charge au long cours est conduite par le médecin traitant et les spécialistes libéraux. Pour les cas complexes nécessitant un suivi multidisciplinaire, le suivi hospitalier est justifié. » (" Plan d'action : Obésité-Etablissements de soins ", Arnaud Basdevant, 01/04/2009)</p>
Critique de l'interdisciplinarité	R.A.S

Il ressort de l'analyse de ces deux corpus que l'affichage de la pluridisciplinarité prend principalement la forme d'un mot d'ordre. Les rapports illustrent tout particulièrement cette invitation, voire cette injonction à la pluridisciplinarité. Comme le montrent les données collectées, ce mot d'ordre est étroitement lié à des questions pratiques d'efficacité sanitaire tant dans la prévention que pour la prise en charge et le traitement des patients obèses. Il semble que la préoccupation de pluridisciplinarité au sujet de l'obésité soit plus associée à des enjeux sociétaux, à savoir proposer des solutions thérapeutiques (centres spécialisés, réseaux de santé, ...) aux personnes obèses confrontées à un nomadisme dans leur parcours de soins,

qu'à des questions de créativité et de productivité scientifique compte tenu du faible nombre d'énoncé (n=2) ayant trait à cette dernière forme de justification.

Ces premières données fournissent une première vision des figures et usages de la pluridisciplinarité dans notre corpus mais il nous faut replacer nos analyses dans le temps afin de mieux comprendre les processus inhérents à l'apparition et au déploiement de cette préoccupation.

La mise en perspective temporelle de notre corpus dans notre partie I (plus particulièrement la section I.3.) est utile pour essayer de comprendre la portée donnée à cet affichage. Progressivement, par un processus de politisation de la question, nous avons vu que l'obésité faisait l'objet d'une problématisation convoquant diverses sciences. Nous rappellerons ici brièvement que ces préoccupations pluridisciplinaires coïncident, début des années 2000, avec le développement qualifié de « sauvage » par le CAMTS de la chirurgie bariatrique envisagée comme l'ultime solution pour atteindre une guérison (au moins partielle) de la maladie ; l'augmentation de faits discriminatoires dans l'espace public (l'affaire du surcoût des places dans les avions, émissions télévisées caricaturales, ...) ; ainsi que la dénonciation des pratiques amaigrissantes particulièrement en vogue dans les prescriptions que ce soient par les médecins généralistes ou les nutritionnistes. Toutefois, au regard du faible nombre d'occurrences de notre être fictif PLURIDISCIPLINARITE@ dans la presse (36 occurrences dans 28 articles sur 2006), il convient d'atténuer, à ce stade, le poids de ce mode de coordination des sciences au sein des représentations médiatiques, et par conséquent sociales, pour la recherche et la prise en charge sur/de l'obésité. En revanche, comme montré précédemment, sa visibilité augmente nettement (271 occurrences dans 14 rapports sur 22) lorsque nous nous penchons sur les rapports d'expertise. Cet écart nous semble paradoxal. Alors même que tous les rapports font état d'une pluridisciplinarité « indispensable », « nécessaire », « recommandée », « souhaitée », voire « obligatoire » dans le cadre d'un suivi pré et post-opératoire, qu'il s'agit de « promouvoir » dans des « centres de référence » ou au travers de pratiques de recherche ou d'« éducation thérapeutique », la presse reste discrète sur ces injonctions. Nous pouvons dès lors nous risquer à formuler l'hypothèse selon laquelle la pluridisciplinarité est convoquée comme un mot d'ordre émanant essentiellement des experts institués qui ont du mal à se faire entendre par le corps médical pris dans son ensemble (à savoir les médecins généralistes, les praticiens libéraux et paramédicaux) et plus globalement par la société civile. Avec l'apparition de discours « socio-psychologisants » qui invitent à

reconsidérer les messages de prévention et critiquent une médecine qui ne parvient pas à faire maigrir durablement, le risque est grand pour les promoteurs d'une politique de prévention de se voir déposséder de leur objet et de se voir retirer les crédits alloués à leurs recherches²⁹⁵ ou à leurs dispositifs de santé publique. La problématique spécifique de l'obésité fut initialement portée par des médecins de santé-publique et des épidémiologistes nutritionnels, mais diluée dans un ensemble d'objectifs nutritionnels et de recommandations alimentaires. C'est cette absence d'harmonisation et de réglementation claire – compte tenu de la cacophonie générée par les messages de santé publique mêlés aux stratégies marketing des industriels – qui a conduit les autorités sanitaires à élaborer des rapports pour évaluer la qualité des soins, à édicter ces préconisations pluridisciplinaires et ainsi réaffirmer son autonomie vis-à-vis des contraintes extérieures au sous-champ scientifique que ces experts tentent de structurer.

Enfin, nous notons qu'aucun énoncé ne fait état d'un avis contraire critiquant la pluridisciplinarité. Elle semble aller de soi. Seul un énoncé dans le rapport Basdevant du 1^{er} avril 2009 intitulé « Plan d'action : Obésité-Établissements de soins » fait allusion à la multidisciplinarité comme étant un mode de coordination utile pour les « cas complexes nécessitant une hospitalisation » ; laissant sous-entendre que toutes les obésités ne nécessitent pas toujours un tel encadrement. Toutefois sur les 13 autres occurrences du rapport, celles-ci promeuvent les « concertations pluridisciplinaires » ou les « groupes de travail pluridisciplinaires » ce qui nous permet d'inscrire ce rapport dans la même perspective que les autres ; à savoir la promotion de la pluridisciplinarité à la fois comme mode privilégié du travail scientifique, comme source de productivité et de créativité et comme étant une réponse adéquate à une demande sociale (l'accroissement du phénomène d'obésité et/ou du désir de minceur, une volonté politique de lutter contre ce phénomène dans le but de réduire les dépenses de soins, notamment celles relatives aux prises en charge au long court ou chirurgicales). Cela nous conduit à nous intéresser plus précisément à ces usages de la pluridisciplinarité en nous focalisant sur un support faisant sa promotion également mais où les avis divergents pourront peut-être plus facilement s'exprimer, à savoir la revue *Obésité* qui à l'instar d'autres revues scientifiques souhaite laisser de l'espace éditorial pour traiter ce qui fait débat au sein de cette médecine particulière.

²⁹⁵ Le Plan obésité prévoit, dans son axe 4 (p. 39), d'investir dans la recherche pour la création d'une fondation de coopération scientifique par l'intermédiaire de l'AVIESAN (alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé) et le renforcement des recherches via les agences sanitaires, notamment l'InVS, dont sont issus nombre des experts institués pour la rédaction de ces rapports.

III.1.2. Une pluridisciplinarité assumée par la communauté des chercheurs

Ses fondateurs et rédacteurs en chef sont Olivier Ziegler, Sébastien Czernichow et Jérôme Dargent. Son premier numéro est paru en 2006 et le dernier numéro retenu dans notre corpus date de juin 2012. Sont publiés quatre numéros par an chez Springer. Elle se présente en ces termes :

« Obésité se propose de faire le point sur l'évolution des connaissances et des idées concernant l'obésité. L'approche se veut **multidisciplinaire** et concernera tous les aspects de la maladie, des facteurs de risque aux complications, de la prévention au traitement, selon différentes approches :

- recherche fondamentale : biologie moléculaire, biochimie, métabolisme, génétique, nutrition, neurobiologie,
- recherche clinique : physiologie et physiopathologie, nutrition, psychologie, épidémiologie,
- sciences humaines : psychologie, sociologie et économie.

Les articles de revue générale sont privilégiés. Toutefois peuvent aussi être publiés des articles originaux cliniques ou épidémiologiques en provenance de pays francophones. L'abord est résolument sociétal. La revue offre un espace d'expression sous la forme de forums, de points de vue, de témoignages ou d'articles de synthèse aux associations, aux différents acteurs économiques et sociaux voire aux acteurs de la vie politique » (source : <http://www.springer.com/medicine/journal/11690>)

A partir de la même démarche méthodologique que précédemment, nous obtenons 172 occurrences de l'être fictif PLURIDISCIPLINARITE@ dans 76 textes sur 287. Nous présenterons d'abord les principaux tableaux synthétisant nos résultats (tableaux n°5 et n°6) avant d'en produire une analyse.

Tableau 5 : Caractéristiques des textes évoquant explicitement l'interdisciplinarité

Types de texte	Occurrences
----------------	-------------

Articles de dossiers thématiques	22
Comptes rendus d'articles ou de communications	18
Articles originaux	13
Éditos	9
Témoignages ou Points de vue	5
Articles cliniques	5
Divers (lettres, recommandations, ...)	4

Tableau 6 : Classification synthétique des discours sur l'interdisciplinarité dans la revue *Obésité*

Types d'usage	Illustrations
<p>Mot d'ordre</p> <p>Mode privilégié du travail scientifique</p>	<p>« La médecine de l'obésité s'impose peu à peu comme une discipline à part entière. Elle est nécessairement pluridisciplinaire et transversale. Obésité se propose d'être le porte-parole de tous les acteurs de santé qui souhaitent promouvoir les bonnes pratiques cliniques et les faire évoluer. » (O. Ziegler, édito Revue obésité Vol 1 n°1, 01/06/2006)</p> <p>« Le recours à la rééducation avec l'aide d'un kinésithérapeute voire d'un psychomotricien peut s'avérer tout à fait justifié dans une prise en charge multidisciplinaire. Le médecin doit s'efforcer de mettre en place un partenariat avec les professeurs d'éducation physique, dont la formation, est à cet égard, très complémentaire. » (M.-L. Frelut, G. Pérès, Article de dossier thématique, Revue obésité Vol 1 n°2-4, 01/12/2006)</p> <p>« Le défi est considérable pour la recherche ! Développer des programmes interdisciplinaires s'inscrivant dans le continuum de la recherche fondamentale, la recherche clinique, les sciences humaines, sociales, économiques est devenu une nécessité. » (C. Bréchet, édito Revue obésité Vol 2 n°1, 01/03/2007)</p>

	<p>« Pour faire face aux obstacles et profiter des opportunités, le groupe de travail insiste sur les principes d’actions suivants : précocité des interventions, globalité de l’analyse ou de la prise en charge, complémentarités des actions, cohérence des choix, évolutivité de la programmation, respect de l’individu, indépendance dans le partenariat, mise en œuvre des dispositifs existants, décentralisation des décisions, délégations de fonctions pour certaines professions paramédicales, pérennité des programmes reposant sur une évaluation régulière de l’efficacité et des coûts, nécessité d’une recherche interdisciplinaire. » (Expertise collective INSERM, Article de dossier thématique, Revue obésité Vol 2 N°1, 01/03/2007)</p> <p>« La chirurgie est le traitement le plus efficace en termes de perte de poids [2]. Elle permet aussi d’améliorer les comorbidités et la qualité de vie [2]. Elle devrait être envisagée pour les patients dont l’IMC est supérieur ou égal à 40,0 ou entre 35,0 et 39,9 en présence de comorbidités [4]. Il faut une approche et des compétences multidisciplinaires pour “encadrer” la prise en charge chirurgicale. » (Note de la rédaction, Compte rendu des recommandations européennes, Revue obésité Vol 2 n°2, 01/06/2007)</p> <p>« Comment dire non ? Le plus souvent, le fait de dire non, même si cela n’est pas définitif, permet au patient de mûrir sa décision ; car la réflexion est une étape fondamentale dans ce processus. Il faut prendre à cette fin un peu, voire beaucoup de temps ; d’où l’importance cruciale de l’équipe pluridisciplinaire. » (S. Msika, M. Coupaye, Revue obésité Vol 3 n°3, 01/09/2008)</p> <p>« En revanche, une approche transdisciplinaire, s’impose souvent ; elle est déjà présente dans la formule que j’emprunte volontiers à Pierre Aimez : « l’hérédité prédispose, l’environnement propose, la psychologie impose ». » (B. Waysfeld, POINT DE VUE, Revue obésité Vol 7 n°1, 01/03/2012)</p>
Productivité	« Le plan stratégique repose sur la mobilisation et la coordination d’un

Créativité scientifique	<p>large ensemble de forces de recherche, dans une perspective transdisciplinaire permettant de développer des travaux pertinents sur les déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux de l'obésité, sur ses bases moléculaires et cellulaires ainsi que sur ses fondements économiques. » (Groupe d'expertise collective de l'Inserm, Article de dossier thématique, Revue obésité Vol 2 N°1, 01/03/2007)</p> <p>« Il [ballon gastrique] est comparé, de manière inattendue par les auteurs (qui visiblement aiment les pistes atypiques), aux produits autoexpansibles intragastriques de type éponge ou hydrogel, dont on ne pensait pas qu'ils avaient passé la barrière du sérieux scientifique ! les limites et inconvénients du produit sont bien connus, mais la suggestion de l'utiliser plus rationnellement comme outil de biofeedback dans une approche multidisciplinaire n'est pas sans mérite. Sur un plan plus fondamental, la proposition d'études sur le ballon, couplant un profilage hormonal sanguin avec une imagerie fonctionnelle de type IrM, est également prometteuse dans ce même cadre multidisciplinaire. » (J. Dargent, analyse d'article Revue obésité Vol 5 n°3, 01/09/2010)</p>
Demande sociale	<p>« L'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) a souhaité disposer d'un bilan et d'une évaluation sur les programmes mis en place en France dans le domaine de la prévention, du dépistage et du traitement de l'obésité. L'Inserm a répondu à cet appel d'offre en mettant en place, selon la procédure d'expertise collective, un groupe pluridisciplinaire d'experts ayant pour mission de traiter cette demande dans ces différents aspects. » (Groupe d'expertise collective de l'Inserm, Article de dossier thématique, Revue obésité Vol 2 N°1, 01/03/2007)</p> <p>« Quelle démarche thérapeutique ? Peut-on se permettre de lui remettre une photocopie de régime classique (la même pour tout le monde) et lui dire simplement « Manger moins, bouger plus ! »... Beaucoup le font, faute de savoir comment faire autrement ? En médecine, à chaque</p>

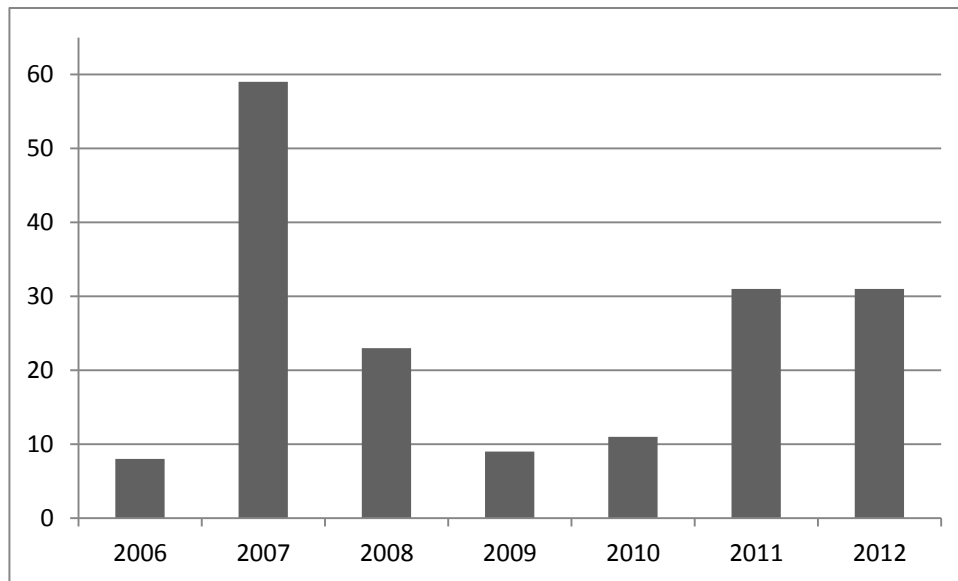
	<p>pathologie, une spécialité... mais où sont donc passés les « grossologues » ? les spécialistes d'obésité ? Car, dans la réalité, voilà comment cela se passe : le médecin généraliste sera seul, face à un vide abyssal de données, de compétences, d'équipes connues et reconnues, de réseaux, etc. Selon le regard qu'il portera sur l'obésité (maladie ou maladie de la volonté), il sera culpabilisant ou pas. Selon ses connaissances, son expérience, il adressera la personne à un diététicien, un « psy », un nutritionniste, un chirurgien, proposera un régime, voire un régime dans lequel son intérêt financier sera préservé (diètes protéinées, par exemple)... Mais quasiment jamais, il n'aura la possibilité d'adresser la personne à une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la médecine de l'obésité. » (C. Lemoine, POINT DE VUE, Revue obésité Vol 3 n°4, 01/12/2008)</p>
<p>Affichage Promotion d'un dispositif de recherche, de pratique ou d'une discipline</p>	<p>« Pour paraphraser Obélix, l'obésité s'accompagne d'un point d'interrogation, puis, dans ses phases pathologiques, d'un point de suspension... Cette fatalité n'est plus de mise. Aujourd'hui, de nombreux spécialistes joignent leurs efforts pour alerter les autorités (et le public) sur les risques, proposer des méthodes de prévention, apporter des solutions ou prescrire des traitements. Pour se retrouver sur ce terrain pluridisciplinaire, ces praticiens n'avaient que des publications inadaptées : périodiques en langue anglaise, monographies pointues, magazines ne couvrant que partiellement le sujet, etc. Aujourd'hui, avec Obésité, ils ont leur revue. » (Note du directeur de publication, Revue obésité Vol 1 n°1, 01/06/2006).</p> <p>« En pratique, le réseau permet ainsi la mise en place d'équipes multidisciplinaires motivées et formées sur les lieux de vie des enfants pour une prise en charge rapprochée (dans le temps et géographiquement</p> <p>) et de qualité. » [...] « Ce trio multidisciplinaire se compose : – d'un médecin libéral, généraliste ou pédiatre ; – d'un acteur de proximité, choisi en fonction des besoins de l'enfant (diététicien, psychologue, psychiatre, médecin du sport, kinésithérapeute...) ; – et d'un</p>

	<p>accompagnateur, issu du secteur institutionnel (santé scolaire, PMI, crèches) ou du secteur externe à la santé (enseignant, éducateur sportif, travailleurs sociaux, famille ou amis. » (I. Oliver, B. Jouret, M. Tauber, Article de dossier thématique, Revue obésité Vol 1 n°2-4, 01/12/2006).</p> <p>« Ces derniers [Réppop], au nombre de cinq (Ile-de-France, Toulouse, Lyon, Franche-Comté, Aquitaine) présentent une alternative innovante en proposant une prise en charge multidisciplinaire avec des intervenants ayant la même culture « réseau ». » (Groupe d'expertise collective de l'Inserm, Article de dossier thématique, Revue obésité Vol 2 n°1, 01/03/2007)</p> <p>« Le programme « Choisir de maigrir ? » a été développé en 1982 par une équipe du centre local de services communautaires de Rosemont à Montréal (Québec, Canada). Cette équipe de professionnels l'a élaboré sur la base d'interventions collectives et multidisciplinaires, s'échelonnant sur 14 semaines, soit 13 rencontres de trois heures et une journée intensive, pour une durée totale de 45 heures. » (V. Provencher, L. Mongeau, article de dossier thématique, Revue obésité Vol 4 n°2, 01/06/2009)</p>
Allusion superficielle	<p>« L'absence d'enseignement de ces pratiques [chirurgicale] dans les universités et les réticences partielles de médecins endocrinologues étaient compensées par le dynamisme des formations de terrain sous l'impulsion des sociétés fabriquant le matériel chirurgical, et par l'organisation de colloques interdisciplinaires. » (J. Dargent, Point de vue, Revue obésité Vol 2 n°1, 01/03/2007).</p> <p>« La patiente est sélectionnée pour l'opération par une équipe multidisciplinaire incluant les spécialistes suivants : chirurgien, médecin endocrinologue, psychiatre, psychologue et diététicien. » (E. Bauld et al., Article original, Revue obésité Vol 2 n°2, 01/06/2007)</p> <p>« Dans notre pratique, les patients dont l'indication de chirurgie bariatrique a été validée par un groupe multidisciplinaire font l'objet d'une mesure systématique de la dépense énergétique et de la</p>

	<p>composition corporelle avant l'intervention. » (P. Ritz et al., Article original, Revue obésité Vol 2 n°3, 01/09/2007)</p> <p>« Le caractère multifactoriel et complexe de l'obésité va permettre le développement de différents paradigmes. C'est ainsi que la chirurgie, la pharmacie, la psychiatrie et la psychologie, depuis les méthodes issues de la psychologie comportementale jusqu'à la psychanalyse, vont s'intéresser au traitement de l'obésité. Cette dimension multidisciplinaire et multiparadigmatique de l'obésité va contribuer à sa reconnaissance comme problème médical en permettant son appropriation par le corps médical dans son ensemble. » (J.-P. Poulain article Revue obésité Vol 4 n°1, 01/03/2009)</p>
Critique de l'interdisciplinarité	R.A.S

Sur 287 textes, nous en avons repéré 76 évoquant l'interdisciplinarité. Parmi ces textes se trouvent des articles de dossiers thématiques (n=22), des comptes rendu d'articles ou de communications (n=18), des articles originaux (n=13), des éditos (n=8), des témoignages ou des points de vue (n=5), des articles cliniques (n=5) et enfin des textes divers relatifs à des correspondances ou des recommandations (n=4). L'analyse de l'évolution temporelle des contributions pointe la constance de cette préoccupation au sein de cette revue qui veut promouvoir ce mode de production scientifique (graphique n°4) comme en atteste l'éditorial du premier numéro : « La médecine de l'obésité s'impose peu à peu comme une discipline à part entière. Elle est **nécessairement pluridisciplinaire** et transversale. Obésité se propose d'être le porte-parole de tous les acteurs de santé qui souhaitent promouvoir les bonnes pratiques cliniques et les faire évoluer. » (O. Ziegler, éditio Revue obésité Vol 1 n°1, 01/06/2006). Toutefois, il se pose la question suivante : à quelles formes de discussions ces préoccupations interdisciplinaires ont-elles données lieu ?

Graphique 4 : Répartition temporelle des occurrences de l'être fictif interdisciplinarité



Parmi les 76 textes recueillis, une majorité d'entre eux ne font qu'une allusion superficielle à la notion, principalement pour contextualiser une méthodologie, comme le font Ritz, Bauld et leurs cosignataires respectifs afin de justifier leurs choix d'échantillon de patients sur lesquelles se fondent leurs analyses :

« Dans notre pratique, les patients dont l'indication de chirurgie bariatrique a été validée par un groupe multidisciplinaire font l'objet d'une mesure systématique de la dépense énergétique et de la composition corporelle avant l'intervention²⁹⁶ »

Il s'agit bien souvent dans ces textes d'évoquer le caractère pluridisciplinaire des équipes ayant encadré la chirurgie sur laquelle se fonde les observations de l'article. Les auteurs, conscients de l'obligation normative du suivi pluridisciplinaire pré et post-opératoire, prennent la précaution de préciser le contexte de leur opération. Évoquer l'« équipe pluridisciplinaire » permet d'affirmer le sérieux sur lequel repose l'intervention. Elle est aussi un pare-feu aux abus dénoncés par la CNAMTS comme nous avons pu le voir dans notre première partie. Il ne s'agit pas pour eux de discuter le bien fondé de cet encadrement.

D'autres textes se positionnent de façon plus prononcée sur la pluridisciplinarité. Son usage dans la revue *Obésité* est l'occasion de revendiquer un mode privilégié du travail scientifique. Ainsi, l'éditorial de C. Bréchet, dans le numéro de mars 2007, insiste sur l'importance d'une démarche de recherche pluridisciplinaire pour mieux éclairer les déterminants de l'obésité et ses impacts :

²⁹⁶ Ritz P. et al., *Obésité*, Vol 2 n°3, 2007.

« S’il faut mieux comprendre par exemple les déterminants de la balance énergétique ou des capacités de stockage du tissu adipeux au niveau cellulaire et moléculaire, il n’en reste pas moins que l’individu est soumis à l’influence d’un environnement sur lequel il a, en réalité, peu d’emprise réelle et qui a changé de façon majeure au cours des 15 ou 20 dernières années en France. Le défi est considérable pour la recherche ! Développer des programmes interdisciplinaires s’inscrivant dans le continuum de la recherche fondamentale, la recherche clinique, les sciences humaines, sociales, économiques est devenu une nécessité²⁹⁷ »

Les arguments, sur lesquels s’appuie cette revendication « interdisciplinaire », s’apparentent à une forme de défense territoriale. A ce titre la chirurgie semble tirer de grands bénéfices comme en atteste cet extrait de l’édito de septembre 2010 :

« Vous verrez aussi que la chirurgie y occupe davantage de place et que nous avons inséré les abstracts les plus intéressants (ou les plus significatifs des dernières tendances) du Congrès européen de chirurgie de l’obésité (IFSO, Lausanne-Suisse, avril 2010). Nous avons cependant tenu à privilégier ceux qui relevaient le plus de la multidisciplinarité, qui fait actuellement le bonheur de notre spécialité, pour espérons-le, le plus longtemps possible !²⁹⁸ »

Il s’agit pour les chercheurs de défendre la position de leur discipline, ici la chirurgie, dans la prise en charge de la pathologie mais d’autres énoncés relevant d’une défense territoriale tente de promouvoir l’efficacité de leur discipline afin de prendre place dans les dispositifs. Dans les extraits qui vont suivre, l’affichage de la disciplinarité se fait au service de la pluridisciplinarité :

« Les résultats de notre étude permettent d’offrir un cadre de réflexion et d’action prometteur pour la prise en charge des personnes souffrant d’obésité. Ils mettent en évidence que la prise en compte du “signifiant perte” pourrait devenir un facteur d’optimisation du traitement pluridisciplinaire de l’obésité²⁹⁹ »

²⁹⁷ Bréchet C., *Obésité*, Vol 2 n°1, 2007.

²⁹⁸ Dargent J., Czernichow S., *Obésité*, Vol 5 n°3, 2010.

²⁹⁹ Aubry S., Vercruysse N., *Obésité*, Vol 4 n°3-4, 2009.

« Dans une approche pluridisciplinaire efficace, l'examen parodontal et dentaire permettrait de dépister et de traiter de façon précoce les parodontites chroniques, le plus souvent non chirurgicalement (hygiène orale, détartrage et surfaçage radiculaire) améliorant ainsi la qualité de vie des malades³⁰⁰ »

« Les obésités génétiques, même si elles sont exceptionnelles, méritent d'être repérées par les cliniciens afin, d'une part, de mettre en place une prise en charge spécifique et multidisciplinaire et, d'autre part, de préciser le rôle des anomalies géniques dans le phénotype "obésité"³⁰¹ ».

« Au cours des traitements de l'obésité, une prise en charge multidisciplinaire associant un néphrologue devrait permettre de limiter la survenue de ces complications rénales des traitements de l'obésité³⁰² ».

Ces mises en scènes sont les plus fréquentes au sein de la revue. Plus rares sont celles liées à la revendication de la pluridisciplinarité comme mode de production scientifique créatif et original (premier extrait) ; ou comme résultant d'une demande sociale faisant le constat d'un déficit de connaissances et de formations sur un sujet complexe et multifactoriel (deuxième extrait) :

« Il [ballon gastrique] est comparé, de manière inattendue par les auteurs (qui visiblement aiment les pistes atypiques), aux produits autoexpansibles intragastriques de type éponge ou hydrogel, dont on ne pensait pas qu'ils avaient passé la barrière du sérieux scientifique ! Les limites et inconvénients du produit sont bien connus, mais la suggestion de l'utiliser plus rationnellement comme outil de biofeedback dans une approche multidisciplinaire n'est pas sans mérite. Sur un plan plus fondamental, la proposition d'études sur le ballon, couplant un profilage hormonal sanguin avec une imagerie fonctionnelle de type IrM, est également prometteuse dans ce même cadre multidisciplinaire³⁰³ ».

³⁰⁰ Rangé H. et al., *Obésité*, Vol 5 n°3, 2010.

³⁰¹ Poitou C., Clément K., *Obésité*, Vol 5 n°4, 2010.

³⁰² Fédou A.-L., Essig M., *Obésité*, Vol 6 n°1, 2011.

³⁰³ Dargent J., *Obésité*, Vol 5 n°3, 2010.

« Quelle démarche thérapeutique ? Peut-on se permettre de lui remettre une photocopie de régime classique (la même pour tout le monde) et lui dire simplement “Manger moins, bouger plus !”... Beaucoup le font, faute de savoir comment faire autrement ? En médecine, à chaque pathologie, une spécialité... mais où sont donc passés les “grossologues” ? les spécialistes d’obésité ? Car, dans la réalité, voilà comment cela se passe : le médecin généraliste sera seul, face à un vide abyssal de données, de compétences, d’équipes connues et reconnues, de réseaux, *etc.* Selon le regard qu’il portera sur l’obésité (maladie ou maladie de la volonté), il sera culpabilisant ou pas. Selon ses connaissances, son expérience, il adressera la personne à un diététicien, un “psy”, un nutritionniste, un chirurgien, proposera un régime, voire un régime dans lequel son intérêt financier sera préservé (diètes protéinées, par exemple)... Mais quasiment jamais, il n’aura la possibilité d’adresser la personne à une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la médecine de l’obésité³⁰⁴ ».

Un dernier type d’usage est notable, il consiste à promouvoir des dispositifs pluridisciplinaires. Il s’agit moins pour les auteurs de décrire l’obésité dans sa complexité (induisant de fait une analyse au prisme de plusieurs disciplines) que de lui donner une réponse pratique et directement opérationnelle en terme de prise en charge.

« En pratique, le réseau permet ainsi la mise en place d’équipes multidisciplinaires motivées et formées sur les lieux de vie des enfants pour une prise en charge rapprochée (dans le temps et géographiquement) et de qualité. » [...] « Ce trio multidisciplinaire se compose : – d’un médecin libéral, généraliste ou pédiatre ; – d’un acteur de proximité, choisi en fonction des besoins de l’enfant (diététicien, psychologue, psychiatre, médecin du sport, kinésithérapeute...) ; – et d’un accompagnateur, issu du secteur institutionnel (santé scolaire, PMI, crèches) ou du secteur externe à la santé (enseignant, éducateur sportif, travailleurs sociaux, famille ou amis³⁰⁵ »

Enfin, aucun texte ne fait état d’une critique, ni même d’une discussion de la pluridisciplinarité. Si le parti pris de la revue est d’encourager les approches de ce type,

³⁰⁴ Lemoine C., *Obésité*, Vol 3 n°4, 2008.

³⁰⁵ Oliver I., Jouret B., Tauber M., *Obésité*, Vol 1 n°2-4, 2006.

nous pourrions être en droit d'attendre la publication d'un point de vue contradictoire ne serait-ce qu'en vertu de la critique, valeur centrale dans l'évaluation des sciences par les pairs. Cette absence de critique est également de mise lorsque nous évoquons le sujet en entretien ou dans le cadre de discussions plus informelles lors de congrès scientifiques. En définitive, le caractère collectif de cette médecine de l'obésité semble assumé par la communauté des chercheurs spécialistes de cette pathologie ; et ce quelles que soient leurs disciplines d'appartenance. L'apparition d'une médecine de l'obésité est concomitante de l'inscription de la lutte contre l'obésité à l'agenda politique et aux obstacles rencontrés par les médecins de santé publique et les épidémiologistes à dissocier la question préventive par la nutrition de la prise en charge de l'obésité plus complexe. L'objectif pour les experts de l'obésité est alors, selon nous, de fédérer un collectif promouvant la pluridisciplinarité comme mode privilégié de coordination pour la prise en charge de cette pathologie. Toutefois, s'il s'agit là d'une reprise en main du leadership de l'expertise par les experts cliniciens³⁰⁶, il nous faut également considérer l'hypothèse selon laquelle cet affichage pourrait être une innovation disciplinaire, à savoir la volonté de créer une spécialité nouvelle dans le champ médical. Le mot d'ordre se doublerait d'une revendication académique. Pour étayer cette hypothèse, il convient d'analyser ce que la pluridisciplinarité fait au travail scientifique.

III.2. – Les cancérologues, les diabétologues...les

« obésologues » : une remise en cause des hiérarchies médicales pour fonder une spécialité nouvelle ?

III.2.1. *Des pratiques de co-signature non bouleversées*

Nous pouvons nous demander si l'affichage explicite de la pluridisciplinarité est compatible avec un affichage disciplinaire. Pour mettre à l'épreuve cette idée, nous avons qualifié, quand cela était possible, les textes en renseignant dans le cadre de référence de notre logiciel les

³⁰⁶ Expertise qui fût laissée vacante à la médecine sociale, pour reprendre la catégorie développée par Pinell (Pinell P., 2009, « La genèse du champ médical : le cas de France (1795-1870) », *Revue Française de Sociologie*, 50 (2), p. 315-349), et, avant lui, Foucault (Foucault M., 1994, *Dits et écrits*, Tome III (1976-1979), Gallimard, Paris, « La politique de santé au XVIIIe siècle » p. 13-27 et p. 725-741, « La naissance de médecine sociale » p. 207-227) par opposition à la médecine clinique et biologique, ou les conseillers en santé publique pour reprendre nos propres catégories de la partie II.

disciplines affichées par leurs auteurs (nous avons tenté de les identifier par le titre, le résumé, le statut des auteurs et leur laboratoire d'appartenance). Ces opérations nous conduisent à identifier plusieurs formes de cohabitation entre les diverses disciplines scientifiques.

En filtrant les usages de l'être-fictif PLURIDISCIPLINARITE@ selon la/les discipline(s), il apparaît que certains textes (n=11/76) mobilisent un marquage interdisciplinaire de façon explicite, soit environ 14% des textes :

32	
11 Chirurgie	
8 Santé publique	
2 Psychologie	
2 Néphrologie	
2 Chirurgie - Endocrinologie	
2 ...	
1 Pédiatrie - Physiologie - Médecine du sport	
1 Endocrinologie - Pédiatrie	
1 Médecine interne - Chirurgie - Psychiatrie	
1 Endocrinologie - Nutrition - Chirurgie	
1 Chirurgie - CNAM - Nutrition - Endocrinologie	
1 Nutrition - Diabétologie - Chirurgie	
1 Nutrition	
1 Diabétologie	
1 Société civile	
1 Sociologie	
<hr/>	
1 Obstétrique	
1 Odontologie - Nutrition	
1 Endocrinologie - Nutrition	
1 Psychanalyse	
1 Endocrinologie - Biologie moléculaire	
1 Pneumologie	
1 Psychanalytique	

C'est le cas pour les textes convoquant l'interdisciplinarité mais également pour l'ensemble de notre corpus (n=58/287). Ainsi, la proportion de textes où les auteurs mettent fréquemment en scène plusieurs disciplines (jusqu'à 4 disciplines et plus) atteint les 20% :

85
34 Chirurgie
20 ...
14 Santé publique
7 Nutrition
7 Société civile
6 Physiologie
5 Diabétologie
5 Biologie moléculaire
5 Biologie
5 Médecine interne - Nutrition
4 Néphrologie
4 Economie
3 Psychologie
3 Diabétologie - Pharmacologie
3 Sociologie
3 Epidémiologie - Nutrition

3	Epidémiologie
2	Société civile - Nutrition
2	Chirurgie - Endocrinologie
2	Psychiatrie - Nutrition
2	Psychanalytique
2	Epidémiologie nutritionnelle
2	Nutrition - Diabétologie - Chirurgie
2	Pédiatrie
2	Biologie - Biochimie
2	Génétique - Nutrition
2	Agroalimentaire
1	Chirurgie - Gastroentérologie - Réanimation
1	Pneumologie
1	Physiologie - Endocrinologie
1	Epidémiologie nutritionnelle
1	Gynécologie - Endocrinologie
1	Endocrinologie - Biologie moléculaire
1	Chirurgie - Radiologie
1	Endocrinologie - Société civile
1	Nutrition - Chirurgie
1	Epidémiologie nutritionnelle - Santé publique - Biologie - Chirurgie
1	Médecine interne - Psychoneuro-immunologie
1	Motricité - Pneumologie - Endocrinologie - Cardiologie - ...
1	Psychanalyse
1	Pharmacologie
1	Endocrinologie - Nutrition
1	Médecine interne - Nutrition - Epidémiologie nutritionnelle
1	Odontologie - Nutrition
1	Psychiatrie - Endocrinologie - Nutrition
1	Proctologie
1	Endocrinologie - Chirurgie
1	Obstétrique
1	Diététique
1	Diabétologie - Endocrinologie - Nutrition
1	Cardiologie
1	Nutrition - Thermalisme
1	Motricité - Endocrinologie - Cardiologie
1	Nutrition - Radiologie digestive
1	Nutrition - Société civile - Biochimie
1	Génétique
1	Pharmacocinétique
1	Kinésiologie - STAPS
1	Oncologie moléculaire - Neuroendocrinologie moléculaire
1	Nutrition - Pédiatrie
1	Epidémiologie nutritionnelle
1	Biochimie
1	Chirurgie - CNAM - Nutrition - Endocrinologie
1	Endocrinologie - Nutrition - Chirurgie
1	Gastroentérologie - Nutrition - Biologie
1	Physiologie - Gastroentérologie - Nutrition
1	Psychanalytique - Nutrition - Pharmaceutique
1	Médecine interne - Chirurgie - Psychiatrie
1	Nutrition - Pharmaceutique
1	Diabétologie - Endocrinologie
1	Pédiatrie - Diabétologie
1	Biochimie
1	Endocrinologie - Pédiatrie
1	Pédiatrie - Physiologie - Médecine du sport
1	Nutrition - Diabétologie
1	Endocrinologie
1	Médecine du sport
1	Bioénergétique

Concernant la médecine de l'obésité, la pluridisciplinarité apparaît valorisante et valorisée, pour ne pas dire à la mode. Conformément à sa ligne éditoriale, la revue publie des articles

faisant état de recherches pluridisciplinaires puisque 58 textes sur 287 (11 faisant explicitement référence à la pluridisciplinarité) font état de co-signataires juxtaposant au moins deux spécialités différentes. Ces critères corroborent l'hypothèse selon laquelle elle serait également, outre un affichage initialement porté par les experts instituant, une pratique partagée par leurs pairs. Toutefois, une part importante des textes s'inscrivent dans un cadre disciplinaire. Le mélange des spécialités n'est pas le mode de coopération le plus répandu dans la production des connaissances au sujet de l'obésité. La pluridisciplinarité ne semble pas remettre en cause les méthodes et les usages en matière de signature scientifique de la science normale³⁰⁷ telle qu'elle se pratique en médecine³⁰⁸. Si l'on se réfère à la mise en scène la plus fréquente de la pluridisciplinarité comme défense territoriale disciplinaire, l'enjeu de la médecine de l'obésité (convoquée 51 fois par les auteurs) au sein de l'académie apparaît davantage lié à des enjeux de pouvoir pour l'attribution de la direction des équipes pluridisciplinaire au sein des services hospitaliers, des dispositifs de santé publique tels que les réseaux de santé, ou, mieux encore, du Plan Obésité (PO) lui-même. Enfin, elle ne rompt pas avec l'organisation classique du travail en équipe dans les services spécialisés dont les collaborations sont hiérarchisées en fonction des statuts et des spécialités dans le champ médical³⁰⁹ :

³⁰⁷ Khun T.S., 1983[1962], *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, coll. « Champs », Paris.

³⁰⁸ Les travaux de David Pontille (Pontille D., 2001, « L'auteur scientifique en question : pratiques en psychologie et en sciences biomédicales », *Social Science Information*, 40 (3), p.433-453 ; Pontille D., 2008, « Écologie de la signature en science », *Sociétés et Représentations*, 25, p. 135-156) montrent que la signature en sciences biomédicales se caractérise par une inflation importante du nombre d'auteurs. Les coauteurs décident de l'ordre des noms, par décroissance des contributions principalement, mais toute contribution qui apporte utilement au travail peut conduire à la signature de la recherche. La liste des auteurs devient de ce fait plus ouverte. Une autre stratégie peut consister à désigner en premier auteur les doctorants ou post-doctorants ayant conduit l'expérimentation et en dernier auteur le référent scientifique qui contrôle et administre l'enceinte d'un laboratoire. L'accès à la signature est ici placé sous son autorité. Ce dernier centralise l'organisation des activités et accumule alors le crédit.

³⁰⁹ L'ouvrage collectif d'Aïach et Fassin (Aïach P., Fassin F., (dir.), 1994, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, Paris), décrit les rapports de pouvoir qui traversent les métiers de la santé selon « deux métaphores ». « D'une part, celle de professions s'organisant à la façon de satellites autour de la médecine – qui seule fonctionne de manière totalement autonome –, soit qu'elles en dépendent étroitement dans la définition même de leur activité quotidienne (cas des infirmières), soit qu'elles lui demeurent soumises du fait de l'existence d'un espace réservé auquel elles n'ont pas accès (cas des activités paramédicales soumises à prescription comme la kinésithérapie). D'autres part, celle de la profession médicale construite elle-même

« Dans un hôpital on va avoir un médecin référent, bon... un nutritionniste s'il s'agit d'un service de nutrition. On va avoir une diététicienne qui obéit aux ordres du nutritionniste. Je dis bien aux ordres : voilà mon patient tu me le mets à 1800 calories. Tu te débrouilles comme ça. On va avoir peut être à faire à des diététiciennes aussi pour faire des enquêtes au niveau des bilans alimentaires *etc.* On aura à faire à une psychologue pour faire des entretiens psychologiques, des évaluations sur ce plan-là. On va aussi faire appel en annexe au kiné pour traiter des arthroses du genou. On va pouvoir faire appel au cardiologue pour traiter les problèmes cardiaques, à un pneumologue pour traiter les apnées du sommeil *etc.* »³¹⁰.

III.2.2. L'espace disciplinaire de la médecine de l'obésité : des réseaux de références centrés sur les spécialités historiques

Une autre façon d'en faire la démonstration est de s'intéresser aux références et aux citations³¹¹ déployées par les auteurs dont nous pouvons identifier la/les disciplines d'appartenance. Ce sont des éléments textuels particulièrement persuasifs³¹², des alliés à intéresser et à mobiliser pour construire la crédibilité du texte³¹³. Les « aires de recherche »,

comme une pyramide : à la base les médecins généralistes ; au sommet les praticiens hospitaliers, eux-mêmes structurés de manière fortement hiérarchisée, depuis l'interne jusqu'au professeur » (p. 5), rajoutons également depuis le pédiatre, l'urgentiste et l'anesthésiste au chirurgien (Balazs G., Rosenberg-Reiner S., 2005, « La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines universitaires. Note de recherche : sur le choix d'un indicateur », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, p. 115-118).

³¹⁰ Extrait d'entretien avec un(e) psychomotricien, co-fondateur(trice) du GROS, installé(e) en libéral ayant, avant cela, travaillé(e) en milieu hospitalier dans le service du professeur Pélissier à l'hôpital Necker de Paris puis dans le service des professeurs Guy-Grand, puis Basdevant, à l'Hôtel Dieu à Paris (mai 2011).

³¹¹ Pour les scientomètres, la différence entre « citations » et « références » est clairement établie depuis longtemps : si une publication A mentionne en bibliographie un document B, l'article A fait une référence à l'article B et l'article B est une citation de l'article A (de Solla Price D.J., 1970, "Citation Measures of Hard Science, Soft Science, Technology, and Nonscience" in Nelson C. E., Pollack D. K., (eds.), *Communication among Scientists and Engineers*. Lexington, MA: Heath, p. 3-22). Je me tiendrai à cette distinction dans ce texte.

³¹² Gilbert G.N., 1976, "The Development of Science and Scientific Knowledge: The Case of Radar Meteor Research", in Lemaine G., Macleod R., Mulkay M., Weingart P., (eds.), *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines*, Adline, Chicago, p. 153-186.

³¹³ Latour B., Fabbri P., 1977, « La rhétorique de la science. "Pouvoir" et "devoir" dans un article de science exacte », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 13, p. 81-95 ; Callon M., Bastide F., Bauin S., Courtial J.-P., Turner W., 1984, « Les mécanismes d'intéressement dans les textes scientifiques ». *Cahiers STS*, 4, p. 88-105.

sont en partie construites par le jeu des références bibliographiques³¹⁴ que nous pouvons mesurer à travers la structure du « réseau social » qu'elles peuvent former. L'une des manières d'instituer l'activité cognitive est de l'ancrer dans des réseaux d'acteurs et d'objets auxquels on s'allie : cf. les notions de traduction³¹⁵, d'enrôlement³¹⁶, mais aussi de captation³¹⁷. Dans cette perspective, les publications scientifiques, leurs énoncés et les acteurs auxquelles elles font références sont également des occasions d'observer les alliances qui se nouent dans l'activité de production et de diffusion des connaissances³¹⁸.

Pour ce faire, nous nous sommes intéressés au réseau de références citées au sein des trois ouvrages collectifs, que nous avons étudiés en deuxième partie, ainsi qu'au réseau de références mobilisées dans les articles (originaux ou de dossier thématiques) de la revue *Obésité*. Nous avons fait le choix de les séparer pour plusieurs raisons :

- Les lignes éditoriales des ouvrages collectifs sont propres à leurs directeurs de publication. Chacun de ces ouvrages tentent de se positionner de façon originale dans la littérature scientifique propre à la médecine de l'obésité. Schématiquement, il y en a un, paru en 2004, qui se veut être une somme des connaissances médicales dans le domaine, à la manière d'une encyclopédie ou d'un « Vidal » de l'obésité ; le deuxième, paru en 2010, est l'œuvre du GROS dont nous avons vu qu'il était un réseau associatif particulièrement critique vis-à-vis des experts instituant. Ainsi l'ouvrage se présente comme un contre-point aux méthodes amaigrissantes et aux prises en charge strictement centrées sur l'approche dite « diététique » avec pour mot d'ordre « *primum non nocere*, “d'abord ne pas nuire” » (p. 16). Enfin, le troisième ouvrage est publié en 2010 par des sociologues et « naît d'une démarche, somme toute classique mais toujours heuristique : réunir, confronter, et comparer les regards particuliers, de manière croisée, différentes disciplines scientifiques sur une même

³¹⁴ Small H., Griffith B.C., 1974, “The Structure of Scientific Literatures. I: Identifying and Graphing Specialties”, *Science Studies*, 4 (1), p. 17-40; Hargens L.L., 2000, “Using the Literature: Reference Networks, Reference Contexts, and the Social Structure of Scholarship”, *American Sociological Review*, 65 (6), p. 846-865.

³¹⁵ Callon M., 1986, *op.cit.*

³¹⁶ Law J., 1983, « Enrôlement et contre-enrôlement : les luttes pour la publication d'un article scientifique », *Information sur les sciences sociales*, 22 (2), p. 237-252.

³¹⁷ Cochoy F., 2004, *La captation des publics. C'est pour mieux te séduire, mon client*, Presses Universitaires du Mirail, Toulouse.

³¹⁸ Latour B., 1995, *La science en action*, Gallimard, Paris.

sujet, en l'espèce l'obésité [...] Il serait toutefois erroné de conclure à l'existence d'un Babel scientifique », concernant cet ouvrage, car « les chercheurs, penseurs, et parfois également acteurs, que nous [les directeurs de publication] avons réunis ici, s'entendent et se comprennent » (p. 7) ;

- Les ouvrages collectifs, contrairement aux publications de la revue, ne répondent pas à l'exigence d'un comité de lecture susceptible de trier et d'éliminer certaines contributions qui ne répondraient pas aux critères académiques. Par conséquent, ils peuvent donner la parole à des disciplines ou des acteurs marginalisés dans l'espace de publication académique ;
- D'un autre côté, en donnant une visibilité particulière à ces ouvrages collectifs nous prenons potentiellement le risque d'accorder une trop grande importance à certains auteurs et certaines disciplines. Les références des articles sont ici un contre-point à ce biais en ce sens où la revue, dirigée par des acteurs autres que ceux des ouvrages collectifs, « se propose de faire le point sur l'évolution des connaissances et des idées concernant l'obésité » en tenant compte de « tous les aspects de la maladie, des facteurs de risque aux complications, de la prévention au traitement, selon différentes approches ».

Les caractéristiques générales de ces deux réseaux de références sont les suivantes :

	Réseau « Ouvrages »	Réseau « Revue » (force 3 ³¹⁹)
Nombre de sommets (vertices)	2815	1023
Nombre de liens	6221	10136
Densité	0.0007851	0.0096854

NB La densité est le rapport entre le nombre de liens et le nombre maximum de liens possibles dans un graphe de même taille. Pour un graphe de n nœuds, le nombre maximum de flèches est : $n(n-1)$. Si le graphe comporte nf flèches, sa densité est de : $d = nf / n(n-1)$.

³¹⁹ La base de données initiale des références de la revue *Obésité* comporte 6778 sommets et 26554 lignes pour une densité de 0.0011503. La taille importante de ce réseau a eu pour effet de faire boguer nos logiciels de traitement. Par conséquent, nous avons fait le choix de limiter les acteurs de ce réseau à ceux dont la force des liens au sein du corpus est supérieure ou égale à 3.

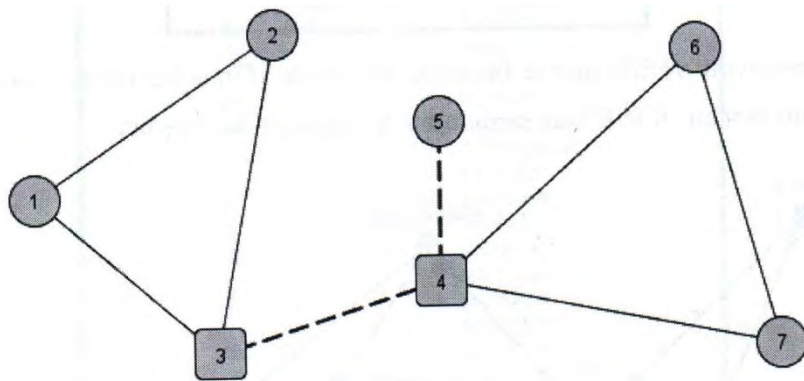
III.2.2.1. Les points d'articulations : qui menace la connexité ?

Dans un réseau social, il convient de souligner l'importance des acteurs en position de point d'articulation. Têtes de ponts, gardiens de la connexité, ils occupent donc une position stratégique³²⁰.

La connexité d'un réseau répond à l'existence de chaîne ou de chemins entre les nœuds. Un graphe orienté est dit faiblement connexe (weakly connected) si d'un nœud à un autre il existe toujours une chaîne et fortement connexe (strongly connected) si d'un nœud à un autre il existe toujours un chemin. Un chemin sur un graphe est une suite de flèches à la queue leu leu : $x_1 \rightarrow x_2 \rightarrow x_3 \dots \rightarrow x_n$. Une chaîne est une suite de flèches auxquelles on n'impose pas d'être toutes dans le même sens : $x_1 \leftarrow x_2 \rightarrow x_3 \rightarrow \dots \leftarrow x_n$.

Dans ce qui suit, connexité doit être entendue au sens faible, donc sans se préoccuper du sens des flèches.

Un pont est un lien dont la suppression brise la connexité entre deux sommets du réseau. Un point d'articulation (ou *cut-vertex*) est un nœud dont la suppression brise la connexité entre deux composantes connexes du réseau (il peut s'agir d'un nœud isolé ou d'un ensemble de nœuds). Comme la suppression d'un nœud entraîne *ipso facto* la suppression des liens qui s'y rattachent, un point d'articulation se trouve nécessairement à l'extrémité d'un pont (voire de plusieurs). Mais la réciproque est fautive : une extrémité de pont n'est pas toujours un point d'articulation.



Dans l'exemple ci-dessus³²¹ :

³²⁰ Cette affirmation peut être nuancée. Si un point d'articulation dont l'élimination provoque l'apparition d'un nœud isolé et d'une « grosse » composante connexe, il n'est pas hautement stratégique.

Les liens 4-3 et 4-5 sont des ponts. Les nœuds 3 et 4 sont des points d'articulation. Le nœud 4 appartient à deux ponts : sa suppression accroît de deux le nombre de composantes connexes. Le nœud 5, bien qu'extrémité d'un pont, n'est pas un point d'articulation. Sa suppression n'a pas d'incidence sur la connexité du graphe.

Pour identifier ces points d'articulation dans le réseau nous avons utilisé sous Pajek la commande suivante : Net/Components/Bi-Components. Les résultats se présentent comme suit (tableau n°7) :

Tableau 7 : Classements des points d'articulation

Réseau « Ouvrages »		Réseau « Revue »	
206	Fantino M	20	Cani-PD
114	De Gennes C	19	Lecerf-JM
107	Basdevant A	19	Ahmed-SH
104	Valensi P	17	Dargent-J
101	Oppert JM	12	Kesse-Guyot-E
80	Charles MA	11	Guerre-Millo-M
68	Hahusseau S	9	Goudable-J
58	Etile F	9	Collin-JF
55	Waysfeld B	8	Soudan-D
53	Poulain JP	8	Rigaud-D
53	Vague P	7	Zermati-JP
52	Ferry M	7	Essig-M
42	Melchior JC	7	Hazzan-M
38	Fages S	7	Polivy-J
38	Boutron-Ruault MC	6	Charles-MA
37	Holley A	6	HAS
29	Haberer JP	6	Le-KA
27	Schutz Y	6	Allard-J
24	Levay C	5	Quilliot-D
23	Simon C	4	Poitou-C

³²¹ Extrait de l'ouvrage de Cellier J., Cocard M., 2012, *Le traitement des données en Histoire et Sciences Sociales. Méthodes et outils*, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Didact Méthodes », p. 410.

23	Rolland-Cachera MF	4	Poulain-JP
23	Cassuto DA	4	Flamment-M
22	Clement K	4	WHO-OMS
21	Froguel P	4	Leverve-X
21	Laaban JP	3	Berdah-J
19	Chaperon AF	3	Basdevant-A
19	Bossy T	3	Couet-C
17	Volery M	3	Beck-E
17	Regnier F	3	Sjostrom-L
14	Krempf M	3	Chevallier-JM
13	Barbe P	3	Hercberg-S
12	Weill P	3	Junien-C
10	Le Barzic M	2	Tappy-L
9	Le Breton D	2	Lacroix-A
9	Bourque D	2	Gagnayre-R
7	Cornet P	2	James-WPT
5	Romon M	2	Zhu-S
5	Dalarun P	2	Bruckert-E
2	Rigal N	2	Dulloo-AG
2	Stunkard AJ	2	Brownell-KD
2	Stratton IM	2	Carre-N
2	Sugerman HJ	2	Le-Marchand-Brustel-Y
2	Bjorntorp P	2	Tartaglia-LA
		2	Brunaud-L
		2	Fantino-M
		2	Houpe-JP
		2	Clement-K
		2	Catheline-JM
		2	Hu-FB
		2	Golay-A
		2	Frelut-ML
		2	Must-A
		2	Rabasa-Lhoret-R
		2	Grundy-SM

	2	Oppert-JM
	2	Fatton-B
	2	Scheen-AJ

Sur ces réseaux peuplés, tant en acteurs qu'en liens, la détection des points d'articulation et de la nature des ponts qu'ils établissent est difficile par simple observation visuelle sur un graphe. Il est alors délicat, à ce stade, de tirer des conclusions sur l'importance de ces acteurs dans les réseaux. S'agit-il principalement de lien de type 4-5 dans notre illustration précédente ou de lien de type 4-3 ? Nous reviendrons plus tard sur l'interprétation que nous faisons de ces résultats. Retenons néanmoins que la suppression du sommet Basdevant dans le réseau « Ouvrages », par exemple, entraînerait l'augmentation du nombre de composantes connexes de 107. Autrement dit, autour du sommet Basdevant se fédèrent 107 autres sommets ou ensemble de sommets qui sans lui serait isolés les uns des autres. Enfin, il est notable que les ponts sont moins nombreux dans le réseau « Revue » et reliés à des points d'articulation plus distribués alors même que le nombre de sommet dans le graphe est moins important.

III.2.2.2. Le(s) centre(s) et la périphérie

Un certain nombre de mesures estiment la centralité d'un sommet par rapport à ses voisins immédiats. La mesure de centralité la plus simple est le degré du sommet (*degree*), c'est à dire le nombre de liens ayant le sommet comme extrémité (ou le nombre de voisins du sommet). Lorsque le graphe est orienté, nous distinguons le degré entrant (*in-degree*) qui correspond au nombre de liens se dirigeant vers le sommet et le degré sortant (*out-degree*) qui correspond au nombre de liens partant du sommet. Dans un graphe valué, le degré peut être pondéré par la valeur des liens, nous parlons alors de degré pondéré (*weighted degree*). Cette mesure permet de prendre en compte l'intensité des relations ou des flux (par exemple le nombre de voyageurs ou le montant de flux financiers). Toutefois, elle fait disparaître la dimension topologique du degré (nombre de voisins). La mesure du degré renseigne sur l'importance d'un sommet au sein du graphe. Un sommet ayant un degré élevé est considéré comme central puisqu'il est relié directement à un nombre élevé de sommets du graphe, il a donc un potentiel d'interactions directes avec les autres sommets plus important qu'un sommet ayant un degré plus faible.

Par la suite, nous évoquerons plus particulièrement la centralité de vecteur propre, aussi appelé *Eigen-vector centrality*, qui mesure de quelle manière un nœud est connecté aux autres

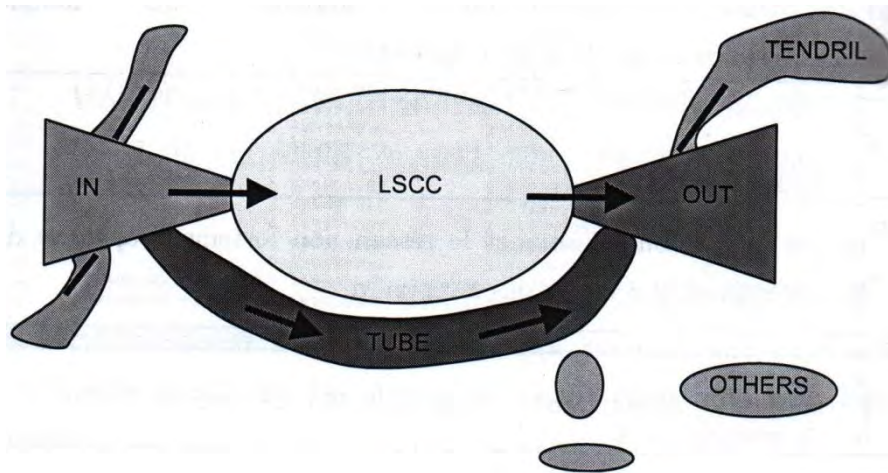
sommets fortement connectés du graphe. Cet indice est basé sur le principe qu'un lien avec un sommet peu connecté vaut moins qu'un lien avec un sommet très connecté. C'est en quelque sorte une extension de la centralité de degré dans laquelle le poids des nœuds voisins est dépendant de leur centralité. Nous nous intéresserons aussi au degré d'intermédiarité (*betweenness*) qui reste intéressant pour déceler les passeurs entre les différents acteurs, ceux qui sont capables d'hybrider les connaissances et de naviguer entre les différentes aires de recherche. Si « tous les chemins mènent à Rome », en matière de réseau, le degré d'intermédiarité semble indiquer les nœuds par lesquels il serait préférable de passer pour que ces chemins soient les plus courts possible. Le degré d'intermédiarité repose sur l'idée qu'un nœud est d'autant plus en position centrale dans le réseau qu'il se trouve fréquemment sur des chemins minimaux reliant d'autres nœuds. Plus précisément, le calcul, pour un nœud donné consiste : à déterminer pour chaque paire d'autres nœuds, la proportion, parmi les chemins les reliant, de ceux qui passent par lui ; et à additionner le tout. Les nœuds avec une forte centralité d'intermédiarité sont des points de passages importants pour relier rapidement deux sommets du graphe. Le choix de ces mesures nous permettra de discriminer parmi les résultats précédents, sur les points d'articulations, quels sont ceux qui menacent réellement la connexité du réseau et par conséquent sont importants dans le réseau, en tant qu'acteurs particulièrement cités ou référencés dans la littérature scientifique.

Nous présenterons dans un premier temps nos résultats avant d'en produire une analyse.

Dans les graphiques qui vont suivre, l'aire des nœuds est proportionnelle à la centralité de vecteur propre. La couleur des nœuds est liée à la partition *bow-tie*, disponible sur Pajek via la commande : Net/Partitions/Bow-tie. Issu de travaux d'analyse du web, l'algorithme propose une partition de l'ensemble des nœuds d'un réseau orienté en 6 groupes :

- LSCC (Largest Strongly Connected Component) : cœur du réseau, il s'agit de la plus grande composante fortement connexe ;
- IN : il s'agit des nœuds à partir desquels il est possible d'accéder au cœur. Mais non l'inverse, sinon ils feraient partie du LSCC ;
- OUT : il s'agit des nœuds accessibles à partir du cœur. Mais non l'inverse, sinon ils feraient partie du LSCC ;
- TUBES : il s'agit de nœuds n'appartenant pas au cœur mais permettant de passer de IN à OUT ;

- TENDRILS : il s'agit de nœuds soit reliés par des chaînes à IN, soit reliés par des chaînes à OUT mais n'appartenant pas aux groupes précédents ;
- OTHERS : tous les nœuds n'appartenant pas aux groupes précédents, soit totalement isolés.



Légende de la couleur des nœuds :

En vert : IN

En jaune : LSCC

En rouge : OUT

En bleu foncé : TUBES

En rose : TENDRILS

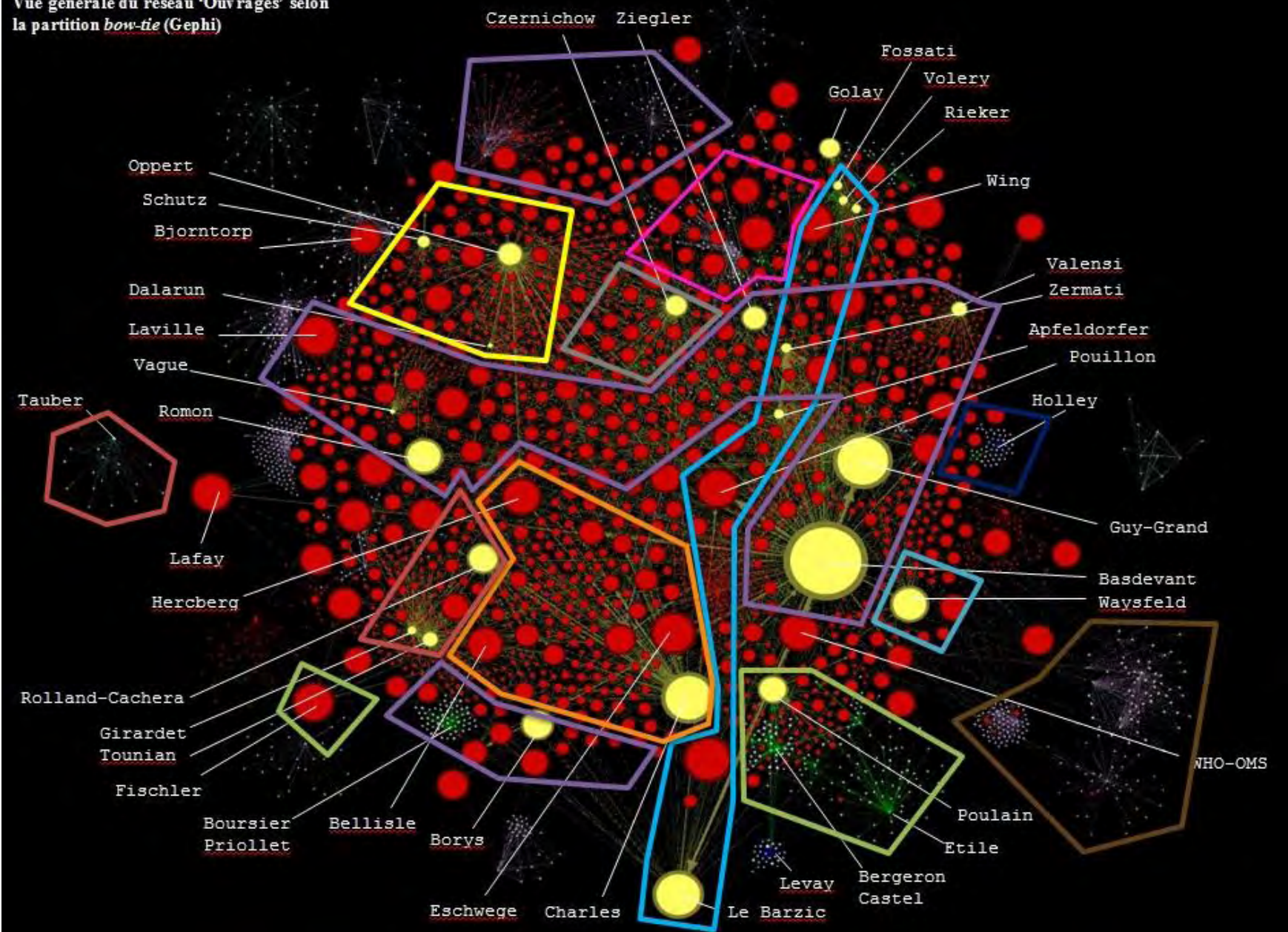
En bleu clair : OTHERS

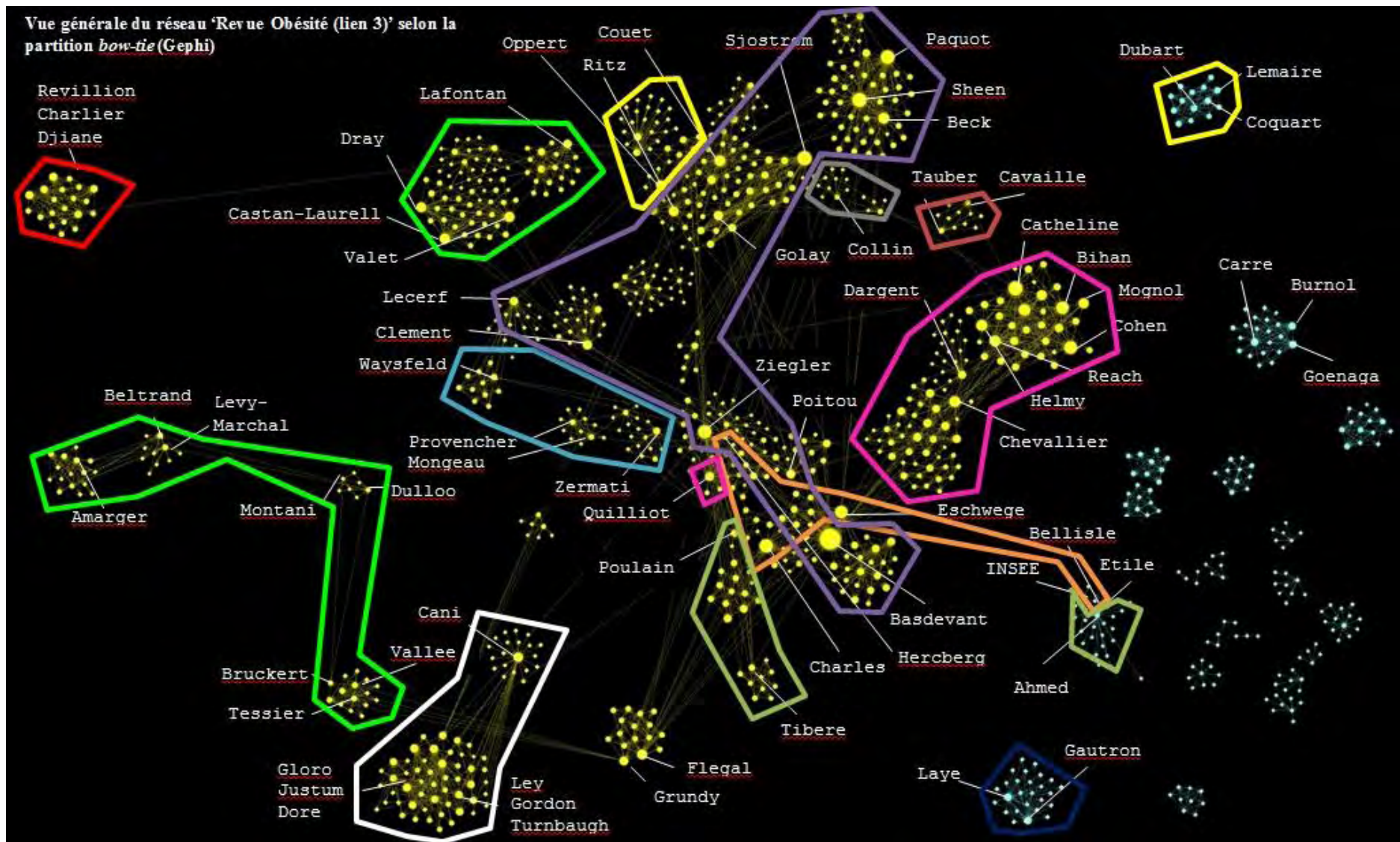
Légende de la couleur des aires de recherche :

- Mauve : Nutrition – Endocrinologie – Diabétologie - Médecine interne
- Turquoise : Psychologie - Psychanalyse
- Orange : Épidémiologie
- Vert : Sociologie – Économie
- Rouge clair : Pédiatrie
- Rouge foncé : Oncologie

- Rose fuchsia : Chirurgie
- Jaune : Physiologie - Médecine du sport - Psychomotricité
- Gris : Santé publique
- Bleu marine : Neurosciences - Neurobiologie
- Marron : Pharmacologie - Obstétrique
- Blanc : Biologie moléculaire
- Vert fluo : Biologie - Biochimie cellulaire - Sciences du métabolisme

Vue générale du réseau 'Ouvrages' selon la partition *bow-tie* (Gephi)





Dans notre premier graphe, le réseau « Ouvrages » se caractérise par un amas de sommets regroupés au centre, formant un cercle concentrique autour duquel gravite une périphérie de nœuds avec une taille moins importante. Ce centre est composé d'acteurs appartenant principalement aux catégories LSCC (nœuds en jaune) et OUT (nœuds en rouge). Il s'agit du groupe d'acteurs appartenant à la plus grande composante connexe du réseau et des acteurs référencés par eux, ils sont donc le cœur de ce qui constitue la littérature grise de la médecine de l'obésité. Parmi les sommets les plus volumineux (soit les plus centraux selon l'indicateur de vecteur propre), nous observons quatre acteurs majeurs : Basdevant, Guy-Grand, Charles et Le Barzic. Les deux premiers sont Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers (PU-PH), responsables du service de Médecine et de Nutrition à l'Hôtel-Dieu à Paris, puis à la Pitié Salpêtrière. Ils ont notamment co-dirigé l'ouvrage de 2004 intitulé la *Médecine de l'obésité*. Le troisième sommet représente Marie-Aline Charles, épidémiologiste, co-auteure de l'étude Obépi avec Basdevant et Eschwège. Enfin, Michelle Le Barzic, psychologue clinicienne à l'Hôtel-Dieu également, constitue le quatrième sommet le plus important du réseau. Nous notons que ce n'est pas parce qu'un nœud appartient au cœur de la composante connexe la plus grande qu'il est central dans la structure du réseau. C'est la nature qualitative des liens qu'ils entretiennent avec les autres sommets de la composante connexe qui importe dans cette classification plus que la quantité des liens qui les relient aux autres nœuds. Certains acteurs appartenant à la catégorie OUT se révèlent être particulièrement référencés, ils sont de ce fait plus centraux que d'autres appartenant à la catégorie LSCC. Si nous nous intéressons de plus près aux vingt-quatre acteurs de cette dernière classe, nous distinguons : dix nutritionnistes-endocrinologues/diabétologues-spécialistes de médecine interne, soit les spécialités historiquement liées au traitement des patients obèses (voir partie I.1). Deux d'entre eux sont de surcroît spécialisés en médecine du sport ; six psychologues-psychothérapeutes ou psychanalystes. Deux d'entre eux cumulent en plus les fonctions de nutritionniste pour l'un et d'infirmière pour l'autre ; et, trois pédiatres, une épidémiologiste, un sociologue, un médecin de santé publique, un physiologiste, un psychomotricien.

Si nous associons à leurs positions dans l'espace des aires disciplinaires de recherche³²², nous obtenons une représentation dominée par le mauve, à savoir la nutrition, l'endocrinologie, la

³²² Nous avons, pour délimiter du mieux possible ces aires, identifié et caractérisé les nœuds les plus volumineux ainsi que ceux repartis en différents points de l'espace de telle sorte à ce que nous puissions quadriller l'ensemble du graphe. Ceci nous permet de rendre visible les frontières disciplinaires dans la structure du réseau et leur répartition géographique.

diabétologie et la médecine interne. Ces disciplines sont flanquées en leur centre par l'épidémiologie (en orange), la santé publique (en gris), la médecine du sport (en jaune) et la pédiatrie (en rouge clair). A proximité également mais relayées en périphérie, nous avons les sciences sociales (en vert), la chirurgie (en fuchsia) et les neurosciences (en bleu marine). À la marge, sont également présentes une frange de l'obésité génétique chez l'enfant incarnée par la pédiatre Maïté Tauber ainsi que la pharmacologie et l'obstétrique (en marron). Les sommets de ces aires de recherche (fuchsia et marron) appartiennent majoritairement aux classes OTHERS ou TENDRILS. En somme, ils n'ont pas de liens avec les acteurs au cœur du réseau (LSCC) ce qui pourrait traduire un isolement ou une autonomie de ces spécialités au sein de la médecine de l'obésité. Les sciences sociales se distinguent également par une propension importante de leur sommets appartenant au groupe IN, c'est-à-dire qu'ils citent des acteurs appartenant au cœur du réseau sans pour autant être référencés par ces derniers en retour. Nous pourrions interpréter ce résultat comme la volonté pour ces sciences sociales de faire reconnaître leurs connaissances par l'intéressement ou l'enrôlement d'autres acteurs plus centraux ou plus reconnus. Enfin, l'ensemble est traversé par la psychologie-psychanalyse (en turquoise) qui se singularise par sa dispersion aux pôles Nord, Sud et Est du graphe. Cette dispersion peut être la résultante d'une tension au sein même de cet aire disciplinaire puisque, nous l'avons esquissé dans notre deuxième partie, certains auteurs se montrent particulièrement critiques tandis que d'autres coopèrent malgré tout avec les tenants de l'approche nutritionnelle dans des dispositifs de prise en charge qui admettent plusieurs formes d'explications des causes de la maladie.

Dans notre second graphe, le réseau « Revue » se caractérise par une dispersion des sommets plus importante. Contrairement au réseau précédent, les amas de nœuds forment plusieurs constellations parfois reliées par un ou deux liens seulement ou un ou deux sommets. Toutefois l'ensemble forme une grande composante connexe au centre et à l'Ouest du graphe (nœuds appartenant au LSCC en jaune). En revanche, un nombre plus important de sommets forment des composantes isolées. La centralité des nœuds apparaît elle aussi plus distribuée même si nous repérons une dizaine de points plus volumineux que les autres. Il s'agit des acteurs : Basdevant, Charles, Eschwège, Ziegler, Catheline, Cohen, Paquot, Sheen, Beck et Sjöström. Les trois premiers d'entre eux se révèlent être centraux également dans notre premier réseau. Les autres sont des acteurs n'ayant pas été identifiés précédemment. Olivier Ziegler est PU-PH et chef de service de diabétologie, des maladies métaboliques et de nutrition au CHU de Nancy. Il est également l'un des fondateurs et des rédacteurs en chef de

la revue *Obésité*. Jean-Marc Catheline est professeur, chirurgien et Régis Cohen est docteur conventionné à l'exercice hospitalier, endocrinologue. Ils exercent tous les deux à l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis (93) dans le service de chirurgie de l'obésité. Paquot, Scheen et Beck appartiennent au service de diabétologie, nutrition et maladies métaboliques du CHU de Sart-Tilman à Liège en Belgique. Enfin, Lars Sjöström est professeur à Göteborg en Suède. Ses travaux portent sur l'endocrinologie et le diabète, la médecine moléculaire (génétique) et la santé publique. Dans ce réseau, le fait marquant est que les références liées aux articles scientifiques dépassent l'espace de la recherche française et s'ouvrent aux spécialistes internationaux. Toutefois, l'assise française de la médecine de l'obésité reste similaire au premier réseau étudié, à savoir le trio Basdevant-Charles-Eschwège dont l'étude épidémiologique longitudinale Obépi, entre autres, figure parmi les papiers les plus cités. L'absence de Bernard Guy-Grand est quant à elle liée à son départ à la retraite.

Concernant les aires disciplinaires de recherche, là encore les disciplines historiques (mauve) dominant l'espace au centre du graphe. À leurs côtés figurent l'épidémiologie (en orange), la psychologie-psychanalyse (en turquoise), les sciences sociales (en vert) et la médecine du sport (en jaune) qui, proportionnellement au précédent réseau, conservent la même visibilité. Néanmoins, pour les deux dernières disciplines citées nous observons des amas dispersés qui peuvent être proches du centre du graphe ou au contraire isolés en périphérie confirmant notre première intuition, à savoir qu'il s'agirait de spécialité dont la position au cœur de la médecine de l'obésité semble mal assurée. Sont également présents la médecine de santé publique (en gris) et la pédiatrie (en rouge clair) mais de façon plus marginale. Ces deux spécialités occupent très peu d'espace et leurs sommets ne semblent pas centraux au regard des autres nœuds constituant le réseau. Ce déclin plaide en faveur d'une moindre influence des travaux menés dans ces disciplines au sein de la littérature scientifique sur l'obésité. A l'inverse, nous observons une nette augmentation de l'espace occupé par la chirurgie (en fuchsia) qui se positionne elle aussi au centre et constitue une composante connexe particulièrement dense. De plus, nous notons l'apparition de deux courants de recherche issus de la biologie : la biologie moléculaire (en blanc) et la biochimie cellulaire portant sur l'étude du métabolisme (en vert fluo). S'ils sont plus distants du centre du réseau et reliés à lui que par un faible nombre de liens, ces acteurs occupent un espace important en périphérie du graphe avec des sommets qui se révèlent en moyenne plus volumineux que dans d'autres disciplines. Lafontan, Valet, Dray et Castan-Laurell, par exemple, appartiennent à l'institut de médecine moléculaire de Rangueil à Toulouse et ont collaboré avec Patrice Cani, professeur à

l'université catholique de Louvain en Belgique. Concernant la chirurgie, cette plus grande représentation peut s'expliquer de deux manières : la première, serait liée au fait que la SOFFCO (Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité) est l'une des deux sociétés savantes associées à la constitution de la revue *Obésité* avec l'AFERO (Association Française d'Étude et de Recherche sur l'Obésité). Ainsi, un espace éditorial particulier pourrait lui être accordé par le comité de sélection de la revue. La seconde explication pourrait venir de la structuration progressive de la chirurgie bariatrique dans le temps. En 2004, lorsque l'ouvrage coordonné par Arnaud Basdevant et Bernard Guy-Grand est publié, la chirurgie bariatrique est balbutiante, les controverses encore vives et les études sur son efficacité peu nombreuses. Sur la période 2006-2012, qu'agrège notre second réseau, les progrès dans ce domaine furent nombreux sortant la chirurgie de son anonymat et de son développement « sauvage » (qualification attribuée par la CNAMTS en 2002). Elle tend même à devenir sur la période récente le mode de prise en charge le plus efficace, d'après les témoignages de personnes obèses, en terme de perte de poids sur le long terme. En ce qui concerne la biologie, nous pouvons interpréter son ascension par les récentes découvertes de ces spécialités qui figurent actuellement parmi les axes de recherche les plus prometteurs, notamment les travaux menés sur les bactéries de la flore intestinale et l'épigénétique³²³ qui semblent avoir un impact important dans le développement et l'inflammation du tissu adipeux en fonction de l'environnement des individus. Enfin, les neurosciences et la neurobiologie (en bleu marine), isolées, disposent malgré tout d'une visibilité dans le réseau des références scientifiques des articles de la revue *Obésité*, ainsi que l'oncologie (en rouge foncé) qui fait son apparition au Nord-Ouest du graphe reliée au centre par un lien unique qui semble insuffisant pour reconnaître cette spécialité comme centrale en médecine de l'obésité.

Nous terminerons l'exposé de ces résultats par l'analyse de deux grandeurs supplémentaires (tableaux n°8 et n°9) : le degré de centralité d'intermédiarité évoqué précédemment (Commande pajek : Net/Vector/Centrality/Betweenness) et l'indice d'autorité et de prestige calculé par Pajek (Commande : Net/Vector/Important vertices/1-Mode : Hubs-Authorities). Plus délicat à définir que les précédents, cet indice se rapproche du degré de centralité de vecteur propre. Il détermine le prestige d'un sommet du graphe en distinguant les autorités

³²³ Elle regroupe l'ensemble des mécanismes moléculaires ayant lieu au niveau du génome et de la régulation de l'expression des gènes qui peuvent être influencés par l'environnement et l'histoire individuelle ainsi qu'être potentiellement transmissibles d'une génération à l'autre, sans altération des séquences nucléotidiques (ADN), et avec un caractère réversible.

(*authorities*), c'est-à-dire les acteurs vers lesquels pointent nombre d'acteurs influents (*hubs*). Un acteur influent est un acteur qui pointe vers nombre d'autorités. Dans notre esprit, ils n'ont aucune valeur méliorative : une influence peut être néfaste, un prestige douteux.

Tableau 8 : Résultats centralité d'intermédiarité et indice de prestige dans le réseau « Ouvrages »

Centralité d'intermédiarité	Prestige
0.0040076 Basdevant A	40.28 % Basdevant A
0.0024005 Guy-Grand B	8.67 % Guy-Grand B
0.0021681 Oppert JM	5.42 % Le Barzic M
0.0016413 Waysfeld B	2.44 % Charles MA
0.0014691 Charles MA	2.29 % Oppert JM
0.0010571 Fantino M	1.15 % Waysfeld B
0.0010084 Zermati JP	1.09 % Poulain JP
0.0010084 Apfeldorfer G	0.50 % Zermati JP
0.0009372 Poulain JP	0.18 % Romon M
0.0009727 Valensi P	0.08 % Bjorntorp P
0.0006353 Tounian P	0.08 % Rolland-Cachera MF
0.0003707 Ritz P	
0.0003497 Hahusseau S	
0.0003068 Golay A	
0.0002947 Schutz Y	
0.0002841 Rolland-Cachera MF	
0.0002827 Vague P	
0.0002446 Laville M	
0.0002223 Melchior JC	
0.0001872 Le Barzic M	
0.0001682 Girardet JP	
0.0001511 Bergeron H	
0.0001511 Castel P	
0.0001314 Dalarun P	
0.0001220 Clement K	
0.0001180 Simon C	

0.0001129 Froguel P
0.0000939 Czernichow S
0.0000889 Volery M
0.0000877 Ziegler O
0.0000751 Rieker A
0.0000751 Fossati M
0.0000729 Barbe P
0.0000377 Fischler C
0.0000311 Etile F
0.0000297 Romon M
0.0000162 Bringer J
0.0000127 Levay C
0.0000093 Holley A
0.0000090 Bossy T
0.0000079 Regnier F
0.0000051 Bjorntorp P
0.0000046 Le Breton D
0.0000032 Borys JM
0.0000004 Lecerf JM
0.0000004 Rigal N
0.0000003 Gervais C
0.0000003 Sanchez M
0.0000003 Lowenstein W

NB Les indices d'autorité et d'influence ci-dessus sont normalisés.

Tableau 9 : Résultats centralité d'intermédiation et indice de prestige dans le réseau « Revue »

Centralité d'intermédiation		Prestige
0.2103561 Basdevant-A	43.78 %	Gagner-M
0.2017250 Sjostrom-L	37.36 %	Catheline-JM
0.1118198 WHO-OMS	35.55 %	Cohen-R
0.0936184 Oppert-JM	32.71 %	Bihan-H
0.0910650 Ziegler-O	27.46 %	Dbouk-R

0.0767274 Ritz-P	25.47 %	Reach-G
0.0733156 Lafontan-M	25.47 %	Helmy-N
0.0717966 Grundy-SM	17.18 %	Langer-FB
0.0690604 Scheen-AJ	16.03 %	Uzzan-B
0.0689181 Golay-A	13.44 %	Ruzeykin-I
0.0622488 Poitou-C	12.81 %	Bohdjalian-A
0.0576985 Clement-K	12.70 %	Inabnet-WB
0.0486496 Bruckert-E	8.74 %	Perez-N
0.0451047 Hu-FB	8.74 %	Baltasar-A
0.0434881 Flegal-KM	8.74 %	Serra-C
0.0433811 Guerre-Millo-M	8.67 %	Mognol-P
0.0423705 Dulloo-AG	8.67 %	Chosidow-D
0.0410409 Lecerf-JM	8.63 %	Krawczykowski-D
0.0404592 Paquot-N	8.38 %	Marmuse-JP
0.0389604 Catheline-JM	8.14 %	Consten-EC
0.0362182 Zermati-JP	8.14 %	Pomp-A
0.0351347 Couet-C	8.14 %	Reza-Hoda-MA
0.0341438 Eschwege-E	8.14 %	Anthone-GJ
0.0336290 Cani-PD	8.14 %	Regan-JP
0.0334146 HAS	8.14 %	Crookes-PF
0.0327099 Castan-Laurell-I	8.14 %	Almogoy-G
0.0325593 Maffei-M	6.24 %	Butler-MG
0.0324819 Beck-E	6.18 %	Marinari-GM
0.0311785 Valet-P	6.08 %	Chebib-J
0.0293431 Dargent-J	5.89 %	Lagorce-C
0.0285150 Tartaglia-LA	4.82 %	Ruseykin-I
0.0271155 Flamment-M	3.32 %	Sjostrom-L
0.0252300 Wadden-TA	2.90 %	Basdevant-A
0.0246732 Poulain-JP	2.61 %	Chevallier-JM
0.0232956 Piquet-MA	2.59 %	Dargent-J
0.0232956 Gloro-R	2.05 %	Gugenheim-J
0.0232956 Justum-AM	2.05 %	Lannelli-A
0.0232956 Reimund-JM	1.84 %	Msika-S
0.0201898 Hercberg-S	1.79 %	Sjostrom-CD

0.0198651	Schutz-Y	1.65 %	Deitel-M
0.0180231	Levy-Marchal-C	1.51 %	Charles-MA
0.0180231	Beltrand-J	1.51 %	Rodde-Dunet-MH
0.0173450	Charles-MA	1.51 %	Paita-M
0.0168976	Kesse-Guyot-E	1.20 %	Eschwege-E
0.0168006	Becouarn-G	1.17 %	Douard-R
0.0167749	Collin-JF	1.13 %	Nogues-F
0.0164253	Ley-RE	1.13 %	Karem-S
0.0164253	Turnbaugh-PJ	1.13 %	Mary-Michel-M
0.0164253	Gordon-JI	1.07 %	Dixon-JB
0.0164253	Backhed-F	1.05 %	Zinzindohoue-F
0.0161026	Mauriege-P		
0.0161026	Tessier-S		
0.0161026	Riesco-E		
0.0161026	Vallee-K		
0.0155906	Bouloumie-A		
0.0155906	Langin-D		
0.0151983	Rabasa-Lhoret-R		
0.0148817	Dixon-JB		
0.0138692	Rissanen-A		
0.0137094	Chevallier-JM		
0.0136795	Fantino-M		
0.0135074	Sengenes-C		
0.0135074	Cousin-B		
0.0129429	Quilliot-D		
0.0127484	Buchwald-H		
0.0125266	Wing-RR		
0.0123625	Tauber-M		
0.0122285	Goudable-J		
0.0121522	Billon-N		
0.0121522	Dani-C		
0.0117741	Zhang-Y		
0.0117274	Heymsfield-SB		
0.0112681	Coupaye-M		

0.0107890 Polivy-J

0.0104296 Kalarchian-MA

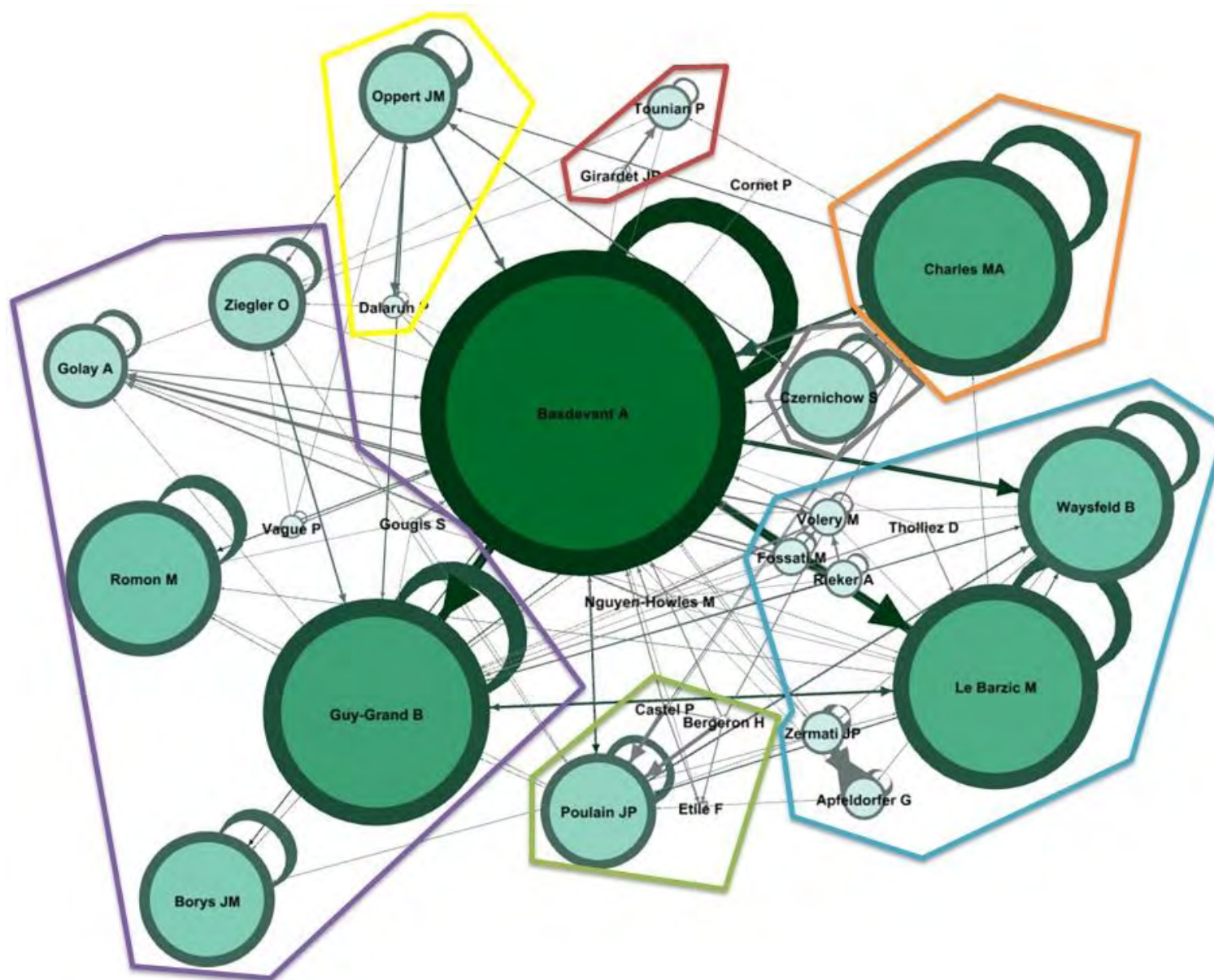
NB Les indices d'autorité et d'influence ci-dessus sont normalisés.

Le degré d'intermédiarité nous renseigne sur le contrôle exercé par un individu sur les interactions entre deux autres individus. Lorsque deux acteurs ne sont pas adjacents dans le réseau, ils dépendent d'autres acteurs du groupe pour leurs échanges. En particulier, ils dépendent des acteurs qui se trouvent sur le chemin qui les sépare et sont en position de faire le lien entre eux ou au contraire d'interrompre la circulation des ressources selon les cas de figure. Plus un acteur se trouve au milieu des chemins que d'autres doivent emprunter pour se rejoindre, plus il est central de ce point de vue. En l'occurrence, dans les deux réseaux que nous avons constitués, Basdevant trône la première place. La variété des papiers qu'il signe ou co-signe semble être l'explication première de cette position. En effet, il est l'auteur de textes très divers traitant : de la prévalence de la maladie en France ; de la définition, la classification et les causes des obésités ; des conséquences médico-économiques de la pathologie ; d'expérimentation d'interventions cliniques ; des origines de la médecine de l'obésité et des controverses qui l'anime, ... En somme, il cite des travaux d'horizons et de disciplines variés et il est référencé et reconnu par ses pairs pour ces publications. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'il occupe la première place dans le classement des acteurs « prestigieux » du réseau « Ouvrages » avec un score d'environ 40 %, loin devant son dauphin Guy-Grand avec 8.67 %. Sa position chute dans le second réseau où il figure en seconde partie de classement avec 2.90 %. Au sein de ce réseau, le prestige est moins centralisé et partagé avec de nombreux experts internationaux. Les premières places sont occupées par Gagner (43.78 %), chirurgien à Montréal, spécialiste de la sleeve gastrectomie, et l'équipe du service de chirurgie de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis dirigé par Jean-Marc Catheline (37.36 %) connu et reconnu comme étant l'un des pionniers de la pratique de cette même intervention en France.

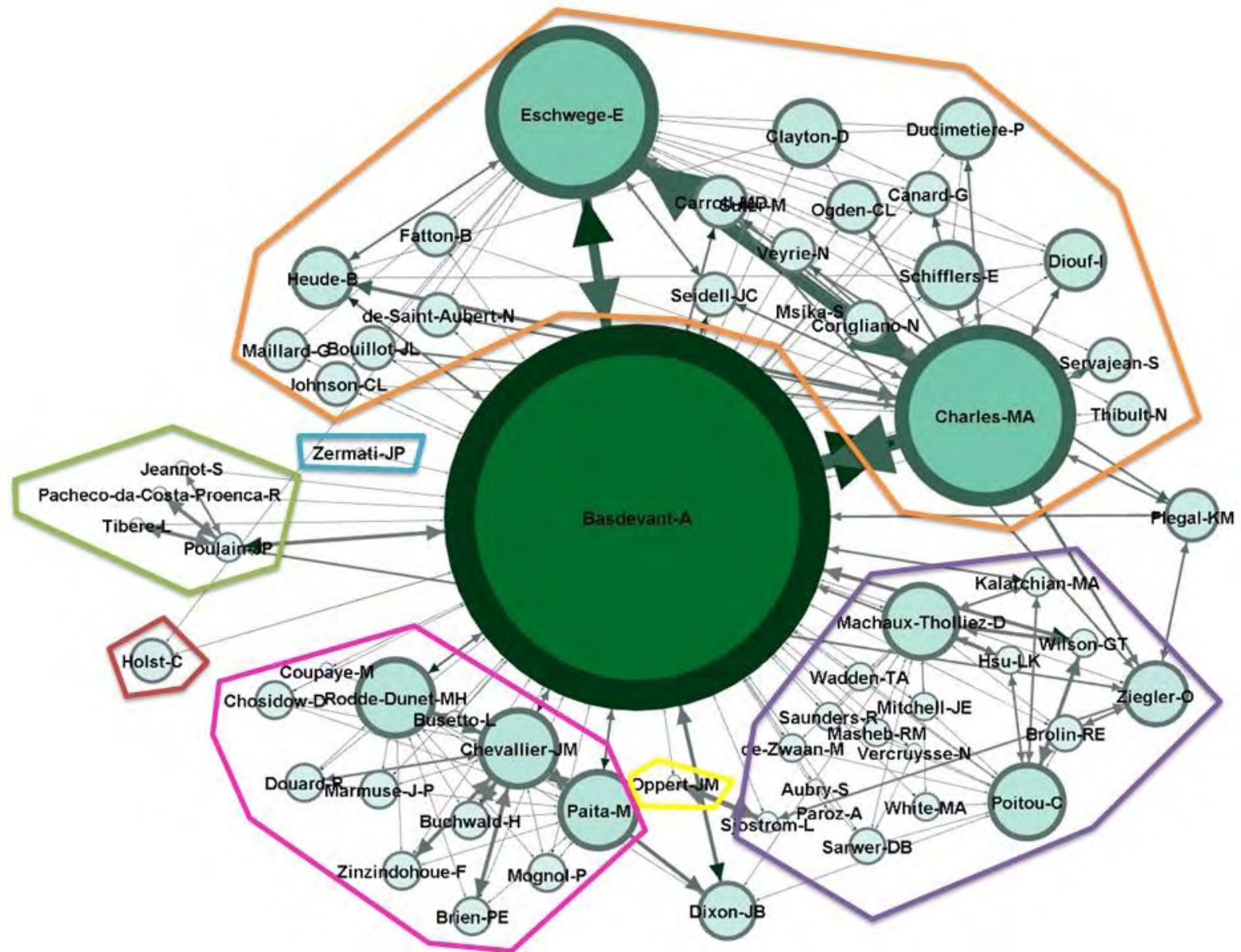
III.2.2.3. Basdevant A. : une référence incontournable

Observons dorénavant le réseau personnel de cet acteur central (graphiques n°5 et n°6), soit le réseau constitué de lui-même, de ses voisins directs (premier cercle) qui le citent (ce choix est possible car notre réseau est orienté, il s'agit donc des liens entrants) afin d'évaluer l'influence qu'il exerce à l'égard de ses pairs et des liens entre eux.

Graphique 5 : Réseau personnel du Pr. Arnaud Basdevant issu du réseau « Ouvrages » (liens entrants)



Graphique 6 : Réseau personnel du Pr. Arnaud Basdevant issu du réseau « Revues » (liens entrants)



Ces représentations graphiques confirment l'influence que possède Arnaud Basdevant auprès de la majorité des disciplines appartenant ou revendiquant à un lien avec la médecine de l'obésité. Il est cité aussi bien en nutrition, en endocrinologie, en diabétologie, en épidémiologie, qu'en psychologie, en médecine du sport, en chirurgie, en sociologie, en pédiatrie ou en santé publique. Cette observation prend un relief particulier au regard du fait qu'il fût nommé président de Plan Obésité en 2010. Cette nomination semble aller de soi *a posteriori*. Pourtant, il lui aura fallu attendre près de 13 ans, depuis la première publication des résultats de l'étude épidémiologique Obépi, pour être nommé à ce poste de pouvoir, s'il en est. Mandaté en tant qu'expert au sein du comité de pilotage du PNNS et auteur de nombreux rapports pour le compte de l'INSERM dès le début des années 2000, nous pourrions faire l'hypothèse que l'affichage de la pluridisciplinarité – dont nous avons vu qu'elle émanait essentiellement des experts instituants pour reprendre la main sur la problématique de l'obésité phagocyté dans les nombreuses recommandations nutritionnelles – est également l'œuvre de ce personnage, plutôt discret sur la scène publique, mais central dans la production et la diffusion des connaissances scientifiques propres à la médecine de l'obésité. Ainsi, la médecine « pluridisciplinaire » de l'obésité serait à l'image de son principal promoteur. A l'instar de Cosimo de Médicis dans la Florence de la Renaissance du début du XV^e siècle³²⁴, la nature et la structure de ces réseaux expliquent son ascension. Padgett et Ansell soutiennent que la clé pour comprendre le comportement de Cosimo est la multivocité — le fait qu'une même action puisse être interprétée de façon cohérente depuis de multiples perspectives simultanément, que cette même action puisse être intégrée à de nombreux jeux différents à la fois, et les motivations privées et publiques ne puissent être distinguées. En semblant se contenter de réagir à des demandes multiples d'expertise sans mettre en avant ses propres objectifs, pour lesquels nous ne pouvons émettre d'hypothèse, Arnaud Basdevant ferait lui aussi preuve de multivocité. Les mises en scènes de la pluridisciplinarité seraient un avatar de ce jeu ambigu puisqu'en publiant sur des sujets hétérogènes et en faisant référence à des connaissances issues de disciplines différentes, il s'assure d'être au centre des débats sans pour autant donner prise à la critique tant la revendication à la pluridisciplinarité est consensuellement partagée du fait des difficultés pour les experts à faire maigrir durablement.

³²⁴ Padgett J.F., Ansell C.K., 1993, "Robust Action and the Rise of the Medici, 1400-1434", *American Journal of Sociology*, 98 (6), p. 1259-1319.

Conclusion Partie III – « Petits meurtres entre amis ». Les faux-semblants de la pluridisciplinarité.

La politisation de la problématique de l'obésité conduisit au développement d'un affichage de la pluridisciplinarité comme mode de coordination privilégié pour le traitement des patients obèses. Cette politisation est aussi à l'origine de la structuration de la médecine de l'obésité et de son institutionnalisation. Auparavant traitée dans le cadre de services spécialisés en endocrinologie, diabétologie et en médecine interne, la complexité de la maladie, et la réappropriation dont elle a fait preuve de la part des industriels, a fait émerger la nécessité de prendre en charge les patients de façon pluridisciplinaire dans des services ou des centres spécialisés réunissant chirurgiens, psychologues, endocrinologues, diétécien(ne)s, *etc.* Par cette injonction à la mobilisation d'un réseau plus large de professionnels de santé, les experts engagés sur la question de l'obésité entendent améliorer les prises en charge de cette maladie mais également lutter contre les pratiques qu'ils considèrent nuisibles en terme de santé publique : les messages communicationnels paradoxaux, les régimes, les anorexigènes, les aliments trop gras, sucrés, salés, *etc.* Si des divergences entre eux peuvent exister selon leurs disciplines d'appartenance, il n'en demeure pas moins que tous plaident pour une pluridisciplinarité qui constitue le cœur de ce que devrait être cette médecine. Notre enquête montre qu'il ne s'agit pas pour eux d'un enjeu académique, à savoir créer une nouvelle spécialité médicale reconnue par l'Ordre de médecine. Les disciplines historiques, à savoir l'endocrinologie, la diabétologie, la nutrition et la médecine interne, restent le pivot autour duquel s'organisent les autres spécialités. Le processus de déconfinement, que nous décrivons dans notre première partie, et les controverses, étudiées en deuxième partie, nous permettent plutôt de rendre compte des modalités de construction d'un collectif en santé publique qui tente de faire front : face aux acteurs privés (industries agroalimentaires, pharmaceutiques, vendeurs de régimes) structurant le marché de la minceur ; et, face aux critiques relatives aux difficultés qu'éprouvent les médecins, souvent en manque de formation continue, pour faire maigrir durablement leurs patients. L'enjeu pour ces spécialistes est alors de conserver le leadership de l'expertise au sujet de l'obésité. Ainsi, le développement du « faitiche » de la pluridisciplinarité serait une réponse au débat public. La médecine de l'obésité se donne à voir comme pluridisciplinaire mais elle ne modifie nullement en retour l'organisation du monde académique où cohabitent des logiques disciplinaires et pluridisciplinaires.

À la différence de ce qu'ont pu avancer les travaux de Gibbons et de ses collègues sur le mode 2³²⁵, ces dynamiques disciplinaires et interdisciplinaires nous semblent plutôt devoir être conçues comme complémentaires. Nous rejoignons en ce sens les analyses de Peter Weingart³²⁶ qui montrent que les disciplines traditionnelles, les inter-, pluri-, multi- ou trans-disciplines existent en même temps, côte à côte et ne se substituent en aucun cas les unes aux autres. L'engagement des chercheurs du domaine se donne en effet à voir comme un va et vient permanent entre l'excellence académique des disciplines et leur inscription dans le registre sociétal. Finalement, notre travail met en évidence les effets de l'enjeu d'utilité politique qui traverse les sciences. En compétition avec d'autres modes de production des savoirs (profane, expérientiels, ...) sur des marchés ouverts, il semblerait qu'il faille penser l'engagement des collectifs de chercheurs au-delà des seuls cercles scientifiques où l'autorité de leur parole dans l'espace public serait liée à leur position dans leur champ. Hors, s'agissant de la médecine de l'obésité, leurs interactions, dans un espace plus large, avec les forces politiques et économiques ne modifient pas radicalement la façon dont les experts produisent leurs connaissances. Le personnage d'Arnaud Basdevant l'illustre. Nous avons pu voir que sa désignation à la présidence du Plan obésité est probablement liée à la position qu'il occupe dans l'espace des références et des citations scientifiques et à sa faculté de se parer dans ses publications des attributs de la pluridisciplinarité. En somme, l'enjeu d'utilité politique influe considérablement sur les jeux d'acteurs et d'arguments véhiculés dans l'espace public et conduit en retour à la reconfiguration des connaissances que les experts mettent en scène³²⁷.

³²⁵ Gibbons M., Limoges C., Nowotny H., Schwartzman S., Scott P., Trow M., 1994, *The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*, Sage, London; Nowotny H., Scott P., Gibbons M., 2001, *Re-Thinking Science. Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty*, Polity Press, Cambridge.

³²⁶ Weingart P., 2010, "A Short History of Knowledge Formation", in Frodeman R., Thompson Klein J., Mitcham J., (eds.), *The Oxford Handbook of Interdisciplinarity*, Oxford University Press, Oxford.

³²⁷ Philippe Terral montre également, sur la constitution de la discipline STAPS, que les régimes épistémiques historiquement « dominants » (expérimentaliste, disciplinaire, fondamental) doivent intégrer une nouvelle donne marquée par l'émergence des régimes scientifiques non expérimentalistes, interdisciplinaires et appliquées, mais aussi de régimes techniques. Ce serait plutôt au sein des espaces non académiques que le pouvoir expérimentaliste biologique, dominant dans cette filière universitaire, serait amené à intégrer ces critiques, et, de fait, ces savoirs et ces acteurs. La figure de l'interdisciplinarité, plus ou moins affichée et éprouvée, permettrait potentiellement de faire ce pas sans remettre en question l'ancrage disciplinaire et donc la hiérarchie des savoirs et pouvoirs qui lui sont associés. Le régime interdisciplinaire comme le régime appliqué ne remettraient donc pas fondamentalement en question la tradition académique disciplinaire et fondamentale. L'accroissement des mots d'ordre et incitations à leur égard obligerait toutefois les chercheurs à des repositionnements au sein de ces

De ces reconfigurations n'émergent pas pour autant, en matière d'expertise, des dispositifs innovants, des procédures démocratiques nouvelles que certains sociologues des sciences appellent pourtant de leurs vœux.

diverses contraintes selon des modalités variables en fonction des situations (Terral P., 2013, *Corps efficients, corps pathologiques et expertises plurielles. Les sciences face aux critiques utilitaristes*, Mémoire d'Habilitation à Diriger des Recherches, Toulouse, p. 277).

CONCLUSION GENERALE

Comprendre, expliquer et décrire la normalisation de la corpulence nécessite de clarifier, à partir de l'exemple d'une médecine singulière prenant la démesure des corps pour objet, en quoi consiste l'exercice d'un jugement expert. Nous avons tenté dans ce manuscrit de rendre justice à la complexité de ces jugements sans rejeter les cheminements des experts dans les régions obscures de la contingence, de l'arbitraire, de l'informel, en prenant au sérieux l'idée que l'engagement dans un processus d'expertise implique des mécanismes contraignant le regard que l'expert porte sur la texture particulière des cas de figure auxquels il est confronté. Il nous a fallu pour cela caractériser le fait d'être engagé dans une expertise, indépendamment de l'engagement en acte qu'il est censé expliquer, afin d'éviter l'écueil tautologique qui consiste à ne retenir de l'engagement que les lignes d'actions cohérentes produites par le comportement d'un individu. L'effort de théorisation qu'Howard Becker³²⁸ fait du concept d'engagement stipule que l'individu engagé agit de manière à impliquer directement dans son action certains de ses autres intérêts au départ étrangers à l'action dans laquelle il s'engage. La clarification de ce qu'il nomme des paris subsidiaires n'a été possible que par la mise en relation : des situations rencontrées au cours du temps par les personnes – situations qui engendrent des opérations de qualification, de clôture et des possibilités de révision³²⁹ – ; de leurs systèmes de valeur. Ainsi nous a-t-il été permis d'esquisser quelques réponses à l'énigme du jugement expert et d'aborder en second lieu le débat sur l'extension de l'expertise à la participation des publics.

La distinction, entre « ceux qui savent de quoi ils parlent » et « ceux qui ne savent pas de quoi ils parlent », ne peut s'opérer *a priori*. Elle s'inscrit dans une méthode qui cherche à prendre en compte les temporalités et la variété des espaces de discussion où les jugements experts sont mis à l'épreuve et où ils se structurent³³⁰. Trois échelles d'observation furent mobilisées au cours de ce manuscrit : celle du débat public, où les acteurs (expert, citoyens, politiques,

³²⁸ Becker H.S., 2006, *op.cit.*

³²⁹ Voir Thévenot L., 2006, *op.cit.*

³³⁰ Francis Chateauraynaud distingue quatorze formes de dispositifs, ayant été cristallisés au fil des transformations politiques, dans lesquelles les échanges d'arguments jouent un rôle important, tout en ayant, en chaque cas, une portée différente. Parmi eux, il y a des cadres d'énonciation auxquels l'histoire politique a donné un degré de généralité plus grand, impliquant une notion de contexte plus proche de l'idée de structure que celle de contingence (Chateauraynaud F., 2011, *op.cit.*, p. 143-145).

dirigeants d'entreprise, ...) délibèrent sur les normes/procédures à adopter s'agissant de la prévention et de la prise en charge de l'obésité ; celle des controverses où une communauté d'acteurs faisant valoir des compétences dans le domaine discutent de la tangibilité des jugements exercés sur la pathologie et les risques qu'elle représente pour la santé des populations ; et, celle du faitiche désignant l'institutionnalisation du caractère pluridisciplinaire de la médecine de l'obésité comme solution pour fédérer un collectif en santé publique contre la critique d'une science qui ne parviendrait pas à faire maigrir durablement³³¹. L'histoire de la médecine de l'obésité est jalonnée de conflits, d'affaires transformant le regard porté sur les corps obèses et à chaque fois elle donna lieu à des discours et des connaissances, en amont et en aval de ces transformations, pour justifier son existence et son utilité sociale. Au terme de notre enquête, nous identifions deux formes de pari s'ancrant dans deux visions du futur différentes et mobilisant des connaissances de nature épistémique, axiologique et organisationnelles singulières : l'une que nous qualifions de « nutritionnelle » ; la seconde que nous nommons de « socio-psychologisante ».

- Le premier pari engage l'avenir de la santé des populations à travers le risque d'une épidémie d'obésité qui conduirait la France au même profil épidémiologique que les États-Unis, d'ici 2020. L'engagement dans une perspective de prévention par la nutrition apparaît pour ses promoteurs être la réponse adéquate à ce « fléau » ;

- Le second, à l'inverse, ne dramatise pas et récuse le caractère exponentiel de l'évolution des chiffres avancés. Il conteste l'idée que l'obésité serait une maladie dans tous les cas de figure et avance l'idée d'un futur où la proportion d'individu obèses ou en surpoids finirait par stagner pour atteindre un palier. En cela, la lutte contre l'obésité passe par l'engagement des professionnels de santé dans des parcours de soins plus respectueux des difficultés des patients, vécues dans le cadre de leurs pathologies associées à des troubles du comportement alimentaire mais également dans leur environnement social.

Nous notons qu'un troisième pari porté par une association de personnes obèses est rendu, au fil des confrontations, inacceptable par la communauté des chercheurs. Celui-ci tente d'exporter en France le mouvement de *fat acceptance* aussi appelé *size acceptance*, tel qu'il

³³¹ Cette critique de la société civile rejoint celles d'auteurs, tels qu'Archibald Cochran (Cochrane A.L., 1977, *L'inflation médicale. Réflexions sur l'inefficacité de la médecine*, Galilée, coll. « RC », Paris) ou Ivan Illich (Illich I., 1975, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Le Seuil, Paris), émises dans les années 1970, sur l'inefficacité de la médecine, de ses aspects technicistes et déshumanisant.

s'observe aux États-Unis³³². Si au final cette association adosse son engagement et sa parole aux expertises académiques ou professionnelles proches d'une vision « socio-psychologisante » de l'obésité, elle nous renseigne sur les contraintes qui peuplent l'environnement et génèrent des paris subsidiaires à l'insu des individus. En l'occurrence, faire reconnaître un droit à être obèse dans un système sanitaire qui repose sur la solidarité conduirait à une augmentation du déficit de l'assurance maladie et accentuerait les charges qui pèsent sur le dos du contribuable « sain » dans le cas où le scénario de l'« épidémie » se réaliserait. Ici, l'intérêt des associations irait à l'encontre de l'intérêt général. La portée des jugements experts s'ajuste donc en fonction des règles qui régissent la société dans laquelle ils se déploient. Pourtant intéressons-nous de plus près à ce pari et à l'obsession de la minceur qu'il dénonce entre les lignes.

L'obsession de la minceur

L'analyse de la politique nutritionnelle menée en France rend manifeste des préoccupations relatives à la santé de la population et à la lutte contre la stigmatisation des personnes obèses. Des « biens en soi³³³ » qu'il s'agit de promouvoir et qui ne sauraient être des marchandises comme les autres tant les aspects pécuniaires sont mis à distance par l'autorité publique vis-à-vis des considérations éthiques et morales. Les difficultés restent toutefois grandes pour rendre visibles ces revendications de santé publique. En effet, au-delà de la prévention par la nutrition et de la cacophonie des incitations, les promoteurs de cette politique – vêtus de probité candide – semblent ne pas se douter, lorsqu'ils mettent en place leurs recommandations, qu'elles seront confrontées : d'une part, à une forme de réappropriation, aux effets parfois perverses, de la part des industries agroalimentaires et pharmaceutiques pour développer et étendre leur domaine d'action sur le marché la minceur ; renforcée d'autre part, par un phénomène d'hystérésis de la part des médecins, en manque de formation continue ou attirés par l'appât du gain, qui continuent de prescrire, à l'encontre des dernières recommandations de l'ANSES, des régimes alimentaires ou des méthodes amaigrissantes sur lesquelles pèsent des soupçons de conflits d'intérêts. Ces préconisations ne sont pas les seules à souffrir de contradictions. L'injonction au suivi pluridisciplinaire pré et post-opératoire, à titre d'exemple, ne sera que très rarement suivie dans les actes selon la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Ce mode de prise en charge

³³² Saguy A.C., Riley K.W., 2005, *op.cit.*

³³³ Dodier (N.), 2003, *op.cit.*

promut par l'INSERM et les experts instituants depuis 2000 « n'est assuré » selon elle « que dans 18 % des cas³³⁴ » en 2002, période à laquelle se structure parallèlement la médecine de l'obésité dans la forme que nous connaissons actuellement, à savoir l'assemblage de connaissances disciplinaires plurielles centralisées par l'endocrinologie, la diabétologie, la nutrition et la médecine interne.

Est-ce à dire pour autant qu'il est vain de vouloir intervenir politiquement dans le champ de la nutrition, comme le suggérerait l'usage de la figure rhétorique réactionnaire de l'effet pervers mise en évidence par Hirschman³³⁵ ?

La récente parution du Plan Obésité (2010-2013), qui se distingue du PNNS(3) (2011-2015), semble attester d'une démarche nouvelle dans ce domaine. L'inclinaison de la politique nutritionnelle en faveur de l'activité physique *a priori* plus consensuelle et sa scission avec le plan obésité semble marquer une prise de conscience au moins partielle des pouvoirs publics de ces difficultés. Toutefois, nos investigations spécifiques sur l'activité physique portent à croire que cet espace est en proie aux mêmes contradictions. Le sport-santé, à l'instar de la nutrition, est un bassin d'emploi récent où tout reste à faire sur le plan normatif, notamment dans la reconnaissance des groupes professionnelles et des dispositifs les plus à même d'intervenir auprès des personnes concernées par ces affections de longue durée, cibles de la politique nutritionnelle. La complexité à rendre visible la problématique spécifique de l'obésité et de sa prise en charge pluridisciplinaire ne semble, en tout cas, plus pouvoir se satisfaire de la politique de santé publique menée jusqu'à présent. En effet, les messages nutritionnels, s'adressant à tous sans distinctions, provoquent une certaine confusion entre le patient obèse – réclamant une attention spécifique compte tenu des multiples facteurs intervenant dans le développement de son obésité – et l'individu normo-pondéré en quête de minceur pour satisfaire aux canons esthétiques du corps désirable – mince pour les femmes et musclé pour les hommes³³⁶. Nos travaux semblent confirmer l'hypothèse de Claude Fischler³³⁷ selon laquelle la plus grande attention portée par l'État sur l'alimentation et l'obésité entretiendrait la tendance « lipophobe » de nos sociétés.

³³⁴ *Le Monde* du 3 septembre 2002.

³³⁵ Hirschman A.O., 1991, *Deux siècles de rhétorique réactionnaire*, Fayard, Paris.

³³⁶ (de) Saint Pol T., 2010, *op.cit.*

³³⁷ Fischler C., 1990, *L'Homnivore : le goût, la cuisine et le corps*, Odile Jacob, Paris.

L'absence de la problématique de l'anorexie au sein de la politique nutritionnelle montre combien la minceur, en tant que norme socialement valorisée dans notre société, n'est pas fondamentalement remise en cause. Les individus trop minces (anorexiques) sont oubliés ou écartés de la politique nutritionnelle alors même qu'il s'agit à bien des égards de troubles du comportement alimentaire au même titre que l'obésité. Est-il par exemple bien raisonnable, sur le plan sanitaire, de conseiller à une personne anorexique de faire 30 min d'activité physique par jour? Ainsi, même du point de vue de la santé publique, le PNNS n'est-il pas lui aussi un facteur de risque puisqu'en accentuant le « culte de la minceur », il renforce par là même les pathologies du manque alimentaire? Pourquoi la dénutrition n'est-elle envisagée que sous l'angle de la personne âgée ou du handicap? Ces questions sont celles soulevées par le pari de la *fat acceptance*. En définitive, nous mesurons là les limites d'un programme essentiellement incitatif dont la fabrication et la mise en œuvre est dépendante d'acteurs, tels que les entreprises agroalimentaires par exemple, sur lesquels l'État semble pour l'heure n'avoir que peu de prises, même si des initiatives hybrides publiques/privées, comme le programme EPODE, peuvent localement donner lieu à des partenariats qualifiés de réussis par les autorités publiques³³⁸.

Ce décalage des normes en appelle à un questionnement plus général sur la santé et le gouvernement des corps. En effet, il invite à pointer ce principe commun d'individualisation du rapport à la santé, qui tend à attribuer une responsabilité personnelle aux comportements dits « déviants » ou s'écartant d'un idéal défini par les professionnels de santé qui maintiennent leur position hégémonique autour de laquelle s'organisent les autres participants. Pour que ce risque soit pensable, il est vital de conserver l'illusion de pouvoir le maîtriser. L'obèse fût longtemps, au mieux la victime malheureuse d'une vie qu'il aurait « choisie » avec son lot de risques connus, au pire le coupable désigné d'un écart commis envers ses « devoirs » quotidiens (ce que l'on attend de lui, à savoir « manger cinq fruits et légumes par jours », *etc.*). Les obésités n'ont été considérées comme le résultat d'une combinaison complexe de multiples déterminants, incluant des facteurs environnementaux, psychologiques et sociaux dépassant la volonté propre des individus, que tardivement. Ce mécanisme de responsabilisation soulève l'hypothèse d'une tension structurale propre aux espaces dans lesquels le corps est source de rentabilité et de profits, pourvoyeur d'emplois et de rémunérations. Tension pour laquelle nous avons imaginé une expérimentation

³³⁸ Bergeron H., Castel P., Noguez E., 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), p. 201-229.

méthodologique que nous exposerons en fin de conclusion pour la mesurer et prolonger nos travaux. Hypothèse également soulevée par Baptiste Viaud³³⁹ s'agissant des sportifs de haut-niveau confrontés à la détérioration corporelle et faisant face à une médecine du sport traversée par deux formes d'instrumentalisation : entre une médecine étrangère aux normes du sport de haut niveau, entièrement dirigée par les principes hippocratiques, et une médecine de l'exploit qui se met au service de la performance et se joue de la déontologie. Dans des espaces hiérarchisés où les périls sur la santé augmentent à mesure que les positions s'affaiblissent³⁴⁰, l'érosion de l'obsession de la minceur ne semble pas préposée à l'usure tant elle peut s'appuyer sur la double complicité de ceux qui produisent les normes et de ceux qui en récoltent le fruit. Or, « d'un point de vue sociologique, l'intéressant vis-à-vis d'une catégorie défavorisée n'est pas le caractère pénible du désavantage qu'elle subit, mais la contribution de la structure sociale à la création et à la stabilisation de ce désavantage³⁴¹ ». Dans ce cadre, la participation médicale reste sujette à caution. A-t-elle les moyens de se poser en obstacle à la production sociale de cette obsession corporelle ?

Notre étude ne plaide pas en ce sens. Si les institutions ont pour tâche de « dire ce qu'il en est de ce qui est », leurs incarnations donnent prises à la critique car elles les rendent facilement suspectes de n'être rien d'autre que des armes mises au service d'intérêts. Elles se transforment alors en des instruments de domination sociale³⁴². En l'occurrence, les mises en scène de la pluridisciplinarité associées à ce que devrait être la médecine de l'obésité semblent n'être qu'un moyen, pour les cliniciens, de reprendre la main sur une problématique que les conseillers en santé publique ont contribué à faire émerger. En effet, les pratiques médicales devraient dorénavant se conformer à ce mode de prise en charge qui met en garde contre une approche trop univoque des causes de l'obésité, qui rappelons-le n'est pas dans toutes ses formes considérées comme une maladie. Hors, la présence importante de médecins « entrepreneurs³⁴³ » de régimes, de méthodes amaigrissantes, ou de dispositifs privés de prise

³³⁹ Viaud B., 2009, *op.cit.*

³⁴⁰ Au sujet de l'intégration des normes alimentaires en fonction de l'appartenance de classe, voir Depecker T., 2010, *op.cit.* ; Régnier F., 2009, *op.cit.* ; Régnier F., Masullo A., 2010, *op. cit.* Voir également l'article princeps sur les « cultures somatiques » de Boltanski L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, 26, p. 205-233.

³⁴¹ Goffman E., 2002, *L'arrangement des sexes*, La Dispute, Paris, p. 57.

³⁴² Boltanski L., 2009, *op.cit.*

³⁴³ Un certain nombre de travaux développent l'idée qu'aux côtés des façons de faire traditionnelles des médecins « soignants », et à la déontologie désintéressée qui l'accompagne, se développeraient d'autres types de

en charge dans l'espace de la définition des normes de corpulence, suffit à produire une forme de complicité tacite au jeu qui s'y joue et à faire surgir le doute. De plus au-delà des discours de principe, une part non négligeable des dispositifs et des instruments d'action publique rencontrés, promut par ces mêmes cliniciens, s'inscrivent dans ce même processus d'individualisation de la faute sanitaire et participent finalement ensemble à la protection et au maintien d'un espace pathogène. Nous pensons ici aux campagnes nutritionnelles, de dépistage ou aux séances d'éducation thérapeutiques qui s'adressent toutes à l'individu, obèses ou non, et aux personnes dans son entourage dans la perspective de lui/leur faire changer ses/leurs comportements alimentaires ou de pratique physique. Même si une attention particulière peut être portée aux phénomènes de stigmatisation ou aux troubles psychologiques, les professionnels de santé ne semblent pas avoir d'autres cordes à leur arc que celle de la prescription nominative, individuelle. Les sciences produisent des résultats et des techniques utiles aux questions que se posent les individus et les sociétés mais nous pouvons aussi voir les solutions qu'elles proposent comme à la source même des problèmes que nous rencontrons³⁴⁴.

Vers d'autres canaux de la démocratie sanitaire

Nous mettrons un point final à ce document en revenant sur quelques limites et prolongements à cette étude. Le détour par l'engagement des réseaux de santé dans la lutte contre l'obésité et la sédentarité nous a permis de mettre en évidence combien la dichotomie entre experts et profanes, entre scientifiques et acteurs de la société civile, s'avère caduque lorsque nous nous penchons de près sur ces acteurs associatifs. Suite à leur reconnaissance par l'Article L. 6321-1 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, ils font dorénavant partie, dès lors qu'ils dépendent des financements des pouvoirs publics et ce malgré leurs discours militants, des stratégies de l'État en matière de réduction des déficits de l'assurance maladie par leurs actions préventive et de soins sur les affections de longue durée. Toutefois, l'étude de ces

sacerdoce tels que les médecins « promoteurs » (Monneraud L., 2011, « Les médecins "promoteurs" dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce », *Revue française des affaires sociales*, 2-3, p. 276-296), ou les médecins « entrepreneurs » (Batifoulier P., Bessis F., Biencourt O., 2011, « La déontologie médicale face aux impératifs de marché », *Politiques et Management public*, 28 (1), p. 83-101), travaillant à la rénovation des formes et du contenu du métier.

³⁴⁴ L'ouvrage de l'historien Jean-Baptiste Fressoz apporte une contribution originale et intéressante à la consolidation de cette problématique (Fressoz J.-B., 2012, *L'apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*, Le Seuil, Paris).

réseaux montre également à quel point des scientifiques et des médecins peuvent être à l'origine du développement de ces associations et à la tête des instances coordinatrices. En effet, là encore l'expertise médicale domine ne serait-ce que parce que les médecins ont en charge la prescription qui s'avère indispensable dans le système sanitaire français pour le remboursement des actes. Nous nous sommes d'ailleurs demandé si le cadre associatif n'était précisément pas l'espace collectif qui permettait à des experts éloignés, voire écartés, de la conception nationale des programmes de santé publique, de continuer à exister dans le débat. Partant, nous avons tempéré les analyses qui envisagent l'évolution des rapports entre les décideurs nationaux (experts institués et politiques) et les associations comme l'unique expression d'une « démocratie sanitaire³⁴⁵ » à l'œuvre octroyant une place plus importante à la société civile. Cependant, à la logique d'un État univoque qui dicte les règles, se substitue de nombreuses autres formes de régulations, de résistances, de négociations. L'espace numérique donne un nouvel élan aux mouvements sociaux et confère aux citoyens des modes d'expression alternatifs. Nos investigations de l'espace public se sont limitées aux médias « classiques » (articles de presse ou prises de paroles télévisées/radiophoniques) dont les logiques du travail journalistique en termes de routines, d'utilisation de précédents comme outils interprétatifs et de sélection des sources³⁴⁶ limite le nombre de panoplies³⁴⁷ disponibles. Ils nous ont permis de repérer des associations de personnes obèses, vecteur de la parole de la société civile ou de l'expertise dite « profane ». Néanmoins, nous n'avons pas interrogé l'hypothèse de l'existence de communautés web de personnes obèses agissant à l'abri des regards médiatiques, s'émancipant ainsi de la tutelle médicale *via* des réseaux de sociabilité virtuels pouvant donner lieu à des rencontres hors ligne. Le travail mené sur les communautés pro-anorexique³⁴⁸, par exemple, montre qu'elles peuvent mettre à distance, dans certaines circonstances, le corps médical à travers les réseaux sociaux³⁴⁹ et les forums spécialisés sans pour autant investir l'espace médiatique traditionnel. De telles pratiques invitent à l'élaboration de nouvelles analyses afin d'éprouver plus rigoureusement la robustesse de

³⁴⁵ Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., 2001, *op.cit.* ; Akrich M., Rabeharisoa V., 2012, *op.cit.*

³⁴⁶ Neveu E., 1999, *op.cit.*

³⁴⁷ Gamson W., Modigliani A., 1989, *op.cit.*

³⁴⁸ Casilli A.A., Mounier L., Pailler F., Tubaro P., 2013, *Les jeunes et le web des troubles alimentaires : dépasser la notion de « pro-ana »*, Rapport du projet de recherche ANR ANAMIA « La sociabilité Ana-mia : Une approche des troubles alimentaires par les réseaux sociaux en ligne et hors-ligne ».

³⁴⁹ Nous ne faisons pas là référence aux travaux en sociologie, le terme réseaux social est ici entendu dans le sens commun et désigne des sites en ligne tels que Facebook, Twitter, *etc.*

l'hypothèse d'une plus grande participation des publics dans les décisions qui engagent l'ensemble de la société et les générations futures.

Les Méthodes d'Appariement Optimal appliquées à des données sémantiques

L'une des pistes de prolongement que nous souhaitons également explorer est d'étudier dans le temps les modalités de reproduction de la tension plus fondamentale évoquée précédemment et esquissée au fil de notre manuscrit. Reproduction qu'Andrew Abbott³⁵⁰ a modélisé sur le modèle des fractales lorsqu'il a étudié la dynamique des disciplines universitaires et tout particulièrement de la sociologie. Afin d'en rendre compte, nous avons imaginé un protocole expérimental couplant les fonctionnalités de Prospéro avec les méthodes d'appariement optimal (MAO). Ce procédé peut constituer une deuxième étape possible pour la méthode des narrations quantifiées dont l'ambition est d'obtenir des informations sur des processus dynamiques hétérogènes et complexes que nous voudrions tout de même pouvoir mettre en équivalence, au moins sur certains aspects, par l'assemblage d'opérations qualitatives et quantitatives³⁵¹. Les aspects méthodologiques prennent ici le pas sur les aspects plus empiriques et théoriques. Toutefois, nous aurons à cœur d'illustrer notre démarche en prenant appui sur l'analyse d'un sous-corpus d'articles de presse (n=91) ayant pour thème principal le *Sport-Santé*³⁵². Le choix de cette thématique est lié à la périodisation établie dans notre première partie et ses évolutions dans le temps. Par ailleurs, le caractère expérimental de notre réflexion impose des essais sur un corpus réduit.

Tout d'abord, nous nous attacherons à décrire le fonctionnement des MAO afin de déterminer dans quelles mesures elles peuvent faire l'objet d'un assemblage avec des données sémantiques issues de Prospéro. Puis, nous procéderons à la description pas à pas des opérations de recherche que nous faisons subir à notre sous-corpus *Sport-Santé* afin d'illustrer l'élaboration d'un protocole de recherche couplant ces deux modalités d'enquête. Il s'agira à l'avenir d'éprouver cette expérimentation sur des corpus élargis ou d'autres types de données.

³⁵⁰ Abbott A., 2001, *Chaos of Disciplines*, University of Chicago Press, Chicago.

³⁵¹ Grossetti M., 2011, *op.cit.*

³⁵² Le caractère expérimental de notre démarche nous a conduit à limiter dans un premier temps l'analyse à un sous-corpus de texte restreint en nombre et en volume. Les articles de presse répondent à ces critères. Toutefois, l'objectif, à terme, est de déployer notre méthode sur des sous-corpus élargis (incluant des rapports, des communications, *etc.*) afin d'explorer les mises en variation des objets mobilisés par les auteurs-acteurs.

La lecture des travaux du sociologue et historien américain Andrew Abbott, nous ont amené à nous intéresser aux MAO qu'il importa des sciences de la vie au sein des sciences sociales pour modéliser ses séquences historiques de pas de danses traditionnelles³⁵³. Aujourd'hui développées par une plus large communauté de chercheurs, ces méthodes ont fait leurs preuves sur des objets divers et variés relatifs aux parcours de vie, aux carrières professionnelles, aux changements culturels, ...³⁵⁴. La finalité des MAO est d'établir des typologies de séquences ; en d'autres termes de comparer le degré de similarité entre elles à partir du calcul de leurs distances réciproques. La construction de la distance entre ces séquences est réalisée au moyen de trois opérations : l'insertion ou la suppression d'un élément dans la séquence ou la substitution d'un élément par un autre. Les MAO calculent tous les chemins possibles pour passer d'une séquence à l'autre au moyen de ces trois opérations. En définitive, il s'agit de trouver pour chaque couple de séquences comment on peut transformer l'une en l'autre le plus facilement possible, c'est-à-dire, en termes mathématiques, pour le coût minimum³⁵⁵. Ainsi, considérons l'exemple développé par Lesnard et de Saint Pol dans leur article. Nous avons deux séquences matérialisées par les états A, B, C et D³⁵⁶ :

$$S1 \rightarrow C - A - B - D - D$$

$$S2 \rightarrow A - B - C - D$$

³⁵³ Abbott A., Forrest J., 1986, "Optimal Matching Methods for Historical Sequences", *The Journal of Interdisciplinary History*, 16 (3), p. 471-494.

³⁵⁴ Pour une revue de littérature plus exhaustive sur ces travaux, voir Robette N., 2011, *Explorer et décrire les parcours de vie : les typologies de trajectoires*, CEPED, coll. « Les clefs pour », Paris.

³⁵⁵ Lesnard L., (de) Saint Pol T., 2006, « Introduction aux méthodes d'appariement optimal (Optimal Matching Analysis) », *Bulletin de méthodologie sociologique*, 90, p. 5-25.

³⁵⁶ Dans le cadre des études sur les carrières professionnelles par exemple, chaque séquence est décrite par une suite chronologiquement ordonnée d'unités élémentaires, chaque unité correspondant à un état répertorié et codifié de la trajectoire professionnelle des individus étudiés (chômeur, étudiant, employé, profession libérale, ...). Ainsi, les données sur lesquelles s'appuie l'analyse sont regroupées dans un tableau avec n individus qui passent dans le temps par x états successifs. Les séquences peuvent être de longueurs différentes et contenir des éléments divers à conditions qu'ils soient comparables entre eux (les états relatifs au statut marital ne peuvent être comparés aux états codant le statut professionnel par exemple). Voir Robette N., 2012, « L'analyse de séquences : une introduction avec le logiciel R et le package TraMineR », *QUANTI/ Sciences sociales*. Disponible sur : <http://quanti.hypotheses.org/686/>.

Pour transformer S1 en S2, il existe plusieurs possibilités. La première consiste à supprimer un C en début de séquence et à substituer un D en C entre le B et le D. Le coût du passage de S1 à S2 selon ce chemin est le coût d'une suppression de C et d'une transformation d'un D en C. La deuxième possibilité est de supprimer le C en 1^{ère} position puis le D en dernière position et insérer un C entre le B et le D. Le coût du passage de S1 à S2 sera alors la somme des coûts des deux suppressions et de l'insertion. Les coûts des opérations élémentaires sont fixés par le chercheur en fonctions des questions qu'il se pose. Il s'agit là de l'étape la plus importante et la plus controversée. Les MAO considèrent alors tous les moyens pour passer de l'un à l'autre et retiendront le coût le moins élevé qui déterminera la distance entre deux séquences. Nous ne nous attarderons pas sur ces considérations. Le manuel de Nicolas Robette (*op. cit.*) sur ce point recense de manière exhaustive les stratégies adoptées par les chercheurs en fonction de leur objet de recherche. Dans la pratique, les coûts de substitution sont choisis en premier. Les coûts alloués aux opérations *indel* venant en second lieu en fonction de l'importance que l'on souhaite donner à l'ordre des éléments des séquences. La seconde étape est la classification proprement dite des séquences et mobilise de façon plus conventionnelle les méthodes telles que la classification ascendante hiérarchique, le partitionnement par désignation de « chef de classe » ou le *Multidimensional Scaling*. Cependant, avant même de déterminer les coûts des opérations élémentaires, le premier obstacle pour l'application de ces méthodes à nos objets sémantiques suppose de définir ce qui constitue pour nous une séquence et ce que désignent les états A, B, C et D de l'exemple qui précède.

Base de données et protocole de recherche

Nous faisons le choix de considérer nos séquences comme étant la liste des n textes qui dans le temps mettent en scène x états successifs du cadrage d'un problème public (ici l'obésité) ou d'un sujet controversé (le *Sport-Santé*). Les *acteurs principaux* de chaque texte, repérés via Prospéro, constitueront nos états. En effet, l'analyse thématique a pour ambition de distinguer les thèmes pivots mis en scène par les auteurs dans leurs textes. Si le logiciel parle d'acteurs, le terme correct serait plutôt actants. En effet, la notion d'acteur suppose une sémantique de l'action qui n'est pas activée ici, alors que la notion d'actant permet de signaler les nœuds principaux des récits et des arguments. Les *acteurs principaux* sont alors les entités les plus discutées dans les textes. La dimension temporelle quant-à-elle ne sera pas liée à la succession des états – puisqu'ils sont simultanément présents dans les textes – mais à la datation des textes eux-mêmes dans la mesure où il est toujours possible de les resituer dans la chronologie

de leurs parutions. Retenues comme variable externe, les dates n'interviennent pas dans l'appariement optimal, ni dans la classification. Elles sont en revanche réintégrées à l'analyse en fin d'expérimentation pour décrire dans le temps la trajectoire du dossier scindée en différentes thématiques – thématiques déterminées par les résultats de la classification des séquences retenues pour l'appariement optimal.

La base de données a été construite à partir des listes d'*acteurs principaux* prises individuellement pour chaque texte sous Prospéro via l'accès aux textes triés par ordre chronologique. Les textes de notre sous-corpus mettent en scène 111 *acteurs principaux* après regroupement de certains d'entre eux. La liste finale (tableau n°1) contient à la fois des variations graphiques mais aussi des expressions assez différentes et dont les nuances peuvent avoir une importance selon les chemins interprétatifs.

Tableau 1 : Codification des états triés par leur poids au sein du sous-corpus Sport-Santé.

ÉTATS DES ACTEURS PRINCIPAUX	CODES	LABELS	POIDS	FREQUENCE
ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORT@, exercice, gym	1	APS	564	95
ALIMENTATION@, bouffe, sucre, viande, poisson, salades, frites, hamburger	2	Ali	221	53
OBESITE@, SURPOIDS@	3	Obé	220	50
enfant, enfants, adolescents, écoliers, élèves, lycéens	4	Enf	199	40
campagne, initiative, programme, PNNS@, Mouv'eat, VIF	5	Pro	142	23
CORPS-MEDICAL@, CORPS-PARAMEDICAL@, INSERM@, médecine	6	Exp	124	27

Par soucis de parcimonie et pour obtenir des séquences qui puissent être comparables, nous avons fait le choix de ne retenir que les états qui présentent une certaine récurrence au sein du corpus : soit parce qu'ils ont un poids important en terme d'occurrence ($p \geq 20$) ; soit parce qu'ils apparaissent au sein de plusieurs textes différents ($f \geq 5$). Nous conservons donc 41 états sur les 111 possibles ce qui reste nettement supérieur à ce qui se fait dans d'autres travaux sur les carrières professionnelles, par exemple, qui mettent en variation une dizaine d'états tout au plus. La table des séquences ainsi obtenue se présente comme suit :

ID	SOURCE	CAS	DATE	AP1	AP2	AP3	AP4	AP5	AP6	AP7	AP8	AP9
1	ALE	ALE-01/08/1999	01/08/1999	12	1	7	24					
2	LPC	LPC-20/06/2000	20/06/2000	3	4	1	33	11				
3	FIG	FIG-18/09/2001	18/09/2001	10	2	26	9	1	32	22		
4	FIG	FIG-09/02/2002	09/02/2002	10	12	1	20	32				
5	MON	MON-18/03/2002	18/03/2002	12	26	16	1	10				
6	EXP	EXP-12/06/2003	12/06/2003	10	9	2	1	16	34	8	22	31
7	FIG	FIG-25/06/2003	25/06/2003	15	2	29	1	11	17			
8	LPC	LPC-14/08/2003	14/08/2003	4	1	3	15	34				
9	OUF	OUF-30/08/2003	30/08/2003	10	1	32	11	23	3	16	14	4
10	APFW	APFW-05/01/2004	05/01/2004	4	14	27	1	3	2			
11	LPC	LPC-05/01/2004	05/01/2004	4	1	27	3	14				
12	MON	MON-04/02/2004	04/02/2004	4	9	1	17	46	32			
13	FIG	FIG-12/02/2004	12/02/2004	1	8	3	17	5	10			
14	SUD	SUD-21/02/2004	21/02/2004	1	21	22	9	5	40			
15	LIB	LIB-06/03/2004	06/03/2004	3	8	15	1					
16	FIG	FIG-11/03/2004	11/03/2004	3	14	9	1	2				
17	POI	POI-08/04/2004	08/04/2004	2	7	6	12	3	1	4		
18	OUF	OUF-18/04/2004	18/04/2004	10	2	1	24	18	22			

NB Les données des séquences commencent à partir de la colonne AP1 et s'étendent pour les séquences les plus longues jusqu'à la colonne AP13. A titre d'exemple, la séquence n°15 est issue d'un article de Libération datant du 6 mars 2004. Elle est composée des acteurs principaux de ce texte, à savoir : Obésité@ (code 3) – Législateur@ (code 8) – Enquêtes (code 15) – Activité physique@ (code 1).

Nous importons ensuite ces données sous le logiciel R. Libre d'accès et utilisé par une vaste communauté de chercheur mettant à disposition de nombreuses informations et documentations sur ses fonctionnalités³⁵⁷, R intègre, une fois le package TraMineR³⁵⁸ installé, l'analyse des séquences en sciences sociales par les MAO. Une fois les séquences définies, la première étape consiste à déterminer les coûts des opérations élémentaires utilisées par les MAO. A l'instar de Rohwer et Pötter³⁵⁹, nous faisons le choix de fixer le coût de substitution à partir des données en fonction des probabilités de transition entre les états. Dans cette optique, en application du vieil adage : « Tout ce qui est rare est cher », une substitution est d'autant plus coûteuse qu'elle correspond à une transition peu observée. Le coût d'*indel* est quant à lui fixé à 1. La fonction *seqdist()* permet ensuite de calculer toutes les distances qui sont proportionnelles au carré du nombre de séquences. Une fois la matrice des distances

³⁵⁷ En langue française, outre le manuel de Robette précédemment référencé, citons également l'ouvrage très pédagogique de Cellier J., Cocard M., 2012, *Le traitement des données en Histoire et Sciences Sociales : Méthodes et outils*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes.

³⁵⁸ Gabadinho A., Studer M., Müller N.S., Ritschard G., 2009, *TraMineR: Sequences and Trajectories Mining for Social Scientists*, Department of Econometrics and Laboratory of Demography, Geneva, Switzerland.

³⁵⁹ Rohwer G., Pötter U., 2005, *TDA's user manuel*.

calculée, nous pouvons nous intéresser à leur classification qui consiste à regrouper les textes en paquets si possible homogènes.

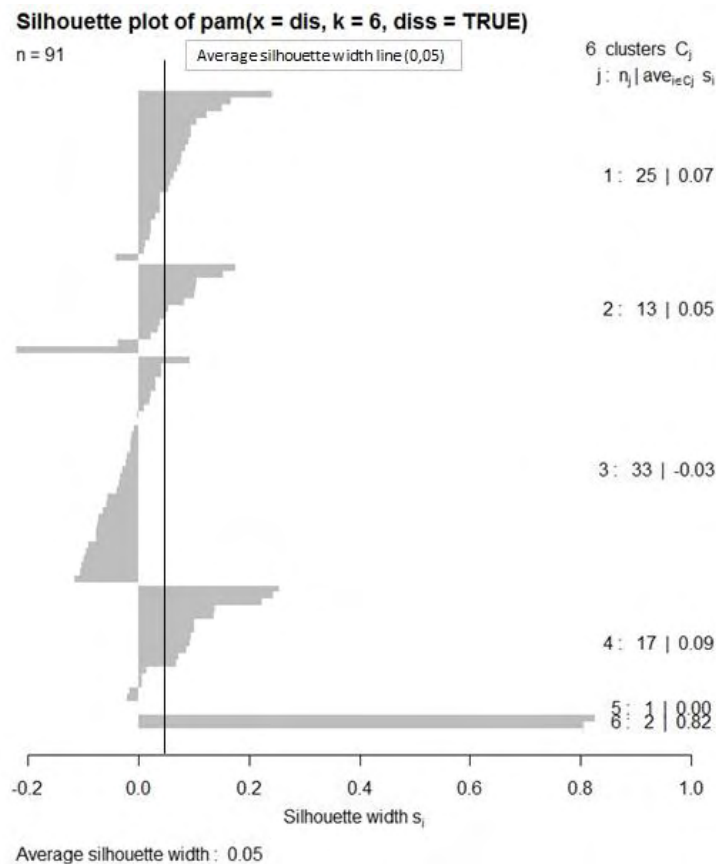
Pour ce faire, nous avons fait le choix d'employer la méthode de classification par désignation de « chef de classe » aussi appelés *medoids*³⁶⁰. Disponible sous R via la fonction *pam()* du package *cluster*, cette méthode produit directement une partition dont on fixe à l'avance le nombre de classes³⁶¹. Le but de cette procédure est de loger les objets dans les x boîtes définies, de gré ou de force, mais du mieux possible. Ainsi, elle agence les objets soit en minimisant les distances au sein des classes, soit en maximisant les distances entre les classes. Pour y parvenir, les algorithmes s'appuient sur la désignation de « chefs de classe » autour desquels vont se fédérer les objets les plus proches. Ces « chefs de classe » peuvent être des objets effectifs ou fictifs (objet moyen ou médian par exemple) mais cette situation est précaire. À chaque moment du déroulement de l'algorithme, ils peuvent se voir remplacés par un autre si celui-ci améliore la classification.

À partir d'une technique exploratoire faisant l'examen des silhouettes des classifications (cf. graphique n°1), le choix de 6 classes apparaît être le plus homogène pour l'application de la fonction *pam()*.

Graphique 1 : *Silhouette de la répartition des textes du sous-corpus Sport-Santé en 6 classes à partir de la méthode par partitionnement.*

³⁶⁰ Dans la phase exploratoire de nos expérimentations nous avons également utilisé la méthode de classification ascendante hiérarchique (CAH). Les résultats obtenus avec cette méthode se sont avérés moins homogènes et plus difficiles à interpréter que ceux obtenus via la classification par désignation de « chefs de classe ». C'est la raison pour laquelle nous ne ferons référence dans ce manuscrit qu'à cette dernière méthode de classification même s'il est envisageable d'opérer différemment en fonction de la nature des données étudiées et des questions de recherche posées. C'est ce que montrent les résultats d'Harloff, Stringer et Perry (Harloff J., Stringer A., Perry J., 2013, "Sample Size Requirements for Stable Clustering of Free Partition Sorting Data », *Bulletin de méthodologie sociologique*, 117, p. 93-105). Leur étude sur la stabilité des classes obtenues après l'utilisation de différentes méthodes suggère que les chances d'obtenir une partition convenable dépendent de la taille de l'échantillon et du nombre d'éléments retenus pour l'analyse. Les résultats diffèrent d'une méthode à l'autre en fonction de la nature des données. Leur comparaison les conduit à plaider pour l'usage de la troisième méthode de Gordon et Vichi (Gordon A.D., Vichi M., 2001, "Fuzzy Partition Models for Fitting a Set of Partitions", *Psychometrika*, 66 (2), p. 229-48) qui semble présenter une plus grande stabilité dans la plupart des cas.

³⁶¹ Il existe toutefois une méthode itérative et exploratoire qui permet au chercheur de déterminer le nombre de classe le plus pertinent pour ses données. Pour plus de détails sur ces méthodes, voir Cellier et Cocaud (2012, *op.cit.*, p. 309) et Robette (2011, *op. cit.*).



NB Pour chaque texte est calculé un indice $sil \in [-1, 1]$ qui mesure la pertinence de son appartenance au groupe. Compte tenu de la particularité de nos données, qui mettent en scène un nombre d'états différents élevé ($n=41$), la moyenne de la silhouette est faible (0.05) par comparaison à d'autres travaux utilisant cette méthode. A la lumière de cette spécificité, nous interprétons ce partitionnement ainsi :

- $0.05 \leq sil$ – le texte est bien ou plutôt bien classé.
- $0 < sil < 0.05$ – le texte est frontalier : il aurait tout aussi bien pu être classé ailleurs.
- $sil < 0$ – le texte est mal classé : il aurait dû être hébergé dans un groupe voisin.
- $sil = 0$ – il y a un seul texte qui représente la classe.

L'analyse de la silhouette de chacune des classes montre 5 classes sur 6 (1-2-4-5-6) relativement homogènes (dont deux, les classes 5 et 6, avec 1 ou 2 représentants seulement). La moyenne du partitionnement se situe à 0,05. Chacune de ces classes possèdent au moins la moitié (ou plus) de ses représentants au-dessus de ce seuil. Par ailleurs, elles ne possèdent qu'un ou deux textes mal classés ($sil < 0$). Ce qui est peu au regard du nombre d'états possibles. La classe 3 apparait en revanche très hétérogène. Ce qui n'est pas surprenant encore une fois compte tenu de la spécificité des séquences de notre sous-corpus. Dans toutes classifications il

y a les inclassables qui par leur degré de généralité ne peuvent constituer une classe à eux seul et/ou ne peuvent être distingués des autres textes des classes voisines auxquelles ils pourraient tout aussi bien appartenir. La classe 3 semble donc être la classe « fourre-tout ». Ceci est en partie dû au *medoid* choisi pour cette classe. La séquence 42 est constituée de deux éléments dont l'activité physique qui est le dénominateur commun de tous les textes. Ainsi, la discrimination ne s'opère qu'à partir du second représentant (les collectivités territoriales) dont le poids et la fréquence (14^{ème} sur 111) est important au sein du sous-corpus. Dès lors, les textes susceptibles d'appartenir à cette partition sont nombreux car elle repose sur des critères d'identification non discriminants.

Les résultats numériques ou graphiques produits sous R par TraMineR et *cluster* sont quelque peu désincarnés. Seuls apparaissent les identifiants des textes et de leurs séquences. Il est donc décisif, pour aller plus loin, de revenir aux énoncés via Prospéro et de déterminer ce que les textes regroupés en 6 classes partagent. Le but de la manœuvre n'étant pas de relire un par un tous les textes de notre corpus, nous procédons alors à une sélection des textes représentatifs de chaque classe comportant les articles désignés par l'algorithme comme « chefs de classe » ainsi que les articles qui partagent avec eux les mêmes états. Ces états, dont nous rappelons qu'il s'agit de la liste des *acteurs principaux* de chaque texte, constituent alors le plus petit dénominateur commun de la classe.

Nous obtenons une liste de 31 textes sur 91. A la lecture de ces textes, les thématiques de chaque classe se répartissent ainsi :

- Classe 1 : La « malbouffe » des industries agroalimentaires est pointée du doigt dans l'apparition précoce des problèmes de surpoids. L'activité physique et l'alimentation sont les deux ressorts des stratégies de prévention de l'Organisation Mondiale de la Santé et des pouvoirs publics pour lutter contre ce phénomène ;
- Classe 2 : L'activité physique est présentée comme un facteur de protection contre de nombreuses affections de longue durée dont l'obésité. Elle est d'après les auteurs une thérapeutique trop souvent négligée par les médecins et l'assurance maladie ;
- Classe 3 : Textes qui font la promotion de programmes de prévention et d'intervention publics et/ou privés dans des communes ou des régions. Les enfants sont les principaux destinataires de ces campagnes ;

- Classe 4 : Articles faisant la promotion de l'activité physique auprès des enfants et des adolescents. Ils mettent en scène des initiatives ponctuelles telles que des ateliers sport-santé, des guides nutritionnels, *etc.* ;
- Classe 5 : Le sénateur Dériot, auteur d'un rapport préconisant des mesures pour règlementer les publicités alimentaires et supprimer les distributeurs automatiques de confiseries et de sodas dans les écoles, (re)lance l'alerte sur le risque d'augmentation de la prévalence de l'obésité considérée comme un fléau ;
- Classe 6 : Textes qui font la promotion des recommandations des experts issues de l'étude de l'Inserm.

Plusieurs résultats nous apparaissent remarquables par comparaison avec la périodisation de la trajectoire du dossier de l'obésité objectivée par les narrations quantifiées et notre analyse thématique. Tout d'abord, l'hypothèse selon laquelle la déclinaison des dichotomies public/privé, sain/malsain se répercuterait dans des sous-espaces du dossier semble se confirmer. En portant notre attention sur l'émergence des relations entre le sport et la santé dans notre sous-corpus d'articles de presse, les classes 1, 2, 5 et 6 obtenues par notre expérimentation mettent en scène les lignes de fracture opposant les acteurs économiques privés et les promoteurs des recommandations de santé publique. La tension entre le « public-sain », bien souvent incarné par les médecins des organismes publics, et le « privé-malsain », au premier rang duquel les industries agroalimentaires, apparaît clairement et s'exprime couramment dans les énoncés sous cette forme :

« Si l'agroalimentaire ajoute du sucre en quantité dans notre assiette, c'est aussi pour nous faire manger plus. Explication : plus on consomme de sucre, plus on en redemande. C'est particulièrement vrai pour les produits de grignotage (ou snacking). Afin de nous faire manger plus, les industriels sont allés jusqu'à stigmatiser le "diktat des trois repas". "En quelques années, le grignotage s'est traduit chez certains par l'équivalent calorique de sept repas par jour !" regrette Daniel Tomé [nutritionniste à l'INRA]. Si l'on mange plus en grignotant, c'est parce que l'on se rassasie moins vite. "Il faut quinze minutes au cerveau pour prendre en compte ce que nous avalons", indique le docteur Fricker, nutritionniste à l'hôpital Bichat (3). Et, comme le cerveau fait ses comptes en fonction du volume des aliments, les produits de snacking, vendus en miniportions pour être avalés rapidement, sont des bombes caloriques qui passent presque inaperçues. Aujourd'hui, 90 % des ados pratiquent le snacking, qui

représente 20 % de leurs apports énergétiques. On comprend mieux pourquoi les distributeurs automatiques de boissons sucrées et autres produits de grignotage sont le cauchemar des nutritionnistes...» (Christophe Labbé, journaliste et auteur en 2009 du livre *Vive la malbouffe*, *Le Point*, 08/04/2004).

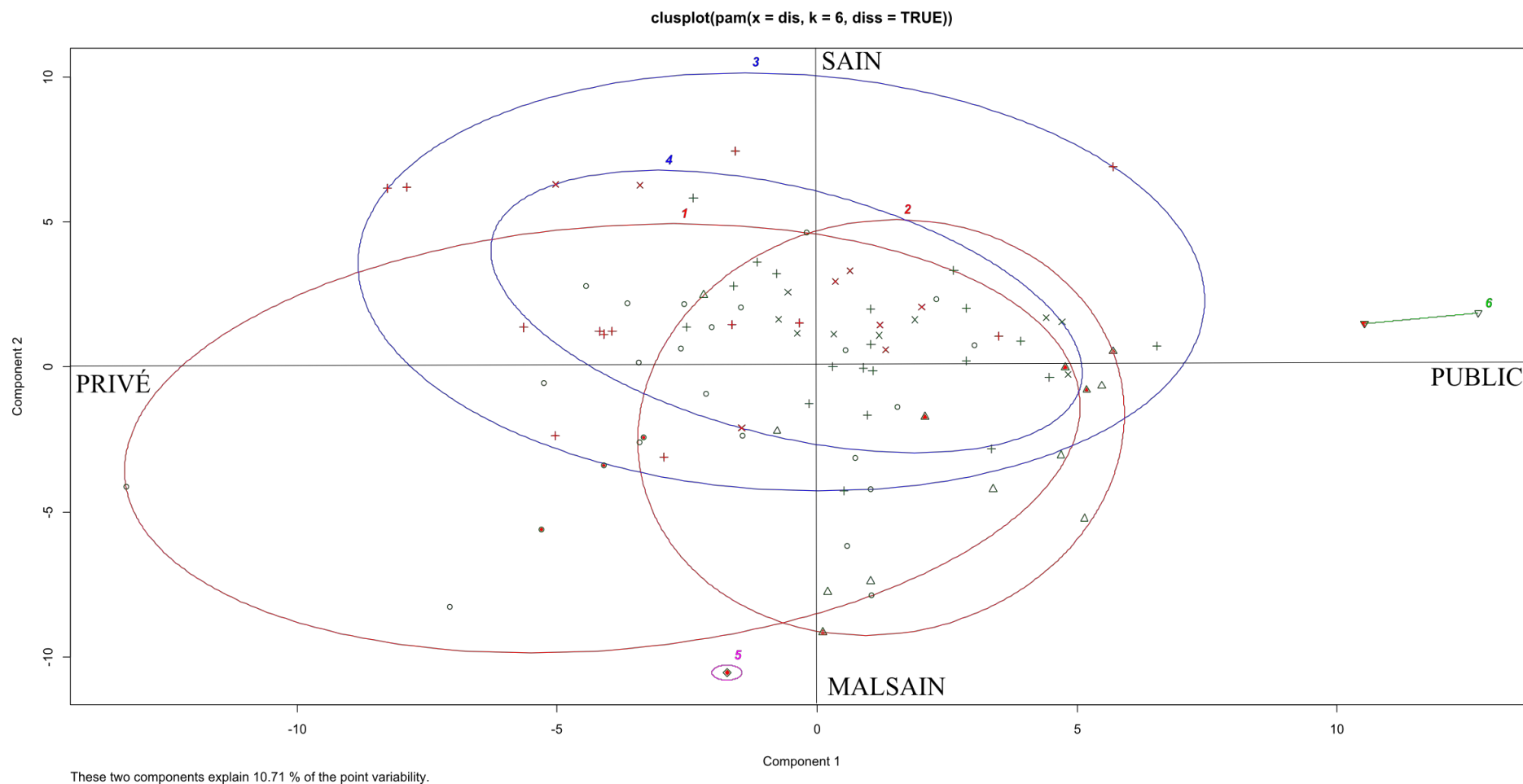
En deuxième lieu, nous observons que les classes 3 et 4 mêlent indistinctement des textes faisant la promotion de dispositifs de prévention provenant d'initiatives privées et/ou publiques. Les frontières entre le public et le privé, le sain et le malsain sont ici plus floues. Nous observons au sein des textes de ces classes de nombreuses initiatives d'« assainissement » d'entreprises privées qui inscrivent de plus en plus leurs actions dans la mouvance de la santé publique. Elles assimilent les normes du Programme National Nutrition Santé et les déclinent dans leurs campagnes de communication au travers de dispositifs faisant, entre autres, la promotion de l'activité physique. Par exemple, la chaîne de restauration rapide belge « Quick organise ainsi en juillet [2005], dans le cadre de son programme "Goût et nutrition" lancé l'an dernier, deux séminaires sportifs aux cours desquels 391 enfants de 10 à 14 ans pourront apprendre les "bons réflexes alimentaires" » (*AFP*, 09/07/2005). En témoignent également les « treize engagements pour lutter contre l'obésité » pris par « Kraft Foods ayant, en France, conclu un partenariat avec la Fédération française de handball afin de donner des conseils de nutrition aux jeunes de 12 à 15 ans » (*Le Figaro*, 04/02/2006). Dès lors, nous saisissons mieux la raison pour laquelle des textes de la classe 3 auraient très bien pu être répartis dans la classe 4 après l'analyse de leurs silhouettes.

L'analyse topographique de la projection de nos objets sur un plan factoriel (graphique n°2) illustre parfaitement ce brouillage des frontières matérialisé par un agglomérat de points très concentrés aux alentours de l'origine des axes avec une faible contribution aux facteurs de l'analyse, suggérant qu'ils sont soit non significatifs, soit proches de l'indépendance. Les classes s'interpénètrent et cette représentation offre un autre moyen pour vérifier la robustesse de nos interprétations. Comme nos séquences sont décrites par 41 états, nous passons d'un nuage de points avec 41 dimensions possibles à sa projection en 2 dimensions et cela ne va pas sans déformation. Le logiciel nous informe que cette déformation est d'environ 89%. Il convient d'être prudent sur des proximités apparentes. Par conséquent, il n'est pas certain qu'il faille absolument chercher à nommer les axes. Si nous cédonns toutefois à cette tentation, à l'aune de notre grille d'interprétation et après avoir distingué les thématiques de chaque classe, nous pourrions dire que l'axe vertical illustrerait les textes traitant de la dichotomie

sain/malsain. L'axe horizontal illustrerait quant à lui les textes mettant en scène la dichotomie public/privé. Ce mode de répartition géométrique fait sens au regard des textes des classes 5 et 6 dont la contribution aux facteurs est la plus élevée. Le premier réaffirme les inquiétudes d'un sénateur au sujet de l'expansion en France du « fléau de l'obésité [...] qui concerne désormais 11% des adultes et 4% des enfants », insuffisamment informés « sur les conséquences pour la santé de leurs comportements alimentaires » dans un contexte où « l'essor des plats prêts à consommer bon marché - pizzas, frites surgelées ou boîtes de lentilles-saucisses - a encore enrichi l'apport calorique des familles pauvres » (*Le Figaro*, 13/10/2005). Le registre du malsain est ici largement convoqué pour justifier une mise en garde des pouvoirs publics. Les deux textes de la classe 6 médiatisent quant à eux « une expertise collective de l'Institut national (français) de la santé et de la recherche médicale (Inserm) », dressant « un état des lieux des connaissances dans ce domaine » et livrant « ses recommandations [...] entraînant des bénéfices pour la santé » dans le but de lancer une « grande campagne d'information » à destination de « la population générale » (*La Presse Canadienne*, 01/04/2008). Dans le cas présent, il apparaît raisonnable de lire l'axe horizontal comme l'expression de la tension public/privé. Outre le fait que nous nous situons ici dans le registre du sain, l'absence dans le corps des textes du secteur privé et l'accent mis sur l'importance de diffuser ces savoirs par des campagnes de santé publique corrobore ce choix interprétatif. En faisant porté l'analyse sur un corpus plus large, d'autres tensions auraient pu émerger comme le couple d'opposition national/local dont nous avons pu esquisser les difficultés dans la sous-section I.4. La traduction, au plus près des populations, de ce programme sanitaire traverse différents secteurs de l'action publique (la santé, l'alimentation, le sport) potentiellement concurrentiel entre eux et conduit les fonctionnaires à aménager les campagnes et enrôler des acteurs au-delà des cercles de la fonction publique. Enfin, sur un plan épistémique, nous aurions probablement pu mettre entre évidence, à l'instar de Philippe Terral³⁶², des régimes de production et de diffusion des connaissances soit plus fondamentaux ou appliqués, disciplinaires ou pluridisciplinaires, expérimentaux ou cliniques *etc.*

³⁶² Terral P., 2013, *Corps efficaces, corps pathologiques et expertises plurielles. Les sciences face aux critiques utilitaristes*, Mémoire d'Habilitation à Diriger des Recherches, Toulouse.

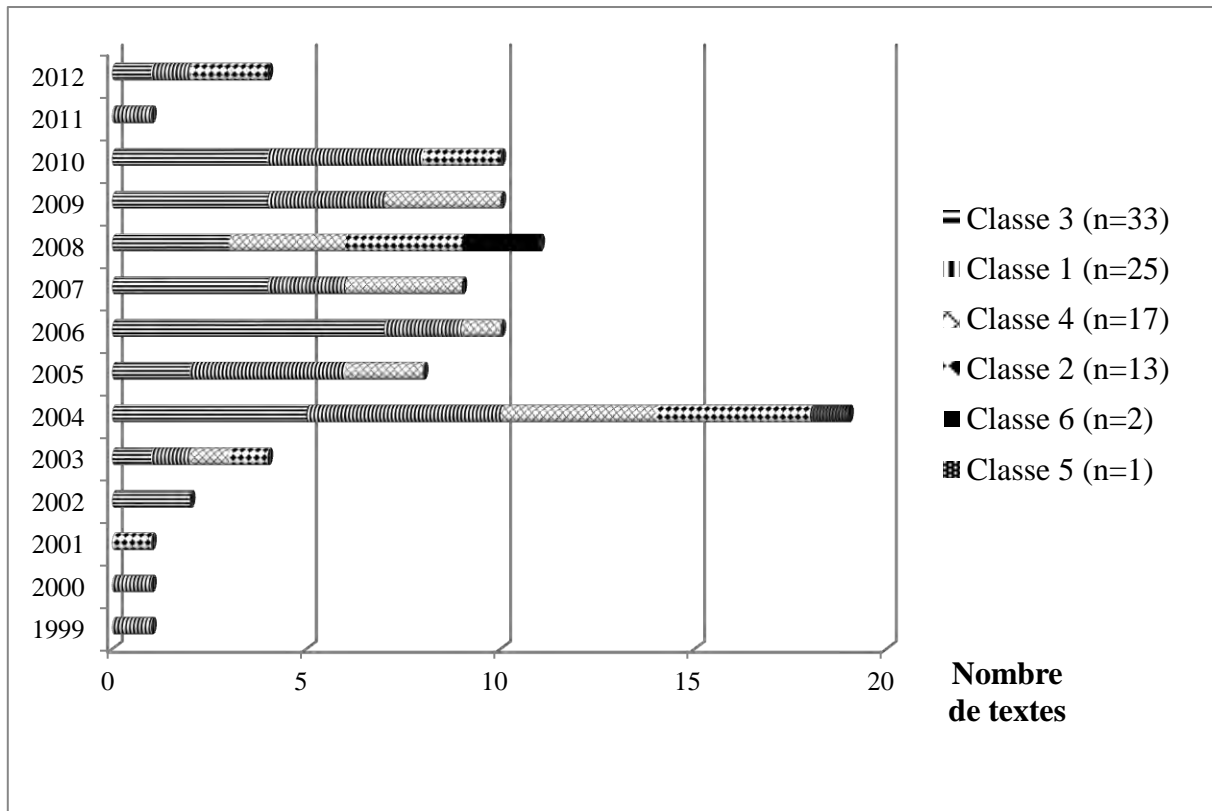
Graphique 2 : Représentation spatiale des séquences sous forme de nuage de points dans un plan à deux dimensions.



NB Les points en rouge correspondent aux textes représentatifs de chaque classe après sélection. Les ellipses numérotées correspondent aux périmètres de chaque classe. Enfin, les labels de chaque point ne sont pas représentés ici par soucis de lisibilité.

La projection de ces classes sur un axe temporel nous renseigne encore davantage sur le déploiement de ces thématiques dans le temps (graphique n°3).

Graphique 3 : Répartition temporelle des classes de pam().



La constance de la classe 1 tend à installer la permanence de la tension « public sain »/« privé malsain » sur ce sous-dossier. La constance des classes 3 et 4 montre également la permanence de la concurrence des dispositifs pour brouiller ces frontières. Compte tenu du volume que représente ces deux classes par rapport à l'ensemble de notre sous-corpus (50 textes sur 91, soit environ 55%), nous pourrions même nous demander si ce travail de déplacement et de redéfinition des frontières n'est pas finalement l'enjeu même du débat public. A ce stade, nous pourrions supposer que l'argument de santé publique, deviendrait, pour l'ensemble des acteurs engagés dans le dossier, un procédé rhétorique permettant de se situer du bon côté de la frontière de la dichotomie « sain »/ « malsain ». Ainsi pour maintenir structurellement le rapport de force en leur faveur, il s'agirait pour les pouvoirs publics de se distinguer et de s'opposer aux « dérives du privé ». Toutefois, les recommandations des experts tendent à se diluer dans la masse de l'information de santé diffusée par la presse. Ce que suggère le vide du quadrant nord-est de notre analyse factorielle. Seul des coups

médiatiques, à l'occasion de la sortie d'un rapport (classe 5 et 6), permettent de réaffirmer leurs priorités. Pour les acteurs économiques, il s'agit de déplacer l'attention portée sur leurs produits vers des initiatives marketing faisant la promotion d'autres modes de consommation plus respectueux des normes du « sain ». A ce titre l'activité physique et ses bénéfices pour la santé apparaissent comme une aubaine pour les industries agroalimentaires puisqu'elle est un facteur de protection (classe 2) qui ne suppose pas d'intervenir de façon plus drastique sur la réglementation des produits alimentaires. Enfin, la classe 2 qui concerne plus spécifiquement les liens qu'entretiennent l'activité physique et la santé affiche une irrégularité de traitement dans le temps qui rapportée au volume du corpus (13 textes sur 91, soit environ 14%) tend à reléguer la thématique du *Sport-Santé* au second plan. Autrement dit, ce sous-espace *Sport-Santé* de notre dossier regroupant les débats autour de la lutte contre l'obésité n'est pas un lieu où l'on débat de l'activité physique mais un espace où l'activité physique émerge comme reproduction d'un débat plus général opposant les puissances publiques et le secteur privé au sujet de questions d'alimentation et de santé.

Index des auteurs

(

(de) Saint Pol T. · - 11 -, - 109 -, - 246 -, -
252 -

(de) Singly F. · - 15 -

(de) Solla Price D.J. · - 215 -

A

Abbott A. · - 34 -, - 251 -, - 252 -

Aïach P. · - 214 -

Akrich M. · - 21 -, - 250 -

Amadiou J.-F. · - 11 -, - 46 -

Amilien V. · - 11 -

Angenot M. · - 31 -

Ansell C.K. · - 238 -

Apfeldorfer G. · - 101 -, - 104 -

Arnault N. · - 45 -

Atkins P.J. · - 11 -

B

Back K.W. · - 12 -

Balazs G. · - 215 -

Ball K. · - 11 -

Barbier J.C. · - 181 -

Barbier M. · - 16 -, - 17 -, - 181 -

Barbot J. · - 19 -, - 20 -

Barthe Y. · - 17 -, - 19 -, - 21 -, - 180 -, -
250 -

Basdevant A. · - 47 -, - 124 -

Bastian M. · - 189 -

Bastide F. · - 215 -

Batagelj V. · - 189 -

Batifoulier P. · - 165 -, - 249 -

Bauin S. · - 215 -

Becker H.S. · - 21 -, - 22 -, - 23 -, - 24 -, -
243 -

Benamouzig D. · - 16 -, - 180 -, - 181 -

Benford R.D. · - 31 -

Bérard Y. · - 16 -

Bergeron H. · - 10 -, - 247 -

Berlivet L. · - 22 -

Berthelot J.-M. · - 13 -

Berthod M. · - 127 -

Bertrais S. · - 45 -

Bessis F. · - 165 -, - 249 -

Bessy C. · - 17 -, - 89 -

Biencourt O. · - 165 -, - 249 -

Björntorp P. · - 11 -, - 46 -

Boltanski L. · - 12 -, - 24 -, - 30 -, - 33 -, -
183 -, - 248 -

Bonneuil C. · - 22 -

Bossy T. · - 13 -, - 44 -, - 46 -

Boubal C. · - 52 -

Bourdieu P. · - 13 -, - 26 -, - 184 -

Boyack K.W. · - 189 -

Brown M. · - 189 -

Bruneau I. · - 22 -

Bury M. · - 12 -, - 13 -

Buton F. · - 48 -

C

Cahnman W.J. · - 11 -
Callon M. · - 17 -, - 19 -, - 21 -, - 123 -, -
215 -, - 216 -, - 250 -
Camy J. · - 176 -
Casilli A.A. · - 250 -
Castel P. · - 10 -, - 247 -
Castel R. · - 18 -, - 89 -
Castetbon K. · - 45 -
Cauchard L. · - 16 -
Cefai D. · - 22 -
Cellier J. · - 189 -, - 219 -, - 255 -, - 256 -
Chantelat P. · - 175 -
Charles M.-A. · - 47 -
Chateauraynaud · - 180 -
Chateauraynaud F. · - 17 -, - 20 -, - 31 -, -
32 -, - 34 -, - 39 -, - 76 -, - 89 -, - 243 -
Chevallier J. · - 18 -
Clément S. · - 13 -
Cocaud M. · - 189 -, - 219 -, - 255 -, - 256
-
Cochoy F. · - 216 -
Cochrane A.L. · - 244 -
Colinet S. · - 19 -
Collinet C. · - 31 -, - 81 -, - 183 -, - 184 -, -
188 -
Collins H. · - 20 -
Cornet P. · - 132 -, - 135 -
Courtial J.-P. · - 215 -
Crawford D. · - 11 -
Crespin R. · - 16 -
Cruzel E. · - 22 -
Csargo J. · - 9 -

D

Dalarun P. · - 150 -, - 176 -
Darmon M. · - 12 -
Degenne A. · - 189 -
Depecker T. · - 12 -, - 65 -, - 248 -
Deschamps V. · - 45 -
Desrosières A. · - 176 -
Détrez C. · - 12 -
Dinet J. · - 15 -
Dodier N. · - 17 -, - 27 -, - 63 -, - 90 -, -
168 -, - 245 -
Dornbusch S. · - 12 -
Dosse F. · - 24 -
Druhle M. · - 13 -
Duriez H. · - 22 -
Duvoux N. · - 181 -

E

Elbaum M. · - 15 -
Elias N. · - 13 -, - 30 -
Emery C. · - 15 -
Eschwege E. · - 47 -
Evans R. · - 20 -

F

Fabbri P. · - 215 -
Fagnani F. · - 15 -
Fallon A.E. · - 10 -
Fassin D. · - 15 -, - 48 -, - 91 -, - 214 -
Fillion E. · - 19 -, - 20 -
Fischler C. · - 12 -, - 140 -, - 246 -
Forné J. · - 13 -

Forrest J. · - 252 -
Forsé M. · - 189 -
Foucault M. · - 13 -, - 22 -, - 91 -, - 211 -
Fressoiz J.-B. · - 249 -
Fritsch P. · - 17 -, - 18 -
Froguel P. · - 106 -, - 121 -
Frutcherman T. · - 188 -, - 189 -

G

Gabadinho A. · - 255 -
Galan P. · - 45 -
Gamson W. · - 41 -, - 250 -
Geoffard P.Y. · - 181 -
Gibbons M. · - 240 -
Gieryn T.F. · - 185 -
Gilbert C. · - 39 -, - 215 -
Gilbert G.N. · - 215 -
Goffman E. · - 10 -, - 13 -, - 31 -, - 248 -
Goodman N. · - 12 -
Gordon A.D. · - 256 -
Gordon J.D. · - 11 -, - 256 -
Grabot D. · - 175 -, - 177 -
Grangeard C. · - 185 -
Granjou C. · - 17 -
Griffith B.C. · - 216 -
Grossetti M. · - 25 -, - 29 -, - 30 -, - 39 -, -
251 -
Guillo D. · - 13 -

H

Hargens L.L. · - 216 -
Harloff J. · - 256 -
Hartog F. · - 24 -

Harvard-Duclos B. · - 22 -
Haschar-Noé N. · - 21 -, - 27 -, - 73 -, -
166 -
Hassenteufel P. · - 15 -
Hastorf A. · - 12 -
Hauray B. · - 60 -, - 91 -, - 165 -
Henry E. · - 39 -
Hercberg S. · - 45 -, - 47 -
Hespel V. · - 127 -
Heymann S. · - 189 -
Hirschman A.O. · - 246 -

I

Illich I. · - 244 -

J

Jacolin M. · - 13 -
Jacomy M. · - 189 -
Jeannot S. · - 11 -
Joly P.-B. · - 16 -, - 18 -

K

Khoshnood B. · - 15 -
Khun T.S. · - 31 -, - 214 -
Klavans R. · - 189 -

L

Lafont V. · - 22 -
Lafuma A. · - 15 -
Lascoumes P. · - 17 -, - 19 -, - 21 -, - 37 -, -
129 -, - 250 -

Latour B. · - 20 -, - 33 -, - 184 -, - 215 -, -
216 -
Law J. · - 32 -, - 216 -
Le Barzic M. · - 119 -
Le Breton D. · - 10 -
Le Galès P. · - 37 -, - 129 -
Lecerf J.-M. · - 121 -
Lefebvre B. · - 76 -, - 176 -
Lemerle S. · - 71 -
Léonard J. · - 15 -
Lesnard L. · - 252 -
Liederman V.R. · - 12 -
Limoges C. · - 240 -
Lodge D. · - 14 -
Lorrain D. · - 37 -

M

Maddox G.L. · - 12 -
Marchetti D. · - 41 -
Marcovich A. · - 185 -
Martin O. · - 13 -, - 189 -
Martin S. · - 189 -
Masson E. · - 140 -
Masullo A. · - 65 -, - 248 -
Memmi D. · - 13 -, - 15 -, - 18 -
Mennen L. · - 45 -
Merlaud F. · - 21 -, - 81 -
Milard B. · - 187 -, - 188 -
Modigliani A. · - 41 -, - 250 -
Monneraud L. · - 249 -
Mounier L. · - 250 -
Mrvar A. · - 189 -
Müller N.S. · - 255 -

N

Neveu E. · - 41 -, - 250 -
Nicourd S. · - 22 -
Nouguez E. · - 247 -
Nowotny H. · - 240 -

O

Oddy D.J. · - 11 -

P

Pacheco da Costa Proenca R. · - 11 -
Padgett J.F. · - 238 -
Pailler F. · - 250 -
Palier B. · - 34 -
Paradeise C. · - 16 -
Peretti-Watel P. · - 48 -
Perrin C. · - 175 -, - 176 -
Perry J. · - 256 -
Pestre D. · - 28 -, - 33 -, - 184 -
Pharo P. · - 24 -
Pinault M. · - 22 -
Pinell P. · - 178 -, - 185 -, - 211 -
Pontille D. · - 214 -
Pötter U. · - 255 -
Poulain J.-P. · - 11 -, - 13 -

Q

Quéré L. · - 24 -, - 183 -

R

Rabeharisoa V. · - 19 -, - 21 -, - 250 -

Régnier F. · - 11 -, - 12 -, - 65 -, - 248 -
Reingold E. · - 188 -, - 189 -
Rémy C. · - 180 -
Richardson S. · - 12 -
Riley K.W. · - 32 -, - 176 -, - 245 -
Ritschard G. · - 255 -
Robert C. · - 18 -
Robette N. · - 252 -, - 253 -, - 255 -, - 256 -
Rochford E.B.J. · - 31 -
Rohwer G. · - 255 -
Rosenberg-Reiner S. · - 215 -
Rozin P. · - 10 -

S

Saguy A.C. · - 32 -, - 176 -, - 245 -
Sapiro G. · - 22 -
Savanovitch C. · - 45 -
Sawicki F. · - 22 -
Schwartzman S. · - 240 -
Scott P. · - 240 -
Sermet C. · - 15 -
Shinn T. · - 185 -
Simon C. · - 117 -
Small H. · - 216 -
Snow D.A. · - 31 -
Sobal J. · - 11 -
Speakman J.R. · - 106 -
Stringer A. · - 256 -
Studer M. · - 255 -
Stunkard A. · - 11 -
Surel Y. · - 34 -

T

Tallec A. · - 47 -
Tchernonog V. · - 19 -
Terral P. · - 21 -, - 31 -, - 81 -, - 183 -, -
184 -, - 188 -, - 240 -, - 261 -
Thévenot L. · - 23 -, - 24 -, - 30 -, - 176 -, -
243 -
Tibère L. · - 11 -
Tobias A.L. · - 11 -
Torny D. · - 34 -, - 43 -
Trabal P. · - 27 -, - 43 -, - 183 -, - 184 -, -
188 -
Trépos J.-Y. · - 16 -, - 18 -
Trow M. · - 240 -
Tubaro P. · - 250 -
Turner W. · - 215 -

V

Viaud B. · - 175 -, - 248 -
Vichi M. · - 256 -
Vigarello G. · - 9 -, - 12 -, - 13 -, - 15 -
Vinck D. · - 16 -, - 180 -

W

Wacquant L. · - 26 -
Waysfeld B. · - 150 -
Weber M. · - 122 -, - 140 -
Weingart P. · - 186 -, - 215 -, - 240 -
Worden S.K. · - 31 -
Wynne B. · - 19 -

Liste des sigles utilisés

AGPI : Acides gras polyinsaturés
AFD : Association Française des diabétiques
AFERO : Association Française d'Étude et de Recherche sur l'Obésité
AFP : Agence France Presse
AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AISLF : Association International de Sociologie en Langue Française
ALAP : Alimentation et Activité Physique
ALD : Affection de Longue Durée
ALFEDIAM : Société savante devenue la Société Francophone du Diabète (SFD)
ANIA : Association nationale des industries alimentaires
ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
APA : Activités physiques adaptées
APPOP : Association pour la Prévention et la Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
APP : Appel à projet prévention
APS : Activités Physiques et Sportives
ARS : Agence Régionale de Santé
AVIESAN : Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAH : Catégorisation Ascendante Hiérarchique
CFES : Comité Français d'Education pour la santé
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNA : Conseil National de l'Alimentation
CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAO : Collectif National des Associations d'Obèses
CNIEL : Centre national interprofessionnel de l'économie laitière

CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
CTRNS : Comité Technique Régional Nutrition Santé
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAL : Direction Générale de l'Alimentation
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction hospitalière de l'organisation des soins
DRAAF: Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDJS : Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports
DU : Diplôme Universitaire
EFFORMIP : La santé par l'effort et la forme en Midi-Pyrénées.
EHESS : Ecole des hautes études en sciences sociales
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPODE: Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants
FNPN : Front National de la Promotion de la Nutrition
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
GROS : Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
ICAN : Institute of cardiology metabolism and nutrition
IGAS : Inspection générale aux affaires sanitaires
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INRA : Institut National de la Recherche Agronomique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
Interfel : Interprofession des fruits et légumes frais
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
IOTF : International Obesity Task Force
IRESP : Institut de Recherche en Santé Publique
MAO : Méthodes d'Appariement Optimal
MB : Métabolisme de base
ObEpi : Enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France

Ocha : Observatoire Cniel des Habitudes
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
Oquali : Observatoire de la qualité de l'alimentation
ORS : Observatoire Régional de Santé
PCA : Proportion de cas attribuable
PCS : Professions et Catégories Socio-professionnelles
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNAPS : Plan national de prévention par l'activité physique et sportive
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PNA : Plan national de L'alimentation
PO : Plan Obésité
POMC : Pro-opiomélanocortine
PROA : Programme régional de l'offre alimentaire
PRS : Programme Régional de Santé
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
REPPPOP : Réseau de prise en charge et de prévention de l'obésité pédiatrique
RTH : Rapport Taille Hanche
SFMS : Société Française de Médecine du Sport
SFN : Société Française de Nutrition
SHS : Sciences Humaines et Sociales
SNDLF : Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française
SOFCCO : Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité
STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
TCA : Trouble du Comportement Alimentaire
URCAM : Union Régionale des Caisse d'Assurance Maladie
USEN : Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle

Annexes

Annexe n°1 : Sources documentaires constituant le corpus mobilisé dans la partie I.

Articles de presse	Autres supports	361	
	Le Figaro	193	
	AFP	185	
	Le Monde	144	
	Le Progrès	126	
	Sud-Ouest	95	
	Les Echos	85	
	Libération	85	
	Ouest France	78	
	Le Midi Libre	63	
	Le Parisien	46	
	La Tribune	45	
	Reuters	40	
	La Croix	39	
	News Press	38	
	Aujourd'hui en France	34	
	AP French Worldstream	33	
	L'Est Républicain	32	
	All Africa	31	
	L'Express	28	
	Le Point	27	
	L'Indépendant	24	
	Le Monde.fr	21	
	Centre Presse	17	
	L'Expansion	17	
	La Charente Libre	14	
	Presse Océan	14	
	La Presse Canadienne	12	
	L'Humanité	9	
	Arômes Ingrédients Additifs	8	8
	Relaxnews	8	
	Investir Hebdo	6	
	Alternatives Economiques	6	
	Le Nouvel Observateur	6	

Le Matin	5
La Tribune.fr	5
Le Journal des Finances	4
Europolitique	4
24 Heures	4
Le Temps	3
Le Monde Diplomatique	3
Europe Agro	2
CB News	2
La Correspondance Economique	1
Financial Times	1
Le Quotidien	1
Agence Télégraphique Suisse	1
Rapports d'expertise	<p>INSERM – <i>Obésité - Dépistage et prévention chez l'enfant</i>, 2000.</p> <p>HCSP - <i>Rapport « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France »</i>, 2000.</p> <p>DGS – <i>Programme National Nutrition Santé 2001-2005</i>, 2001.</p> <p>IGAS – <i>La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle</i>, 2003.</p> <p>ANAES – <i>Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent</i>, 2003.</p> <p>Assemblée nationale et Sénat – <i>Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité</i> présenté par M. Gérard Dériot, 2005.</p> <p>CNA – <i>Avis sur la prévention de l'obésité infantile</i>, 2005.</p> <p>Comité de pilotage du PNNS – <i>Éléments de bilan du PNNS (2001-2005) et Propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008)</i>, 2006.</p> <p>DGS – <i>Deuxième Programme National Nutrition Santé 2006-2010</i>, 2006.</p> <p>INSERM – <i>Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge</i>, 2006.</p> <p>InVS – <i>Étude nationale nutrition santé (ENNS). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé</i>, 2007.</p> <p>Cour des comptes – <i>La coordination interministérielle du PNNS</i>, 2007.</p> <p>INPES – <i>Baromètre santé nutrition</i>, 2008.</p> <p>Assemblée nationale – <i>Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité</i> présenté par Mme Valérie Boyer, 2008.</p> <p>INSERM – <i>Activité physique. Contextes et effets sur la santé</i>, 2008.</p> <p>INPES – <i>Post-test des messages sanitaires apposés sur les publicités alimentaires auprès des 8 ans et plus</i>, 2008.</p> <p>Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative – <i>Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive</i>, 2008.</p> <p>DHOS – <i>« Plan d'action : Obésité-établissements de soins »</i>, 2009.</p>

Direction générale de l'enseignement scolaire – *Nutrition à l'école : « Alimentation et activité physique »*, 2009.

Rapport au président de la république – *Commission présidée par Anne De Danne pour la prévention et la prise en charge de l'obésité*, 2009.

IREMAS – *Livre blanc : Cacophonie alimentaire et nutritionnelle*, 2010.

INRA – *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?*, 2010.

CSA – *Charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision*, 2010.

ANSES – *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement*, 2010.

IGAS – *Évaluation du PNNS2 2006-2010*, 2010.

UFC Que Choisir – *Marketing télévisé pour les produits alimentaires à destination des enfants : analyse des engagements des professionnels et impact sur les comportements alimentaires*, 2010.

SFSP, DGS – *Propositions pour le PNNS 2011-2015*, 2010.

DGS – *Plan obésité 2010-2013*, 2010.

DGS – *Programme National Nutrition Santé 2011-2015*, 2010.

Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques – *Rapport sur l'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité* présenté par Mme Brigitte Bout, 2010.

HAS – *Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent*, 2011.

Entretiens

Responsable à la DRAFF –réfèrent PNNS (juin 2009).

Responsable Réppop Midi-Pyrénées – Pédiatre (juin 2009).

Responsable Réppop Aquitaine – Pédiatre (juin 2009).

Responsable du comité d'attribution du logo PNNS à l'INPES (juillet 2009).

Responsable du PNNS à la DGS – Médecin de santé publique (septembre 2009 et juin 2010).

Responsable de l'observatoire de l'obésité – Endocrinologue - Nutritionniste (février 2010).

Responsable au GROS – Diététicienne (février 2010).

Responsable et fondateur du GROS – Psychanalyste - Nutritionniste (avril 2010).

Responsable et fondateur du GROS – Psychomotricien (mai 2011).

Journée d'études et colloque spécialisés

Colloque « Villes actives » du PNNS du 25 novembre 2009, Nancy.

Séminaire CNRéppop du 14-15 novembre 2010, Toulouse.

Colloque MARCO « Enfance-Obésité-Marketing » du 26 novembre 2010, Paris.

Congrès du GROS du 5 novembre 2010 et du 3 et 4 novembre 2011, Paris.
Conférence de Max Lafontan du 20 janvier 2011, Toulouse.
Colloque Eliane du 21 novembre 2011, Paris.
Colloque Evalin du 12 décembre 2012, Paris.

Sites internet

<http://www.dabanta.org/>
<http://www.epode-european-network.com/>
<http://www.gros.org/>
<http://www.mangerbouger.fr/>
<http://www.obesite.com/>
<http://www.obobs.net/>
<http://www.nutritionenfantaquaine.fr/>

Annexe n°2 : Périodisation du dossier de l'obésité

Séquences	Périodisation	Sémantique ou Panoplies	Evènements d'ouverture
1	18 mai 1995 4 septembre 1999	L'affaire des coupe-faim	Alerte médicale sur les dangers des amaigrissants
2	12 août 1997 13 décembre 2000	L'obésité à l'heure de l'insécurité alimentaire	Cri d'alarme du professeur Björntorp
3	29 septembre 1998 28 janvier 2002	La course aux « blockbusters »	Lancement du Xenical de Roche – 1 ^{ère} étude épidémiologique Obépi ciblée sur la population française
4	02 avril 2000 En cours	Le marché de l'aliment – L'agroalimentaire investi dans la santé	Lancement de la soupe Knorr aux légumes bioactifs
5	13 décembre 2000 12 décembre 2005	L'obésité et les comportements à risques une question de santé publique et plus particulièrement de nutrition	Circulaire Jospin annonçant la mise en place du PNNS (1)
6	28 janvier 2002 6 novembre 2008	La mauvaise passe des industries pharmaceutiques sous contrôle	Baisse des ventes du Xenical et de la rentabilité des « business model » de l'industrie pharmaceutique
7	27 mai 2002 En cours	Les associations investissent le local	L'association Famille de France développe ses programmes "fruits à la récré"
8	3 septembre 2002 12 décembre 2005	La chirurgie au secours de l'obésité morbide et de l'échec	La CNAM enquête sur les traitements chirurgicaux de l'obésité
9	26 mai 2004 En cours	L'obésité comme souffrance avant tout psychologique	Une psychologue clinicienne s'exprime au sujet de l'obésité
10	14 juin 2004 En cours	L'obésité : un business pour les professionnels de santé	Opération EPODE (Pr. Borys) lancée en partenariat avec le Min. santé et de le MEN
11	16 juillet 2004 En cours	Les agriculteurs et l'agriculture se positionne sur la question de l'offre alimentaire	la FNSEA prend position sur les débats concernant la loi de santé publique et la prise en charge de l'obésité
12	12 mai 2005 En cours	L'obésité : une maladie multifactorielle à prendre en charge de façon pluridisciplinaire	Communication commune de Basdevant et Chevallier sur la question de l'obésité
13	23 janvier 2009 janvier 2012	Les médicaments sans ordonnances	Un nouveau médicament sans ordonnance sera disponible sur le marché : Alli

Annexe n°3 : Liste des patronymes cités au sein des articles de presse

Patronymes	Argumentaires à propos de l'obésité, de sa prévention ou de sa prise en charge	Eléments contextuels et contre-argumentaires
(146) Bachelot R.	<p>AFP / date:04/02/2008 : « Mme Bachelot a relevé que la politique de prévention " porte quelques fruits ", avec " un ralentissement " de la progression de l'obésité chez les enfants " [...] " On ne peut pas s'en contenter ", a commenté Mme Bachelot, estimant que les taux de surpoids et d'obésité ne sont " pas acceptables ", d'autant qu'ils restent plus marqués chez les enfants issus de milieux défavorisés [...] " Je vais dans un premier temps faire appel au sens de l'autodiscipline ", a indiqué Mme Bachelot qui attend des " engagements volontaires " des professionnels [...] Mais on peut craindre, a noté Mme Bachelot, que si les enfants ont mémorisé le message sanitaire, ils aient aussi mémorisé le message publicitaire. »</p> <p>Le Parisien / date:05/02/2008 : « " En cas d'échec de cette phase volontariste, qui sera évaluée en mai, je proposerai des mesures législatives d'interdiction ", a souligné Roselyne Bachelot. »</p> <p>AFP / date:23/04/2008 : « Pour la ministre de la Santé Roselyne Bachelot, la question " qu'est-ce qu'on mange ? ", thème de cette journée, " s'entend différemment suivant que l'on est riche ou bien pauvre, libre de choisir ou bien contraint de manger ce que l'on peut ". Mme Bachelot a déploré le fait qu'en France " les chiffres de prévalence du surpoids et de l'obésité ne sont pas bons " car " 32,4 % des adultes français sont en surpoids et 16,9 % sont obèses ". Aussi Mme Bachelot a rappelé qu'elle venait de mettre en place, avec les ministères de l'Agriculture et de la Consommation, un observatoire chargé de suivre la qualité de l'offre alimentaire (Oquali). Ce nouvel outil permettra aux Français de mieux gérer leur alimentation", a souligné Mme Bachelot. »</p> <p>AFP / date:29/05/2008 : « La position de la ministre de la Santé Roselyne Bachelot est que l'obésité infantile " est un véritable problème de santé publique " »</p> <p>LePoint.fr / date:30/09/2008 : « Pas moins de trois ministres ont écarté l'idée de taxer davantage la " malbouffe ". La ministre de la Santé Roselyne Bachelot, qui a reconnu que la démarche était " intéressante ", a toutefois balayé la proposition : " Nous sommes dans une période difficile sur le plan économique et taxer un certain nombre de produits reviendrait à taxer les plus faibles. »</p> <p>AFP / date:12/11/2008 : « Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, et Xavier Darcos, ministre de l'Education, se sont rendus mercredi au stade de France (Seine-Saint-Denis) où étaient réunis plus de 3000 collégiens de toute la France, pour le lancement d'un programme de prévention de l'obésité. Le programme, intitulé " bouge... une priorité pour ta santé ", campagne de lutte contre la sédentarité des</p>	<p>Le Progrès / date:05/12/2007 : « Dans une lettre ouverte au ministre de la Santé et de la Jeunesse, Roselyne Bachelot, le collectif " Obésité : protégeons nos enfants" demande au gouvernement d'agir en vue de l'adoption d' " une loi de prévention de l'obésité infantile ". » (présent dans huit articles fin 2007, début 2008).</p> <p>AFP / date:04/02/2008 : Réponse de Jérôme Bédier (président de la Fédération des entreprises du commerce et de la distribution) -> « "Dans notre secteur, 84% des références alimentaires devant les caisses sont sans sucre. Il n'y a pas de menace pour la santé publique qui soit liée aux devant de caisse", a fait valoir M. Bédier à l'AFP, en réaction à une proposition lundi de la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, de retirer les confiseries et sucreries devant les caisses des hypermarchés et supermarchés. »</p> <p>AFP / date:25/04/2008 : « Quelque 150 personnalités du monde médical et scientifique ont décidé de soutenir l'initiative de Roselyne Bachelot visant à encadrer la publicité pendant les programmes TV pour enfants, dans une lettre ouverte au ministre de la Santé. »</p> <p>AFP / date:30/06/2008 : Vingt-deux associations, dont l'UFC-Que Choisir -> « "Nous, personnes souffrant d'obésité, de surpoids ou de diabète, parents d'élèves, familles, enseignants, responsables de restauration scolaire ou collective, maîtres cuisiniers, mutualistes, consommateurs, interpellons le ministère de la Culture pour lui demander de cesser ses entraves à la mise en place des mesures de protection des enfants annoncées par Roselyne Bachelot " »</p> <p>LePoint.fr / date:03/07/2008 : « Bachelot se heurte à un mur qui n'est pas fait de sucre : Christine Albanel, la timide, sort ses griffes pour défendre les producteurs de dessins animés, une industrie où la France s'est brillamment illustrée : 300 heures d'œuvres produites pour la télé par an, une filière de 2.500 personnes (sans compter les talents français partis à l'étranger). »</p>

<p>jeunes et de prévention de l'obésité pour les jeunes de 11 à 14 ans, a été lancé mercredi au stade de France par la Mutualité française et l'Union nationale du sport scolaire (UNSS), aux côtés des deux ministres. Il faut que "notre politique de santé soit plus préventive" car "aujourd'hui, 17% des Français souffrent de surpoids" et "3,5 % d'obésité", a rappelé Roselyne Bachelot, avant d'ajouter que "ce sont les jeunes les plus défavorisés qui souffrent de ces difficultés".</p> <p>Le Midi Libre / date:18/02/2009 : « Télévision contre obésité. Le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) et les professionnels de la télévision et de la publicité vont signer aujourd'hui une charte " pour promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision". La charte sera signée en présence des ministres de la Santé Roselyne Bachelot et de la Culture Christine Albanel. »</p> <p>Reuters / date:06/05/2009 : « La ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, a appelé mercredi à faire preuve de " précaution " dans l'utilisation de la pilule Alli, au jour de la mise en vente en pharmacie sans ordonnance de ce médicament contre le surpoids [...]" Je veux redire tout simplement que si on cherche à perdre du poids, il y a une bonne façon, c'est évidemment de réduire sa ration alimentaire et de faire de l'exercice, c'est beaucoup plus efficace que de prendre ce médicament ", a-t-elle ajouté. »</p> <p>L'Indépendant / date:12/05/2009 : « Hier, en lançant NutriNet Santé, Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, a rappelé que " les déséquilibres nutritionnels représentent l'un des principaux facteurs, à moyen et long terme, de nombreux problèmes de santé ". »</p> <p>AFP / date:06/05/2010 : « Faisant le bilan jeudi des PNNS (Programme national nutrition santé), dont le deuxième (2006-2010) vient à échéance cette année, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, s'est félicitée que la politique nutritionnelle française puisse être considérée dans le monde comme " un exemple ". Elle a évoqué " de vrais infléchissements " [...]. »</p>	<p>Les Echos / date:05/08/2008 : « Dans un rapport remis à Eric Woerth et à Roselyne Bachelot, l'Igas et l'IGF préconisent une taxe sur les boissons sucrées, un relèvement des droits sur l'alcool et une hausse de TVA sur certains aliments, afin de lutter contre l'obésité. »</p> <p>La Charente Libre / date:06/08/2008 : Jacques Guyon (membre du directoire du journal) -> « Car après s'être attaqués au fléau du tabagisme, avoir planté quelques banderilles pour terrasser celui de l'alcoolisme, nos chers gouvernants ont décidé de nous sauver du nouveau péril qui nous menace : l'obésité ! Car même si - comme l'indique l'OCDE - la France compte en proportion trois fois moins d'obèses que les Etats-Unis et deux fois moins que la Grande-Bretagne, la statistique - cruelle... - vient nous rappeler l'exemple coréen : ce merveilleux pays est en effet le mieux placé des pays industrialisés sur la balance. Il fallait donc réagir ! D'où ce rapport mijoté par l'Inspection générale des affaires sociales et... l'Inspection générale des finances. Et c'est là que d'un coup on sent comme un arrière-goût pas très catholique dans cette volonté de nous protéger contre ce qu'on nous présente comme nos mauvaises habitudes alimentaires... Car que Roselyne Bachelot soit destinataire du rapport en tant que ministre de la Santé, laquelle a en même temps le souci d'équilibrer les comptes de la Sécu et donc de limiter l'impact des maladies liées à l'excès de poids, on peut encore l'admettre, même si cet hygiénisme étatique est aliénant et parfaitement déresponsabilisant. Mais qu'Eric Woerth et Bercy se penchent avec autant d'appétit sur nos comportements alimentaires, voilà qui ne peut qu'alerter. Même les esprits les moins retors auront en effet flairé que derrière le faux nez de la santé publique se cache une mine pour faire rentrer de l'argent dans les caisses (vides...) de l'Etat. »</p> <p>L'Est Républicain / date:01/10/2008 : « Tout récemment, la députée UMP Valérie Boyer a présenté un document proposant de moduler la fiscalité des aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle. »</p> <p>Le Monde.fr / date:18/02/2009 : « Olivier Andrault, chargé de mission nutrition à l'UFC-Que Choisir, estime qu'il s'agit d'un "contre-feu", et continuera d'exiger une réglementation plus contraignante. Pour Marisol Touraine, député PS, la</p>
--	--

		<p>responsabilité en revient à Roselyne Bachelot : " Il est particulièrement choquant que, pour contourner la volonté des députés [...] la ministre ait décidé précipitamment de prendre des mesures destinées à maintenir la publicité pour les produits en cause ". »</p> <p>Les Echos / date:24/02/2010 : « Au début, il n'y a eu qu'un mot, celui d' " alimentation ", dont Bruno Le Maire a obtenu qu'il soit ajouté à l'intitulé de ses attributions lorsqu'il a été nommé, en juin 2009, ministre de l'Agriculture et de la Pêche [...] Ce n'est certes pas la première fois que l'alimentation est une compétence du ministre de l'Agriculture, mais c'est la première fois que celui-ci devient "le" coordinateur gouvernemental d'initiatives jusque-là éclatées, partagées avec la Santé (qui veille à celle du consommateur), la Concurrence (qui surveille les prix), l'Environnement (qui défend une alimentation écologique). Au début, la manœuvre a fait grincer quelques dents mais, observe Bruno Le Maire, "il n'y a pas de politique publique sans pilote unique". Illustration visible de cette prise en mains, le ministre présentera, au printemps, en parallèle à sa loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche, le premier programme national de l'alimentation, prévu pour la période 2011-2014. Un programme dans lequel est censé s'insérer le futur programme nutrition-santé, élaboré par le ministère de Roselyne Bachelot - l'actuel arrivant à échéance cette année. »</p> <p>AFP / date:06/05/2010 : « Quant à l'activité physique, si Mme Bachelot peut se réjouir que 2 Français sur 3 la pratiquent de façon modérée 30 mn par jour, elle est selon l'Igas en baisse depuis 2002. »</p>
(98) Basdevant A.	<p>AFP / date:12/12/2005 : « Si la prise de poids est initialement surtout liée au mode de vie (sédentarité, alimentation...), l'obésité devient à partir d'un certain stade " une pathologie du tissu adipeux ", selon le Pr Arnaud Basdevant, chef du service de nutrition à l'hôpital parisien de l'Hôtel-Dieu. »</p> <p>Le Figaro / date:13/12/2005 : « Et ils (les personnes atteintes d'obésité massive) sont à l'origine de très graves complications, hypertension, infarctus, mort subite, apnée du sommeil, diabète, cancer, souligne le Pr Arnaud Basdevant, chef du service de nutrition à l'hôpital Hôtel-Dieu (Paris). »</p> <p>Le Monde / date:20/01/2006 : « Si les prédispositions génétiques jouent un rôle, " elles ne permettent pas d'expliquer la spectaculaire progression de la prévalence de cette maladie, qui est avant tout environnementale et comportementale ", indique</p>	<p>Le Monde / date:28/01/2010 : « La semaine dernière sur Internet, dans l'un de ses éditos vidéo intitulé " Obésité, à qui la faute ? ", le directeur de la rédaction de L'Express a livré son diagnostic. Selon M. Barbier, Air France " a raison " d'envisager de faire payer deux places aux obèses. Pourquoi ? Parce qu' il faut distinguer dans notre vie collective ceux qui sont 100 % victimes d'un handicap et ceux qui peuvent avoir une part de responsabilité. Il y a des obèses qui le sont à leur corps défendant. C'est génétique, c'est une maladie. Ils ne peuvent pas faire autrement. Et puis il y a ceux qui paient le prix de comportements déréglés. D'un manque de volonté, d'un</p>

<p>Arnaud Basdevant, chef du service de nutrition de l'Hôtel-Dieu à Paris. » « Derrière les chiffres de l'obésité se cachent en effet de fortes disparités sociales [...] 6,5 % des enfants de cadres et de professions libérales ont un problème de surpoids contre 23 % des enfants d'ouvriers et de chômeurs », relève le professeur Basdevant. »</p> <p>Sud-Ouest / date:02/03/2006 : « La responsabilisation ne doit pas se limiter à celle des patients et de leurs familles : la société, elle-même, doit se remettre en cause, c'était la première conclusion du professeur Arnaud Basdevant, spécialiste de la nutrition, à la remise du rapport Obepi. »</p> <p>L'Express / date:30/03/2006 : « Il y a trente ans, on pensait qu'elle était réservée aux Etats-Unis. Depuis, il a bien fallu se rendre à l'évidence : elle a autant progressé en Europe et même dans le tiers-monde, à commencer par la Chine », observe Arnaud Basdevant, chef du service de nutrition de l'Hôtel-Dieu, à Paris. »</p> <p>Le Figaro / date:13/05/2006 : « Cette "maladie du développement économique", selon la formule du Pr Arnaud Basdevant, est avant tout liée à l'évolution de nos modes de vie : " L'hérédité explique les prédispositions individuelles de l'obésité, mais les habitudes culturelles et familiales sont déterminantes, souligne-t-il. »</p> <p>Le Figaro / date:20/07/2006 : « Certes, " le pire n'est jamais sûr " (à propos de la plausibilité d'un scénario à l'américaine concernant l'obésité), dit Arnaud Basdevant, un des meilleurs experts français sur ce dossier, mais il n'est pas franchement optimiste pour le futur. »</p> <p>AFP / date:18/09/2006 : « " L'enquête ObEpi 2006 chiffre l'effet générationnel ", commente auprès de l'AFP le Pr Arnaud Basdevant, spécialiste de la nutrition (Hôtel Dieu, Paris) qui a coordonné l'étude avec le Dr Marie-Aline Charles, épidémiologiste (Inserm). » « Le système de santé doit s'attendre à accueillir de plus en plus d'obésités graves, y compris parmi les plus de 65 ans ", avertit le Pr Basdevant. » « Un obèse a dix fois plus de risque d'être traité pour trois facteurs de risques vasculaires (diabète, hypertension, anomalies des graisses du sang...) qu'une personne de poids normal ", rappelle le Pr Basdevant. »</p> <p>Le Midi Libre / date:19/09/2006 : « " Toutes les générations sont touchées, mais on devient obèse de plus en plus tôt, ce qui fait craindre des conséquences plus importantes et plus précoces pour les jeunes générations ", explique le Pr Arnaud Basdevant, spécialiste de la nutrition (Hôtel Dieu, Paris) qui a coordonné l'étude avec le Dr Marie-Aline Charles, épidémiologiste (Inserm). »</p> <p>Le Parisien / date:19/09/2006 : " On a vu le même phénomène se produire aux Etats-Unis", explique le professeur Arnaud Basdevant, chef du service nutrition de l'Hôtel-Dieu à Paris. " Là-bas, les Wasp, la population blanche, riche, maîtrise de mieux en mieux son poids, tandis que l'obésité augmente chez les plus pauvres, les Noirs, les Latinos. » « L'obésité morbide, celle qui met le plus en danger la santé des patients, continue de progresser, pour atteindre 0,8 % de la population. " Cela</p>	<p>manque de violence qu'on se fait à soi-même pour que son personnage, son corps, ne crée pas des problèmes à la collectivité, notamment dans les transports en commun. " Il admet juste que " ce n'est pas évident de distinguer l'obésité subie de l'obésité dont on est responsable ". Mais il n'en démord pas : " Il faut que la société regarde en face ce qui relève de l'état de victime - on a subi quelque chose et la société est solidaire - et ce qui relève de l'état de responsable - on n'a pas su, par manque de volonté, par dérégulation de son régime alimentaire, échapper à cette fatalité. " Tu te laisses aller, c'est bien fait pour toi ! Ah, comme tout serait plus simple si tout le monde avait un poids et une taille moyens ! Ras le bol de ces gros et ces grosses qui prennent trop de place alors que - c'est bien connu, c'est si facile - un petit régime et un peu de sport suffisent. »</p>
--	---

veut dire que vous avez quand même en France, aujourd'hui, 400000 personnes qui, pour une taille moyenne de 1,65 m ou 1,70 m, pèsent entre 110 kg et 120 kg, poursuit Arnaud Basdevant. »

La Croix / date:19/09/2006 : " Au cours des trois dernières années, on peut constater une ébauche de ralentissement de l'augmentation de l'obésité. De plus, pour la première fois en neuf ans, la fréquence du surpoids, c'est-à-dire des gens ayant un embonpoint tel qu'on le définit au moyen de " l'indice de masse corporelle ", reste stable (1) ", explique Arnaud Basdevant, professeur de nutrition à l'Hôtel-Dieu (université de Paris VI et Inserm), un des deux copilotes de l'enquête ObEpi menée tous les trois ans par les laboratoires Roche. »

AP French Worldstream / date:19/09/2006 : « "Ce qui nous préoccupe en tant que médecins, c'est l'augmentation des formes les plus graves de l'obésité, qui concernent 300000 à 400000 personnes ", a souligné le Pr Basdevant mardi sur France Inter, à l'occasion de l'annonce des résultats de l'enquête ObEpi 2006, une enquête sur l'obésité menée tous les trois ans en France depuis 1997. » « Sans exclure totalement les "facteurs biologiques", le Pr Basdevant a estimé que " les personnes en grande difficulté sociale " étaient " particulièrement atteintes ". » « " L'obésité est une situation qui retentit d'ores et déjà sur la santé et qui aura des conséquences à long terme ", a souligné Arnaud Basdevant. »

La Tribune / date:21/09/2006 : « Pour le professeur Arnaud Basdevant, chef du service nutrition à l'hôpital parisien de l'Hôtel-Dieu, " les causes sont multifactorielles. Il y a certes les facteurs propres à l'individu : capacité d'un jeune à pratiquer une activité physique, habitudes familiales, conditions socio-économiques, susceptibilité génétique... Mais, plus fondamentalement, il y a eu une modification dans le rapport à la consommation. Les personnes en grande difficulté pour qui l'alimentation représente un poste important dans les dépenses sont contraintes économiquement à des choix alimentaires à forte densité calorique ", estime ce spécialiste. »

Les Echos / date:22/09/2006 : « Pour le professeur Arnaud Basdevant, responsable du service de nutrition à l'Hôtel-Dieu à Paris, l'épidémie de surpoids qui s'étend en France est en passe de devenir un sérieux problème de santé publique. » « " Six centres spécifiques ont été créés dans la région parisienne pour prendre en charge les obésités morbides. Mais certains malades ne peuvent toujours pas accéder à l'imagerie médicale, faute de machines adaptées ", indique Arnaud Basdevant.»

« Trois pathologies principales sont associées au poids : les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle. " Mais il y a également un risque majoré pour les cancers et nous rencontrons de très nombreux problèmes articulaires ", ajoute Arnaud Basdevant. » « " Il faudra lancer une enquête spécifique à ces populations (les plus de 65 ans) " plaide Arnaud Basdevant. »

Les Echos / date:25/04/2007 : « Selon ce chercheur, il existerait au moins 200 mutations génétiques responsables d'une susceptibilité génétique variable selon les individus. Mais, pour Arnaud Basdevant, les troubles de la nutrition sont plus un " enjeu sociétal que médical ". »

La Croix / date:29/05/2007 : « " Jusqu'à présent, on disposait de deux médicaments contre l'obésité, ce qui est très peu. L'arrivée d'un nouveau produit est donc intéressante car cela élargit notre éventail thérapeutique ", explique le professeur Arnaud Basdevant, chef du service de nutrition de l'Hôtel-Dieu à Paris. »

Agence Europe / date:23/10/2007 : « Lors d'une session consacrée aux traitements, présidée par le démocrate-chrétien grec Antonios Trakatellis, le chef du département Médecine et nutrition à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris, Arnaud Basdevant, a rappelé que ce n'est qu'en 1997 que l'OMS a reconnu l'obésité comme une maladie. Auparavant, elle était considérée seulement comme un facteur de risque. Il a appelé à " lutter contre l'obésité, pas contre les obèses ", en expliquant qu'il s'agit d'une maladie initiée par des comportements et l'environnement qui devient une maladie organique, avec l'altération des tissus adipeux qui rend son traitement de plus en plus difficile. » « C'est aussi " une maladie à forte détermination psychologique et sociale ", avec un risque élevé de stigmatisation et de discrimination. S'il est justifié de parler activité physique et alimentation, il y a beaucoup d'autres facteurs qui conduisent à la surcharge pondérale et à l'obésité, souligne Arnaud Basdevant. »

AFP / date:08/11/2007 : « Contrairement à d'autres maladies (hypertension, diabète...), elle n'est pas définie seulement quantitativement, mais " soumise à un jugement moral ", a dit M. Basdevant, soulignant que " la discrimination est partout, y compris dans le système de soins ". » « Pour M. Basdevant, l'indice de masse corporelle (IMC, rapport poids/taille utilisé pour déterminer obésité et surpoids) a des " limites ", car il ne prend pas en compte la masse grasse. »

AFP / date:23/04/2008 : « Toutefois, les spécialistes réunis à Marseille ont mis en garde contre un recours " miracle " à la chirurgie pour l'obésité massive. " Ce n'est pas l'acte chirurgical qui guérit de l'obésité mais un processus d'ensemble ", a souligné le professeur Basdevant, rappelant aussi que ces opérations présentent un taux de 0,25 % de mortalité post-opératoire. " Cela fait deux malades sur 1000 qui vont mourir juste après l'opération, ce n'est pas négligeable ", a-t-il indiqué. Des vomissements ou saignements peuvent également suivre l'intervention. »

La Croix / date:19/06/2008 : « Ce livre (du Pr. Tounian, « Obésité infantile, on fait fausse route ! »), autant le dire, suscite un certain malaise chez d'autres spécialistes de l'obésité. " Dire qu'il existe une prédisposition génétique à l'obésité, ce n'est quand même pas une grande découverte ", estime le professeur Arnaud Basdevant, responsable du pôle d'endocrinologie de la Pitié-Salpêtrière à Paris. »

Le Figaro / date:30/09/2008 : " Aujourd'hui, un grand nombre de personnes obèses sont dans l'errance thérapeutique, les malades ne savent pas où aller, explique le professeur Arnaud Basdevant, un des meilleurs experts français en la matière. " Il faut développer des réseaux de soins qui existent en pédiatrie pour l'obésité de l'enfant, mais pas vraiment pour les adultes ", soutient le Pr Basdevant. »

Le Monde / date:07/02/2009 : « " C'est la première fois qu'un médicament contre le surpoids et l'obésité se retrouve en vente libre ", constate, sans inquiétude particulière, le professeur Arnaud Basdevant, chef du service de nutrition à l'hôpital parisien de la Pitié-Salpêtrière. " [...] C'est un médicament efficace par ses effets secondaires ", explique le professeur Basdevant. [...] Je n'ai jamais vu personne en abuser ", résume le professeur Basdevant. [...] Mais l'utilisation occasionnelle n'est pas risquée ", estime le professeur Basdevant. »

AFP / date:29/05/2009 : « Le Pr Arnaud Basdevant, responsable du pôle d'endocrinologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et auteur d'un rapport sur l'amélioration de la prise en charge des personnes obèses, a insisté lors de la journée sur le caractère " extrêmement hétérogène " de l'obésité à laquelle on doit selon lui répondre " au cas par cas ". »

Le Monde / date:19/11/2009 : « " Le problème n'est pas aux messages, ni aux mesures, qui sont connues, il est à l'application. Il faut agir sur trois niveaux : l'individu, l'environnement (la famille, l'école, la cantine, les entreprises), et le niveau sociétal. Dans tous les cas, je suis pour une politique de facilitation ", souligne le professeur Arnaud Basdevant, chef du service de diabétologie, endocrinologie et nutrition à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière. »

Le Monde / date:21/11/2009 : « En matière d'obésité, " la France ne s'en tire pas si mal ", a assuré, au cours d'un chat, jeudi 19 novembre, Arnaud Basdevant, chef du service de diabétologie, endocrinologie et nutrition à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris. " La fréquence de l'obésité en France est à 14 %, en Angleterre elle est de 27 %, et, aux Etats-Unis, à plus de 30 %. Donc pour l'instant, pas de dramatisation ", a-t-il souligné, avant d'expliquer que " ce qui nous préoccupe, c'est la pente d'évolution ". »

Le Monde / date:12/01/2010 : « " Alli n'est efficace que si l'apport en graisses est limité et s'il est associé à une activité physique ", rappelle Arnaud Basdevant, responsable du pôle nutrition à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. »

Le Monde / date:28/01/2010 : « " Tu te laisses aller, c'est bien fait pour toi ! Ah, comme tout serait plus simple si tout le monde avait un poids et une taille moyens ! Ras le bol de ces gros et ces grosses qui prennent trop de place alors que - c'est bien connu, c'est si facile - un petit régime et un peu de sport suffisent. Cet édito (de Christophe Barbier, directeur de la rédaction de l'express) désespère les endocrinologues et les spécialistes de la nutrition, qui sont, chaque jour, confrontés

	<p>à la souffrance de ces personnes en surpoids. " C'est consternant et insupportable d'entendre cela, résume le professeur Arnaud Basdevant. »</p> <p>L'Express / date:18/02/2010 : « " Les injonctions, c'est bien, mais donner des moyens pour les mettre en pratique, c'est mieux, souligne le Pr Arnaud Basdevant, chef du service de nutrition à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris. »</p> <p>Le Figaro / date:29/03/2010 : « On sait que 150 minutes d'exercice par semaine régulièrement ne permettent d'éliminer que 2 à 3 % de son poids, explique le professeur Arnaud Basdevant (hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris). Mais, selon un nombre croissant d'études, la reprise d'une activité physique régulière est un facteur déterminant dans le maintien de la perte de poids. [...] Dans le service du Pr Basdevant à la Pitié-Salpêtrière, l'exercice physique est au centre de la lutte contre l'obésité. « Nous avons créé un atelier d'activité physique avec des associations sportives, basé sur des initiations adaptées aux conditions articulaires, respiratoires, métaboliques de chacun, précise le Pr Basdevant. »</p>	
(66) Boyer V.	<p>Le Monde.fr / date:29/09/2008 : « La prise en charge de l'obésité, facteur de risque majeur pour les maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète), coûte entre 10 et 15 milliards d'euros chaque année à l'Assurance-Maladie, souligne Valérie Boyer, présidente de la mission parlementaire. » « Dans une interview au Parisien-Aujourd'hui en France daté du 29 septembre, Valérie Boyer explique qu'" une pomme devrait être moins taxée qu'un snack. Or, aujourd'hui, ces deux produits sont taxés à 5,5 %. Il faudrait augmenter la TVA sur certains produits comme les barres chocolatées et la faire baisser sur d'autres, comme les fruits et légumes ". Pour la députée, qui envisage même la suppression de la TVA pour les fruits et légumes, " il faut d'abord se mettre d'accord sur les outils scientifiques qui permettront de définir la qualité nutritionnelle des aliments ". Pour Valérie Boyer, l'objectif n'est pas d'imposer des interdits, mais d' " apprendre aux Français à maîtriser leur apport calorique et à le gérer par rapport à leur activité physique ". La députée n'entend pas " stigmatiser l'industrie agroalimentaire ", mais " accompagner les industriels pour qu'ils proposent des produits qui soient positifs pour la santé ". »</p> <p>AFP / date:29/09/2008 : « La mission parlementaire d'information sur la prévention de l'obésité, dont la présidente Valérie Boyer souhaite faire une " grande cause nationale ", va rendre publiques mardi ses conclusions et présenter 80 propositions pour répondre à ce " véritable problème de société ". [...] La lutte contre l'obésité " est bien plus qu'un enjeu de santé publique, c'est un véritable problème de société ", a expliqué Mme Boyer. [...] Mme Boyer a également pris position en faveur d'une modulation des taxes sur les produits alimentaires, tout en reconnaissant que " c'est compliqué à mettre en oeuvre ". »</p> <p>Le Monde.fr / date:30/09/2008 : interview de Valérie Boyer -> lire le texte pour en</p>	<p>La Tribune / date:12/09/2008 : « Valérie Boyer est députée UMP des Bouches-du-Rhône, chargée d'une mission d'information sur la prévention de l'obésité. La députée UMP Valérie Boyer prépare un rapport sur la prévention de l'obésité pour la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale. »</p> <p>Reuters / date:28/09/2008 : « Le passage de 5,5 % à 19,6 % de la TVA sur les produits gras et sucrés, dans le but de lutter contre l'obésité, est proposée par une mission d'information parlementaire, a confirmé dans des médias l'UMP Valérie Boyer, sa présidente. » « La mission parlementaire évalue l'impact de l'obésité à environ 8% des dépenses de santé, dit Le Parisien, citant le rapport Boyer. »</p> <p>Le Monde.fr / date:29/09/2008 : « La veille, sur, le ministre du travail, Xavier Bertrand, s'était dit hostile à une telle mesure : " Je n'y suis pas favorable, parce que vous savez ce qui se passerait ? Cela augmenterait les prix, et je ne suis pas sûr que ça change les comportements. " »</p> <p>AFP / date:30/09/2008 : « Le rapport de la mission parlementaire qu'elle préside avait été sévèrement critiqué par les industriels de l'alimentation, qui ont refusé son idée d'augmenter la TVA sur les aliments trop gras, trop salés ou trop sucrés. »</p> <p>Reuters / date:10/03/2009 : « Les députés ont adopté un amendement de Valerie Boyer (UMP), qui étend l'utilisation des</p>

<p>saisir les arguments.</p> <p>L'Indépendant / date:30/09/2008 : « Pour Valérie Boyer " En faire une grande cause nationale peut être l'occasion de mettre en place pour la première fois un plan national de prévention contre un risque majeur de nombreuses pathologies ", a indiqué la députée, ajoutant que " cela doit être aussi l'occasion d'améliorer la lutte contre les discriminations faites aux personnes obèses ". » « " On ne peut prêcher le message de la diversité nutritionnelle pour la préservation du capital santé et interdire certains produits ". " Il faut apprendre aux Français à maîtriser leur apport calorique et à le gérer par rapport à leur activité physique ", a-t-elle expliqué, soulignant que " la sédentarité est au moins aussi responsable de l'obésité que la mauvaise alimentation ". » « Les élus souhaitent aussi la création d'un nouveau métier dans la grande distribution, celui de " conseiller nutritionnel " dont la fonction serait de renseigner les clients. Ils proposent aussi d'enregistrer sur le carnet de santé des enfants, lors de chaque visite médicale, le poids, la taille et l'indice de masse corporelle (IMC), car il n'est pas meilleure solution pour lutter " contre une épidémie extrêmement grave ", de l'avis même de Valérie Boyer, que la prévention. »</p> <p>Le Figaro / date:30/09/2008 : « " LA PRISE en charge des personnes obèses dans l'ensemble du système de santé, en ville comme à l'hôpital, est déficiente. " C'est l'un des constats du rapport de la mission parlementaire d'information sur la prévention de l'obésité présidée par Valérie Boyer, député UMP des Bouches-du-Rhône. »</p> <p>AFP / date:30/09/2008 : « La députée UMP Valérie Boyer (Bouches-du-Rhône) s'est efforcée mardi de mettre un terme à la polémique suscitée par son rapport sur l'obésité en affirmant qu'il avait été mal lu et que l'augmentation et la diminution des taxes sur les aliments devaient se faire à somme nulle. » « " Je comprends leur réaction, une mesure prise au hasard ça n'a pas de sens ", a dit Mme Boyer. » « " Pas de taxe sans détaxe ", a martelé Mme Boyer devant la presse, soulignant que les modifications de taux que préconise le rapport devaient se faire " dans une enveloppe fermée ", et donc sans augmentation pour le consommateur qui choisirait d'acheter davantage d'aliments bons pour la santé et moins des autres. » « " Les femmes sont plus touchées car elles sont plus pauvres ", selon Mme Boyer, qui a souligné que le surpoids et l'obésité coûtaient à l'assurance maladie entre 10 et 15 milliards d'euros. »</p> <p>Le Midi Libre / date:01/10/2008 : « Valérie Boyer : " La sédentarité est au moins aussi responsable de l'obésité que la mauvaise alimentation ". »</p> <p>AFP / date:29/05/2009 : « Mais pour la députée Valérie Boyer, " on ne peut s'en tenir uniquement au domaine du sanitaire ", puisque la carte de l'obésité recouvre souvent celle de la précarité. »</p>	<p>tickets-restaurant à l'achat de fruits et légumes auprès des détaillants. En revanche, à la demande de Roselyne Bachelot, la ministre de la Santé, plusieurs amendements de Valérie Boyer relatifs à la lutte contre l'obésité ont été rejetés après de longs débats, même s'il est acté que " la prévention de l'obésité et du surpoids est une priorité de la politique de santé publique ".</p>
--	---

	<p>Le Monde / date:09/08/2009 : « Pour donner envie de se resservir, accoler à un breuvage les termes " saveur délicieuse " sera donc plus efficace que la simple description " bouillon de légumes ". Un constat exploité depuis longtemps par les industriels, et qui, désormais validé par la science, pourrait inspirer les pouvoirs publics. " Pour mieux prévenir l'obésité, on pourrait par exemple imposer une présentation publicitaire " neutre " pour les aliments les plus caloriques, suggère M. Oullier. Ou encore parler en termes appétissants des fruits et légumes, afin de mieux convaincre les consommateurs d'en manger cinq par jour. " L'idée semble faire son chemin : dans son rapport parlementaire sur l'obésité présenté le 30 septembre 2008, la députée Valérie Boyer (UMP, Bouches-du-Rhône) a proposé, pour la première fois en France, de tenir compte des apports des sciences du cerveau dans la définition des stratégies de détection et de lutte contre le surpoids. »</p>	
(55) Dehecq JF.	<p>Le Monde / date:26/05/2007 : « L'autorisation donnée à des grossistes d'acheter moins cher les médicaments en Grèce pour les revendre à un prix plus élevé en Angleterre ou en Allemagne est une faiblesse structurelle, estime Jean-François Dehecq, PDG de Sanofi-Aventis. » [...] « Pour M. Dehecq, le trafic est facilité par la faiblesse de l'arsenal pénal. »</p> <p>La Tribune / date:20/06/2008 : « " De marginale, la contrefaçon de médicaments s'est industrialisée et représente désormais 45 milliards d'euros de chiffre d'affaires dans le monde d'après l'OMS, soit 10 % des ventes du secteur ", s'est indigné Jean-François Dehecq, le président de Sanofi. Ce qui pose davantage de problèmes pour la santé publique qu'un tee-shirt contrefait ", a ironisé Jean-François Dehecq. »</p>	<p>Reuters / date:26/01/2006 : « Sur le terrain des nouvelles molécules, Sanofi jouera aussi une partie de son avenir sur le lancement de l'Acomplia, dont son président Jean-François Dehecq a considéré qu'il pourrait générer à terme un chiffre d'affaires supérieur à trois milliards de dollars par an. »</p> <p>Challenges / date:12/10/2006 : « Jean-François Dehecq Le PDG de Sanofi, persuadé que la molécule pour maigrir a un grand avenir, débloque les fonds pour lancer essais cliniques et dépôt de brevets dans le monde entier. Et il se met à rêver d'Amérique. »</p>
(45) Joyeux H.	<p>L'Indépendant / date:04/03/2009 : « Un des slogans du professeur Joyeux est de " remplir nos restos pour vider nos hostos ". »</p>	<p>Le Progrès / date:24/03/2006 : « Invité de l'UDAF, le cancérologue, Henri Joyeux, animera une conférence aujourd'hui à Juraparc Professeur de cancérologie et de chirurgie digestive à la faculté de médecine de Montpellier, Henri Joyeux, président du groupement Familles de France, anime ce soir une conférence-débat à Lons-le-Saunier sur le thème " Nutrition et prévention des maladies de civilisation ". »</p> <p>Le Midi Libre / date:09/11/2007 : « Le professeur Henri Joyeux est le président national de Familles de France, mais il est aussi un cancérologue réputé. Et c'est à ce titre qu'il viendra parler de ces véritables maladies de civilisation que sont le cancer, bien sûr, mais aussi l'obésité, le diabète et les maladies auto-immunes. »</p> <p>Le Midi Libre / date:03/11/2008 : « Le professeur Joyeux a en outre écrit de nombreux ouvrages sur l'alimentation et la santé. »</p>
(44) Hercberg S.	<p>Le Monde / date:20/01/2006 : « " Parler de nutrition est devenu politiquement</p>	<p>L'Express / date:30/03/2006 : « Comment enrayer ce</p>

correct alors que, dans les années 1990, c'était considéré comme " une affaire de bonne femme~ ", résume Serge Hercberg, chercheur à l'Inserm et vice-président du comité stratégique du Programme national nutrition santé (PNNS). »

AFP / date:20/03/2006 : « L'obésité particulièrement fréquente parmi les personnes de faible statut socio-économique - elle est deux à trois fois supérieure parmi les femmes défavorisées - semble liée en grande partie au faible coût des aliments les plus caloriques (gras et sucrés), note le BEH. L'étude relève aussi un pourcentage très élevé d'hypertension artérielle. Une très faible proportion des personnes recourant à l'aide alimentaire ont une consommation de fruits et légumes frais, en conserves ou surgelés (1,2 %) et de produits laitiers (9,2 %) conformes aux recommandations. La situation est " très critique ", estiment dans un éditorial les Prs Gilles Brücker, patron de l'Institut de veille sanitaire (InVS), et Serge Hercberg, directeur du Centre de recherche en nutrition humaine d'Ile-de-France. »

Le Monde / date:26/04/2006 : « " LA FRACTURE nutritionnelle se développe en France. Les populations économiquement défavorisées apparaissent particulièrement vulnérables sur le plan nutritionnel, associant un risque élevé d'obésité et de carences alimentaires ", souligne le professeur Hercberg, directeur de recherche à l'Inserm et vice-président du Programme national nutrition santé (PNNS) dans un rapport remis à Xavier Bertrand, ministre de la santé. » « Les campagnes de communication ne suffisent plus, il faut désormais passer à " des actions concrètes ", insiste-t-il : diminuer le prix des fruits et légumes ; signer des " chartes d'engagement " entre le PNNS et les acteurs économiques afin de réduire la teneur en sucres simples, en graisses saturés et en sel des produits alimentaires transformés, qu'ils soient de premiers prix ou de marque ; limiter les opérations de promotion (taille des portions, bonus " gratuits ", bons de réductions, etc.) de ces aliments trop sucrés, trop gras ou trop salés ; interdire le matin avant l'école, le mercredi et le week-end, la diffusion à la télévision des publicités pour des produits alimentaires destinés aux enfants. Afin que les populations défavorisées (allocataires de minima sociaux, titulaires de la CMU) améliorent leur alimentation, le professeur Hercberg recommande également de créer des " chèques fruits et légumes " distribués gratuitement par les Caisses d'allocations familiales. » « Pour financer cette mesure - qui représente un budget de 500 millions d'euros par an -, le chercheur de l'Inserm avance l'idée d' " un fonds national de la promotion de la nutrition " alimenté en grande partie par une " cotisation obligatoire " des industries agroalimentaires, des grands distributeurs, des sociétés de restauration collective et des sociétés d'édition de jeux vidéo " à hauteur d'environ 0,1 % de leur chiffre d'affaires ". »

La Croix / date:07/09/2006 : « Si le chiffre de cinq fruits ou légumes a été retenu, c'est parce que cela correspond à une consommation de 400 grammes par jour, soit

phénomène ? Le Programme national nutrition-santé (PNNS), lancé en 2001 par l'Etat, avait déjà tracé quelques pistes : interdire les distributeurs de sucreries dans les écoles, mener des campagnes d'information auprès du grand public, recommander aux producteurs de diminuer le taux de sel dans les aliments... Le PNNS 2, qui sera dévoilé, ces prochaines semaines, par le ministre de la Santé, ira plus loin encore, avec une série de mesures concrètes " pour rendre accessibles à tous une alimentation favorable à la santé et une prise en charge efficace de l'obésité ", annonce le Pr Serge Hercberg, directeur de l'unité 557 de l'Inserm et vice-président du comité stratégique du PNNS. »

Le Monde / date:26/04/2006 : « L'Association nationale des industries alimentaires (ANIA) a d'ores et déjà fait connaître, dans un communiqué, son " total désaccord " avec cette mesure " coercitive " qu'elle perçoit comme " une taxe supplémentaire ". L'ANIA y est d'autant plus opposée qu'elle est en passe de créer sa propre fondation privée pour maîtriser " l'information et l'éducation nutritionnelle ". »

Aujourd'hui en France / date:11/05/2009 : « Pour faire avancer la recherche et cibler plus précisément ses messages de prévention, le ministère de la Santé lance aujourd'hui une étude sans précédent, baptisée Nutrinet-santé, que nous vous dévoilons. »

L'Humanité / date:12/05/2009 : « Le professeur Hercberg n'en est pas à sa première expérience sur le sujet. Il était également à l'initiative de l'étude Suvimax, qui était parvenue aux conclusions que les antioxydants, apportés par cinq fruits et légumes par jour, diminuaient les risques de cancer chez 30 % des hommes. »

Relaxnews / date:03/06/2009 : « La nutrition peut influencer la vue de façon importante, affirme le syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF), ce 3 juin. Le syndicat regrette que l'étude NutriNet, lancée par Roselyne Bachelot le 11 mai, et étudiant les relations entre la nutrition et la santé notamment, fasse " l'impasse sur la vue ". »

Le Progrès / date:01/12/2009 : « Charcuterie, lentilles et pommes de terre en Auvergne ; beurre en Normandie, quenelle et saucisson à Lyon, pommes de terre de l'entrée au dessert et

<p>la quantité qui, dans les études, est associée à un moindre risque de cancer ou de maladies cardiovasculaires ", explique le docteur Serge Hercberg, vice-président du comité stratégique du PNNS. »</p> <p><u>Aujourd'hui en France / date:11/05/2009</u> : « " Cette étude nous permettra de disposer à terme de la plus gigantesque base de données au monde sur les rapports entre nutrition et santé, souligne le professeur Serge Hercberg, qui pilote le projet. Mais pour pouvoir identifier de nouveaux facteurs de risques liés à nos modes de vie, comprendre ce qui détermine nos choix alimentaires, être capable de dire si tel aliment et si tel comportement accroissent ou non le risque de mortalité et s'il existe des spécificités régionales, il faut que la population accepte de fournir des informations ", poursuit ce spécialiste de la nutrition. »</p> <p><u>L'Indépendant / date:12/05/2009</u> : « " Voir le rôle des facteurs économiques ou des facteurs régionaux sur la consommation alimentaire, sur les profils alimentaires. On sera capable en moins d'une année d'avoir des informations : de voir la fréquence du surpoids, de l'obésité, voir ce qui les détermine ", ajoute Serge Hercberg. »</p> <p>« Toutes les indications fournies par les " nutrinautes " seront mises à la disposition des équipes de recherche " de manière à permettre de valider des hypothèses ou d'analyser ces données de manière à voir des nouveaux phénomènes, des nouveaux facteurs qui pourraient n'avoir pas encore été démontrés à ce jour et intervenir sur la santé ", ajoute le professeur Hercberg. Les scientifiques pourront donc peut-être expliquer sous peu, pourquoi meurt-on moins de maladies cardio-vasculaires en Ile-de-France qu'ailleurs en France, ou pourquoi y a-t-il plus de cancers en Nord-Pas-de-Calais qu'en Midi-Pyrénées ? " C'est quand même plus facile d'agir sur le contenu de son assiette que sur ses aïeux et sur ses gènes ", conclut le professeur Hercberg. »</p> <p><u>La Croix / date:12/05/2009</u> : « " Les cancers, maladies cardiovasculaires ou l'obésité constituent des problèmes majeurs de santé publique en France, comme dans tout pays industrialisé ", explique le professeur Serge Hercberg, directeur d'une unité Inserm/Inra/Cnam/université Paris 13, qui dirigera le programme avec des chercheurs issus de toutes ces équipes. »</p> <p><u>Le Monde / date:19/11/2009</u> : « " Il existe actuellement des offensives qui visent à discréditer le PNNS. Alors que la communication du PNNS depuis plusieurs années vise à réconcilier santé et plaisir. On communique moins dans le PNNS sur les nutriments que ne le font les industriels quand ils allèguent sur l'intérêt de leur teneur en vitamines ou en oméga 3 des aliments qu'ils commercialisent ", insiste Serge Hercberg, directeur de l'unité de recherche en nutrition à l'Inserm et président du comité de pilotage du PNNS. Certains sont même allés jusqu'à accuser le PNNS de comporter des risques. Tel le Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (GROS), qui rassemble des thérapeutes. " On reste dans un registre</p>	<p>betteraves en Picardie, fromage dans le Jura, foie gras et magrets dans le sud ouest où le gavage des oies n'effraie personne, huile d'olive sur les rivages méditerranéens où la cuisine est sans beurre et sans reproche : les Français restent attachés aux plats traditionnels de leurs régions. Ainsi peuvent être interprétés les résultats de l'étude Nutrinet-Santé (1), lancée il y a six mois sur internet. »</p>
--	---

	<p>d'équilibre nutritionnel nettement moins culpabilisant pour les sujets en surpoids que ne l'est l'image corporelle normative de maigreur véhiculée par les médias féminins et le monde de la mode. Ce qui est grave, c'est l'incitation constante à la consommation de la publicité, répond le docteur Hercberg. Notre approche nutritionnelle semble en partie efficace : six études récentes montrent la stabilisation, voire la réduction de la prévalence de l'obésité chez l'enfant. » « " On n'attend pas des mesurette mais des mesures à la hauteur des enjeux, comme des coupons fruits et légumes gratuits pour les populations les plus défavorisées, un label type " clé verte " - utilisé en Suède - permettant de reconnaître facilement les aliments dont on sait qu'ils sont bénéfiques pour la santé, ou encore une régulation de la publicité télévisuelle visant les enfants ", souligne le M. Hercberg. Dans tous les cas, insiste-t-il, " la politique nutritionnelle doit rester guidée par des enjeux de santé publique et non par des enjeux économiques ". »</p> <p>L'Est Républicain / date:26/11/2009 : « " On peut faire un cadre national (comme le PNNS en est un, NDLR), mais il lui faut des acteurs qui soient ses relais de proximité. On a besoin des municipalités, des associations pour toucher les populations en difficulté, modifier l'urbanisme (pour favoriser l'activité physique et lutter contre la sédentarité, NDLR).Et ça, ce sont les villes qui peuvent le faire ", ajoute Serge Hercberg. » « " L'obésité est devenue un marqueur social ", estime Serge Hercberg, " il existe un vrai problème d'accès aux aliments de bonne qualité nutritionnelle. Se nourrir (correctement, NDLR) est trop cher ", convient le médecin. »</p> <p>Le Progrès / date:01/12/2009 : « Serge Hercberg qui coordonne ce programme, souligne : " On a vraiment une France du beurre et une France de l'huile d'olive qui persiste ". » « Le Pr Hercberg a attiré l'attention sur l'image idéale de minceur véhiculée par les médias et la mode, qu'il a qualifiée d' " inatteignable ". Les résultats de l'étude Nutrinet montrent ainsi que la moitié des femmes pour 42 % des hommes se considèrent comme trop gros. Y compris 30 % des femmes ayant un poids normal. »</p> <p>Le Figaro / date:26/12/2009 : « " Il n'y a pas un fruit ou un légume miracle, chacun peut contenir de multiples substances intéressantes : vitamines, polyphénols, caroténoïde..., insiste le Pr Serge Hercberg, président du comité de pilotage du Plan national nutrition santé (PNNS). C'est la combinaison des aliments qui permet d'avoir une synergie et une complémentarité pour prévenir les cancers, mais aussi les maladies cardiovasculaires... " »</p> <p>Le Monde.fr / date:25/02/2010 : Lutte contre l'obésité : soyons cohérents ! par François Bourdillon, Serge Hercberg -> lire le texte pour plus d'information sur les arguments.</p>	
(28) Charles MA.	Le Monde / date:20/01/2006 : « A l'instar de nombreux autres pays, le	La Croix / date:19/09/2006 : « pour la première fois en neuf ans,

	<p>développement de l'obésité en France " apparaît comme un effet secondaire du développement économique ", souligne Marie-Aline Charles, épidémiologiste à l'Inserm. »</p> <p>L'Express / date:30/03/2006 : « Longtemps épargnée, la France est touchée à son tour, avec 5,4 millions d'obèses, résultat d'une " nette progression amorcée il y a une dizaine d'années ", précise le Dr Marie-Aline Charles, épidémiologiste à l'Inserm. »</p> <p>La Croix / date:19/09/2006 : « " Ce résultat est encourageant et laisse espérer que la sensibilisation de la population et que les diverses actions de prévention qui ont été mises en place seront efficaces ", précise Marie-Aline Charles » « " À un âge donné, les jeunes générations ont un indice de masse corporelle supérieur à celui de leurs aînés au même âge, explique le docteur Marie-Aline Charles. »</p> <p>Enjeux Les Echos / date:01/11/2006 : « Vu l'ampleur de l'épidémie et les finances limitées des pouvoirs publics, certains croient davantage aux mérites de la prévention, un peu sur le modèle des efforts entrepris en matière de cholestérol. Pour Marie-Aline Charles, épidémiologiste à l'Inserm, " la modification de l'environnement est plus prometteuse à l'échelle de la population ". Cela prendra sûrement plusieurs décennies. »</p> <p>Le Monde / date:11/11/2009 : « " Il est impératif de changer l'environnement et de continuer les messages de prévention qui invitent à moins de sédentarité ou à un régime alimentaire plus équilibré, afin de baisser le surpoids des générations à venir, martèle Marie-Aline Charles. »</p> <p>Le Figaro / date:11/11/2009 : « les femmes sont sensiblement plus touchées (15,1 %) que les hommes (13,9 %). La progression est plus importante chez les premières, particulièrement pour les formes les plus sévères. Pour le Dr Marie-Aline Charles, cela pourrait s'expliquer par " une plus grande propension des femmes à développer de la masse grasse ". »</p> <p>Les Echos / date:13/11/2009 : « " Ce problème touche toutes les classes d'âge et presque toutes les catégories socioprofessionnelles ", indique Marie-Aline Charles, directeur de recherche à l'Inserm. [...] " Les générations actuelles de jeunes adultes connaissent une prévalence de l'obésité nettement supérieure à celle de leurs parents au même âge. " Résultat, de génération en génération, on devient obèse de plus en plus tôt ", constate Marie-Aline Charles. »</p>	<p>la fréquence du surpoids, c'est-à-dire des gens ayant un embonpoint tel qu'on le définit au moyen de " l'indice de masse corporelle ", reste stable (1) ", explique Arnaud Basdevant professeur de nutrition à l'Hôtel-Dieu (université de Paris VI et Inserm), un des deux copilotes de l'enquête ObEpi menée tous les trois ans par les laboratoires Roche. »</p>
(24) Bourrel C.	<p>L'Indépendant / date:24/03/2007 : « Il s'agit de griefs incroyables, de reproches inouïs ", a déclaré Christian Bourrel hier à L'Indépendant. Enfin, sur le dépassement d'honoraires (" aujourd'hui autorisé par la nouvelle convention ", précise-t-il), Christian Bourrel assume : " Une consultation de nutrition ça prend du temps, et ça se paye. »</p> <p>Le Midi Libre / date:04/05/2007 : « " C'est un passage difficile de ma vie. Après 34</p>	<p>L'Indépendant / date:24/03/2007 : « Le Dr Christian Bourrel menacé d'une interdiction d'exercer. Dans le cadre du traitement de l'obésité, le médecin de Pennautier a commis, selon le Conseil national de l'ordre des médecins, une série de fautes qui pourraient lui valoir trois mois de suspension. Christian Bourrel s'est pourvu en cassation. Il s'agit de faits relevés lors d'un</p>

	<p>ans d'activité, je suis en train de jouer mon honneur de médecin et celui de tous les confrères de notre association... " Dans son cabinet de Pennautier, le Dr Christian Bourrel, également maire de la commune, est amer : le 27 février, saisie par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Aude, le conseil national de l'ordre des médecins l'a condamné à l'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois, dont trois avec sursis. [...] quatre motifs de mise en cause, que le médecin conteste point par point. Le premier assimile le concept du " poids mental " à du " charlatanisme ", le conseil de l'ordre estimant qu'il s'agit d'"un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé ". Alors même que le Dr Bourrel a fait état de résultats probants : deux ans après, 84 % des 688 patients suivis jusqu'en 2004 ont perdu du poids mais, surtout, se sont stabilisés ; ce dont atteste le concepteur de la méthode, le Dr Maurice Larocque. Le conseil a également estimé que le Dr Bourrel avait exposé ses patients " à des risques non justifiés " en leur administrant du potassium " sans bilan biologique préalable et en l'absence de pathologies cardio-vasculaires ou rénales avérées ". Alors même que les bilans ont été faits, certains sur prescriptions des médecins traitants des patients concernés, et que le potassium est préconisé en début de traitement, comme en ont attesté de nombreux spécialistes, dont une sommité dans le traitement des maladies métaboliques, qui enseigne à la faculté de Montpellier. En outre, il est reproché au Dr Bourrel d'avoir " porté atteinte à la liberté de choix d'un patient ", en écrivant à une femme qui avait décidé de cesser son traitement. Dans ce courrier - " que j'assume totalement ", dit-il -, le Dr Bourrel l'invitait à poursuivre, " afin de ne pas perdre le bénéfice obtenu ", et lui proposait de ne plus appliquer de dépassement d'honoraires. [...] Dès septembre 2003, le praticien a pris rendez-vous avec la CPAM pour présenter la prise en charge de l'obésité qu'il développe, les résultats obtenus, et pour expliquer que le temps passé en consultation justifie, à ses yeux, un dépassement d'honoraires. [...] le Dr Bourrel n'en démord pas : " Le trouble à l'origine de la prise de poids est quasiment toujours lié à un traumatisme psychoaffectif, qui remonte parfois à l'enfance. De telles consultations ne se passent pas sur le coin d'une table. Compte tenu du temps passé, je ne pouvais pas les pratiquer au tarif conventionné ". Et de poser la question : " Quel prix est-on prêt à payer pour lutter contre ce fléau qu'est l'obésité ? ". »</p>	<p>contrôle du service médical de la CPAM de l'Aude, qui a suivi dix-huit de ses patients entre janvier et août 2004. A ces patients, suivis pour obésité, le Dr Bourrel appliquait une technique de diagnostic appelée le " poids mental ". Ensuite, le Conseil de l'ordre considère que le Dr Bourrel a prescrit à neuf patients du Diffu K (potassium), " sans bilan biologique préalable, et en l'absence de pathologie cardiovasculaire ou rénale avérées " Enfin, il est reproché au Dr Bourrel d'avoir pratiqué des dépassements d'honoraires (35 E au lieu de 21) à ces dix-huit patients suivis pour des problèmes de poids.» Le Midi Libre / date:16/03/2009 : « À l'occasion d'une tournée en France, le docteur Maurice Larocque organise une conférence gratuite sur le sujet, mercredi 18 mars, à 19 h 30, à l'espace Pitot (place Pitot). Le concept, auquel se sont formés 500 médecins français, s'appuie sur une évaluation psychologique des personnes et des facteurs responsables de leur surpoids, à partir d'une base informatique de 70 questions. " C'est une approche globale et personnalisée du patient, l'individu est responsabilisé ", explique le spécialiste, qui avance des résultats probants : une perte de poids de 15 kg à 20 kg, effective dans 85 % des cas au bout de cinq ans. La technique a été au centre d'une polémique ces derniers mois, un procès mettant face à face un médecin audois adepte de la méthode, Christian Bourrel, et le conseil national de l'ordre des Médecins qui le poursuivait pour charlatanisme. " Un règlement de comptes individuel ", analyse Maurice Larocque. A savoir : le concept s'appuie sur la société Insudiet, qui propose des repas et collations de 6 ? à 20 ?. Pour en savoir plus : www.maigrirparlamotivation.com.</p>
(24) De Danne A.	<p>Le Monde / date:19/11/2009 : « " De nombreuses initiatives ont été prises dans le domaine de l'alimentation. Certes, tout n'est pas parfait, mais il y a une responsabilité professionnelle concertée. C'est sur l'absence ou l'insuffisance de l'activité physique que le travail est moins avancé ", souligne Anne de Danne. [...]Pour Anne de Danne, " il n'est pas question de remettre en cause le PNNS 2, ni de contredire le PNNS 3 mais de l'entraîner ". » AFP / date:07/04/2010 : « La présidente de la commission pour la prévention et la</p>	<p>Reuters / date:02/10/2009 : « Nicolas Sarkozy annonce vendredi la nomination d'Anne de Danne à la présidence d'une commission pour la prévention de l'obésité. Anne de Danne est délégué général de la Fondation Wyeth pour la santé de l'enfant et de l'adolescent. » AFP / date:02/10/2009 : « Le président Nicolas Sarkozy a confié vendredi à Anne de Danne la présidence d'une</p>

	<p>prise en charge de l'obésité, Anne de Danne, qui a rendu en décembre un rapport à l'Elysée, a estimé mercredi que la " recherche épidémiologique " n'était pas à la hauteur des enjeux de l'obésité. " Combien y a-t-il d'obèses en France, pourquoi, comment ? ", sont des questions auxquelles les pouvoirs publics n'ont pas de réponses fiables selon Mme de Danne. »</p> <p>AFP / date:11/05/2010 : « Anne de Danne, à qui Nicolas Sarkozy a confié la présidence d'une commission pour la prévention de l'obésité, s'est réjouie d'un vrai " consensus dynamique " sur le sujet. " Une politique publique ambitieuse est absolument indispensable ", a-t-elle dit. »</p>	<p>commission pour la prévention de l'obésité, la chargeant de lui soumettre des propositions pour donner une nouvelle impulsion à la lutte contre ce fléau, selon un communiqué de l'Elysée. Mme de Danne, qui est déléguée générale de la Fondation Wyeth pour la santé de l'enfant et de l'adolescent, aura jusqu'au 15 décembre pour remettre son rapport qui doit servir à préparer le troisième Plan national nutrition santé (PNSS), précise le communiqué. Outre Anne de Danne, la commission comporte quatorze membres, dont Dominique Turck, chef du service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Lille, Anne-Sophie Joly présidente du Collectif National des Associations d'Obèses, Jean-Louis Nembrini, directeur général de l'Enseignement scolaire ou encore Christine Kelly, membre du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel. »</p>
(23) Bazot A.	<p>Reuters / date:26/09/2006 : « Pour Alain Bazot, président de l'association (UFC-Que choisir), l'industrie agroalimentaire ne peut plus " se dégager de ses responsabilités " et doit cesser son " travail de sape ". " Je ne peux plus admettre que l'on culpabilise les familles en disant c'est vous qui êtes responsables de ce que vous achetez à vos enfants ", a-t-il dit lors d'une conférence de presse. " Est-ce qu'il est normal qu'ils promeuvent à coups de millions des produits qu'ils ne devraient pas consommer en grande quantité, et après faire le procès des parents qui achètent ces produits ? ", a-t-il demandé. L'association demande l'interdiction de la publicité à destination des enfants qui portent sur des produits trop gras ou trop sucrés. »</p> <p>Le Monde / date:16/12/2006 : article signé Alain Bazot -> à lire pour faire ressurgir l'argumentaire.</p> <p>Le Progrès / date:27/02/2007 : " Galéjade ", a jugé Alain Bazot, président de l'association de défense des consommateurs UFC-Que Choisir, qui présentait de son côté lundi à la presse les résultats d'une étude sur l'impact de ces messages sanitaires. Pour cette étude, UFC-Que Choisir a inséré un message sanitaire dans une publicité télévisée pour des céréales du petit-déjeuner.. Près de la moitié (48 %) des personnes interrogées (57 % des enfants et 38 % des parents) " n'ont pas vu le message ", selon cette étude. Et parmi celles qui le voient, " une infime partie " en tire les enseignements souhaités, a expliqué Alain Bazot. M. Bazot a également vilipendé le rôle du Bureau de vérification de la publicité, dont " l'action relève de la supercherie ", a-t-il dit, estimant que 89 % des produits dont l'industrie agro-alimentaire fait la publicité sont " trop gras, trop salés ou trop sucrés ". »</p> <p>Libération / date:27/02/2007 : « " Nous ne sommes pas des ayatollahs de la réglementation ", se défend Alain Bazot, président de l'UFC. Nous avons toujours eu le souci de l'alimentation, et la lutte contre l'obésité est pour nous une priorité de</p>	<p>Le Progrès / date:27/02/2007 : « Les publicités alimentaires, quel que soit leur support (écrit, télévision, radio, internet...) devront comporter un des quatre messages suivants : " Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas ", " évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé ", " pratiquez une activité physique régulière ", ou " mangez au moins cinq fruits et légumes par jour ".</p>

	<p>mobilisation. »</p> <p>AFP / date:04/12/2007 : « Alors que près d'un enfant sur cinq en France est en surpoids ou obèse, la stratégie actuelle qui repose sur la responsabilisation des professionnels de l'industrie alimentaire, " sans réelle contrainte ", est tout à fait insuffisante, estime Alain Bazot, président de l'association de défense des consommateurs UFC-Que Choisir qui dénonce " un lobby extrêmement puissant " .</p>	
(23) Zermati JP.	<p>Le Nouvel Observateur / date:23/02/2006 : Les régimes ? Inefficaces ! La diététique ? Des pseudo-règles qui n'ont aucune valeur scientifique ! Deux médecins partent en guerre contre l'obsession du bien manger Le Nouvel Observateur. -> voir le texte pour aborder les arguments développés.</p> <p>AFP / date:15/02/2009 : « " On s'inquiète un peu, à partir du moment où le médicament (Alli) n'est plus encadré, que cela ne renforce les troubles des comportements alimentaires ", relève de son côté le Dr Jean-Philippe Zermati, président du Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (Gros). »</p> <p>La Tribune de Genève / date:18/04/2009 : « Le nutritionniste Jean-Philippe Zermati le martèle : écoutons nos sensations. " Seuls les sourds, les aveugles, les inconscients et les personnes de mauvaise foi peuvent continuer à préconiser les régimes amaigrissants, assène le nutritionniste Jean-Philippe Zermati dans son dernier ouvrage. [...] " C'est un véritable scandale ! On a affaire à un vrai problème de santé publique. Qui engendre de grandes souffrances et qui concerne 25 millions de personnes en France. Ce n'est pas une coquetterie mais un vrai drame ! [...] " Depuis, les études ont confirmé sa thèse : nombreux sont ceux qui ont maigri durant un régime et qui ensuite reprennent davantage de poids qu'ils n'en avaient perdu. " Si les médecins avaient d'autres armes thérapeutiques, ils les utiliseraient, affirme le docteur Zermati. Mais on ne leur a rien donné pour remplacer les régimes... Quant aux pouvoirs publics, ils sont partis dans la mauvaise direction en adressant les mêmes conseils à des millions de personnes, leur recommandant de manger cinq fruits et légumes quotidiennement, des féculents une ou deux fois par jour, frites et pâtisseries une fois par semaine. Du chocolat : deux carrés avec le café... Comme si tous avaient les mêmes besoins ! De plus, les aliments gras et sucrés sont pratiquement mis à l'index, voire diabolisés. Est-il possible de manger ainsi, en contrôlant mentalement notre comportement alimentaire ? " " Manger quand j'ai faim ! " [...] Pour sortir de cet engrenage, le nutritionniste propose un exercice dont le but est de retrouver, dans un premier temps, la sensation de faim : supprimez votre petit-déjeuner, éventuellement même votre déjeuner ; conservez une boisson chaude, thé ou café, du moment qu'elle n'apporte pas de calories (donc pas de chocolat chaud) et attendez paisiblement que votre faim survienne ! " Mais attention, précise Jean-Philippe Zermati, il s'agit de ne pas se tromper. [...] Il est important de distinguer les sensations alimentaires (faim, rassasiement, satiété), les</p>	<p>Libération / date:19/07/2006 : « Gérard Apfeldorfer et Jean-Philippe Zermati viennent d'ailleurs de publier un ouvrage de mise en garde intitulé Dictature des régimes, attention ! »</p>

	<p>émotions alimentaires (appétit spécifique, caractérisé par une forte envie de manger un aliment particulier, contentement) et émotions non alimentaires (tension, réconfort, détente). Ces besoins interagissent entre eux et modifient le contrôle du comportement alimentaire. [...] Pratiqué modérément (le sport), il ne fera pas maigrir, explique Jean-Philippe Zermati. Mais il procurera bien-être et détente. Il diminuera donc les émotions non alimentaires (dues au stress ou à un chagrin, par exemple) qui font que l'on se jette sans faim sur des aliments riches tels que chocolat ou chips. [...] On a longtemps pensé que le capital cellules graisseuses de chacun était défini à sa naissance, fixant du même coup son " poids d'équilibre ", ou set point. Etant entendu que chaque personne a son propre poids d'équilibre, plus ou moins élevé ; on n'est pas tous égaux ! Or, on sait aujourd'hui que c'est malheureusement faux. Une surconsommation de longue durée - périodes de compensation entre deux régimes par exemple - fait que ces cellules, une fois saturées, se multiplient. Avec pour conséquence d'élever le set point (ce phénomène, pour le moment en tout cas, est irréversible). Dans ce cas, tout kilo pris est un kilo définitivement installé, note Jean-Philippe Zermati. »</p> <p>L'Hebdo / date:30/04/2009 : « " C'est totalement honteux ! On est passé d'une chasse à l'obésité à une chasse à l'obèse " (en réaction à la polémique suscitée par la taxe de Ryanair), s'indigne le Dr Jean-Philippe Zermati, président d'honneur du GROS, le groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids, une association française de praticiens qui vient de fêter ses 10 ans. » « " On peut aussi faire disparaître le principe de la solidarité sociale, coupe Jean-Philippe Zermati. On s'arrête où ? " »</p> <p>L'Hebdo / date:18/03/2010 : « Alors quoi ? Va-t-on donc nécessairement vers le pire ? " Il y a forcément un moment où ça va se tasser, où l'on va atteindre une barrière physiologique, assure Jean-Philippe Zermati du GROS. Et puis, tout le monde n'est pas capable de grossir. »</p>	
(23) Chevallier L. et JM.	<p>AFP / date:12/12/2005 : « De 1997 à 2003, la fréquence de l'obésité est passée en France de 8% à 11% pour les adultes, et celle de l'obésité sévère (indice de masse corporelle supérieur à 50 c'est-à-dire généralement plus de 45 kg en trop) a doublé (0,3 % en 1997 contre 0,6 % en 2003), a précisé le Pr Jean-Marc Chevallier (Hôpital européen Georges Pompidou - HEGP). Pour cette forme grave d'obésité multipliant les risques de décès (par 12 entre 25 et 35 ans, par 24 après 45 ans), selon le Pr Chevallier, un traitement chirurgical peut s'avérer adapté : il s'agit de réduire le volume de l'estomac ou la longueur de l'intestin pour qu'il absorbe moins la nourriture. Mais avant une telle intervention, le patient doit être " préparé sur le plan psychologique et diététique " et un suivi doit être poursuivi après l'opération par une équipe multidisciplinaire, a-t-il insisté. »</p> <p>Le Midi Libre / date:12/01/2009 : « En 2007, en France, un adulte sur deux et un enfant sur six sont en surpoids, le pays compte 8 millions d'obèses, 500000</p>	<p>Le Point / date:19/03/2009 : « Dans son livre, Laurent Chevallier explique comment survivre au désastre nutritionnel annoncé. [...] Son auteur, le docteur Laurent Chevallier, met les pieds dans le plat. »</p> <p>Le Monde / date:06/03/2010 : « Face à l'augmentation des pathologies liées à l'alimentation (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité...), le docteur Laurent Chevallier, praticien attaché au CHU de Montpellier et président de la commission alimentation du Réseau environnement santé (RES), aborde ce sujet (les produits employés dans l'agriculture et les additifs alimentaires) dans un livre, Mes ordonnances alimentaires. »</p>

insuffisants cardiaques, 10 millions d'hypertendus et plus de 2 millions de diabétiques." C'est l'alimentation industrielle de masse qui pose le problème du surpoids et de l'obésité ", précise le docteur Laurent Chevallier, nutritionniste. »

Le Point / date:19/03/2009 : « " Plus personne ne peut nier le lien entre les dérives d'une certaine forme d'alimentation industrielle et l'augmentation significative de certains cancers et maladies cardiovasculaires, explique ce consultant en nutrition attaché au CHU de Montpellier. Je tire la sonnette d'alarme parce que, lors de mes consultations, je suis confronté tous les jours aux victimes de la malbouffe. " -> pour voir la suite des arguments se reporter au texte.

Le Figaro / date:20/01/2010 : « La chirurgie est le seul traitement efficace contre certaines obésités massives, a expliqué hier le Pr Jean-Marc Chevallier, du service de chirurgie générale et digestive de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière (Paris), lors d'une communication à l'Académie de médecine. » « Avec cette méthode, réversible, " 80 % des patients ont perdu plus de 50 % de leur excès de poids en deux ans, les 20 % d'échecs sont toujours dus à deux causes : non-respect des contraintes diététiques et absence de surveillance ", estime le Pr Chevallier. » « "Nous avons beaucoup travaillé sur les recommandations et aujourd'hui, celles-ci sont bien suivies ", indique le Pr Chevallier, qui précise aussi que les lieux de prise en charge de l'obésité sont en train de se restructurer. »

Sud-Ouest / date:11/04/2010 : « La chimie remplace les microbes. Pour étayer son propos, il pointe l'augmentation du nombre de diabètes en France - plus 40 % entre 2001 et 2009 (chiffre de la caisse d'assurance-maladie) -, souligne que les cas d'obésité sévère chez les enfants ont progressé de 300 % en quinze ans, explique que le cancer et les maladies cardio-vasculaires pourraient être évités en agissant sur le contenu de l'assiette. En même temps, le docteur Chevallier sait que la chimie, qui ne nous veut pas du bien, est sournoise, que nous sommes mal préparés à la traquer et à évaluer le risque. Or, « nous sommes dans l'ordre chimique », insiste le nutritionniste montpelliérain qui, pour frapper les esprits, compare la situation à celle des microbes au Moyen Âge : « Ils se disséminaient partout et contaminaient ; la chimie aujourd'hui se déverse partout et se retrouve dans nos assiettes. La médecine a progressé, nous avons maîtrisé les microbes et l'espérance de vie a augmenté. Nous pouvons craindre une inversion à cause de la chimie mal maîtrisée. » « Quand vous voyez plus de trois additifs sur une étiquette, évitez », conseille le praticien qui ajoute : « C'est une démarche citoyenne, les industriels seront obligés d'en mettre moins. » « nutritionniste, enfin, qui se double d'un épiqueur, regrette que la gastronomie française et ses chefs se sentent peu concernés parce qu'il nomme « la gastronomie santé ». « Choisir la modernité, ce n'est pas choisir les produits et les arômes de synthèse, la chimie et le moléculaire, c'est choisir plus de naturalité, plus de végétaux, ce n'est pas renoncer au foie gras,

	<p>c'est en mettre moins, c'est innover, c'est apporter plus de légèreté, plus de fraîcheur, plus d'équilibre », plaide Laurent Chevallier qui trouve que la restauration française « apparaît comme vieillissante car elle a du retard dans l'approche santé ».</p> <p>AFP / date:11/05/2010 : « " Il faut la traiter quand l'obésité devient une maladie ", a estimé le Pr Jean-Marc Chevallier, chirurgien viscéral à l'Hôpital européen Georges Pompidou. »</p>	
(22) Cluzel M.	<p>Challenges / date:12/10/2006 : « Avec 5 mg de Rimonabant, les patients maigrissent. Mais avec 20 mg, il se produit un phénomène plus important : la molécule agit sur le métabolisme ; elle a un effet sur le diabète, sur la pression artérielle et sur le cholestérol. " Au lieu d'être la énième pilule amaigrissante, nous avons la preuve que le Rimonabant est un médicament répondant à un problème de santé publique ", - résume Marc Cluzel. En outre, la molécule n'agit pas seulement sur l'appétit, mais sur les tissus adipeux. Résultat : les patients éliminent de la graisse. [...] Recueillir toutes les données et organiser des recherches sur 28 sites et 8 pays est vite devenu un casse-tête. Mais la conclusion s'impose : la perte de poids se révèle durable si le médicament répond à un traitement chronique sur une longue période. »</p> <p>La Tribune / date:30/10/2006 : « " Acomplia est un traitement destiné aux personnes obèses ou en surpoids avec des facteurs de risques associés, comme par exemple le diabète. Autrement dit, il ne s'agit en aucun cas d'un produit permettant de perdre quelques kilos avant de partir à la plage ", insiste auprès de La Tribune Marc Cluzel, le vice-président du développement des affaires scientifiques. » « En résumé, Acomplia ne vise pas les 300 millions d'obèses ou de personnes en surpoids recensés dans le monde, mais uniquement la population à risques dans cette catégorie. Ce qui représente quelque 10 millions de personnes aux États-Unis, par exemple, ou encore 80 % des diabétiques non insulino-dépendants. Et signifie aussi que la promotion du rimonabant s'effectue surtout auprès des spécialistes, même si, rançon du succès, " l'on ne pourra éviter une éducation des généralistes pour sélectionner les bons patients au vu des demandes de prescription, compte-tenu de sa médiatisation ", admet Marc Cluzel. »</p> <p>Enjeux Les Echos / date:01/11/2006 : « " Il ne fait rien pour les minces qui cherchent à perdre deux ou trois kilos ", assure Marc Cluzel, directeur du développement international. »</p>	
(19) Leclerc ME.	<p>Aujourd'hui en France / date:07/03/2008 : « Leclerc retire ses confiseries des caisses. Michel-Edouard Leclerc s'explique et chiffre le manque à gagner à 5 millions d'euros. » -> voir article pour analyser les arguments développés.</p>	<p>Le Monde / date:20/01/2006 : « Jeudi 12 janvier, les centres Leclerc ont lancé leur nouvelle campagne, intitulée " L'équilibre alimentaire ne doit plus être un privilège ". Prenant le contre-pied des produits " diététiques " et des " alicaments ", très onéreux, alors que l'obésité concerne avant tout les catégories</p>

		<p>sociales défavorisées, Michel-Edouard Leclerc entend " optimiser la nutrition en fonction du pouvoir d'achat ". »</p>
(18) Kelly C.	<p>AFP / date:09/12/2009 : « " Il y a une réelle mobilisation des chaînes, au-delà même de ce que nous attendions ", a ajouté Christine Kelly, en charge de ce dossier à la haute autorité audiovisuelle. » « En Suède ou au Québec, les publicités alimentaires sont interdites pour les enfants et pourtant l'obésité augmente, a souligné Mme Kelly. »</p> <p>Le Monde.fr / date:25/02/2010 : « Analysant la situation de l'obésité dans les pays ayant pris des mesures contraignantes, Mme Kelly tire la conclusion que " si la suppression de la publicité alimentaire dans les programmes pour enfant est loin d'être un instrument efficace dans le combat contre l'obésité, ses conséquences économiques seraient en revanche certaines sur notre secteur audiovisuel structurellement sous-financé ". »</p>	<p>Le Monde.fr / date:25/02/2010 : « L'exposition à la publicité télévisée portant sur les aliments de haute densité énergétique est associée à une prévalence de l'obésité plus élevée que l'exposition à des publicités pour des produits plus sains. Contrairement aux conclusions de ces rapports basés sur des travaux scientifiques, Mme Kelly conteste le bien-fondé des mesures de régulation ou d'interdiction, puisque, selon elle, dans certains pays, leur mise en place n'aurait pas permis d'enrayer la progression de l'obésité, en citant notamment l'exemple du Québec. Mme Kelly devrait lire, avec plus d'attention, les travaux des scientifiques à ce sujet. » par François Bourdillon et Serge Hercberg</p>
(16) Andrault O.	<p>AFP / date:27/01/2006 : « " Visiblement, faire de la sensibilisation ne suffit pas, puisque l'obésité continue de progresser ", a déclaré à l'AFP Olivier Andrault, chargé de mission à l'UFC. [...] Le PNNS doit disposer de " plus de moyens tant financiers qu'humains " et son champ d'action doit être " élargi, notamment à la composition des produits alimentaires ainsi qu'aux aspects de la publicité au niveau de la distribution des produits alimentaires ", a estimé M. Andrault. »</p> <p>Le Monde / date:14/03/2007 : « Sans attendre, des associations de consommateurs, l'UFC Que Choisir en tête, ont dénoncé ce qu'elles ont qualifié de " mesurette ". " Mais nous sommes favorables aux chartes d'engagement des industriels d'amélioration de la qualité nutritionnelle de leurs produits selon un cahier des charges définit avec les pouvoirs publics ", affirme Olivier Andrault, d'UFC-Que Choisir. »</p> <p>Le Figaro / date:12/11/2007 : « " Nous ne sommes pas des enragés de la réglementation, précise Olivier Andrault, chargé de mission alimentation et nutrition à l'UFC, mais nous voulons des résultats. »</p> <p>Aujourd'hui en France / date:05/02/2008 : « " C'est un grand pas en faveur de la lutte contre l'obésité, se réjouit Olivier Andrault, chargé de mission à l'UFC-Que choisir, et membre du collectif Obésité : protégeons nos enfants. »</p> <p>AFP / date:15/10/2008 : « pour Olivier Andrault, responsable alimentation à l'UFC-Que-choisir, " ces émissions sont des mesures cosmétiques qui ne règlent pas le cœur du problème ". " On va continuer à avoir au milieu des programmes jeunesse des publicités qui portent sur des produits contribuant à l'augmentation de l'obésité chez les enfants." " Jamais Gulli ne vous dira que les sodas et les glaces sont des produits sucrés, et donc qu'il ne faut pas trop en manger, parce que la chaîne aurait peur de froisser ses annonceurs ", ajoute-t-il. " La véritable mesure, c'est d'arrêter</p>	

	de diffuser aux heures de grande écoute des enfants des publicités pour des produits qui contribuent à l'obésité ", martèle Olivier Andrault, tout en soulignant que le problème de l'obésité est " multifactoriel ". »	
(15) Borys JM.	<p>Aujourd'hui en France / date:11/02/2006 : « " Les gens sont perdus car la notion de bonheur n'est pas diététiquement correcte, admet Jean-Michel Borys, directeur de ce programme (« Vive la gourmandise », Epode). Aujourd'hui, les recommandations alimentaires sont strictes mais peu traitent de la gourmandise alors que celle-ci fait partie de la vie. " »</p> <p>Le Figaro / date:13/05/2006 : « Pour le Dr Jean-Michel Borys, qui a lancé le programme Epode (Ensemble prévenons l'obésité des enfants) dans dix villes de France, la lutte contre l'obésité passe non seulement par une information mais également par un travail d'éducation. [...] " On a pu constater que l'information nutritionnelle donnée aux enfants permettait aussi de modifier un peu les habitudes alimentaires de la famille ", résume le Dr Borys. »</p> <p>AFP / date:05/04/2007 : « Découvrir à la cantine le carpaccio ou le flan de courgette, réapprendre à jouer à " chat perché " et à bouger à la récréation, organiser des ateliers de cuisine pour parents : les initiatives concrètes lancées au plan local peuvent contribuer à enrayer la progression de l'obésité de l'enfant, selon le Dr Jean-Michel Borys, directeur scientifique d'Epode. »</p> <p>Le Figaro / date:03/02/2009 : « " L'avantage de cette molécule (l'orlistat présent dans le médicament Alli), c'est qu'elle oblige à faire attention au régime, et qu'elle contribue à modifier le comportement alimentaire ", ajoute le Dr Jean-Michel Borys, nutritionniste à Armentières. »</p>	<p>Le Figaro / date:13/05/2006 : « A lire : Je préviens l'obésité de mon enfant, par le Dr Jean-Michel Borys, Balland, 270 pages, 17 euros. »</p> <p>AFP / date:10/06/2009 : « A l'origine de ce programme, l'étude Fleurbaix-Laventie Ville Santé mise en place en 1992 avait pour but de modifier le comportement des familles " en passant par les enfants ", selon le docteur Jean-Michel Borys, médecin endocrinologue et co-directeur du programme. " L'étude, qui était prévue pour durer cinq ans, s'est finalement prolongée sous la pression de la population ", selon Jean-Michel Borys. Deux cents autres communes sont aujourd'hui sur " liste d'attente ", selon M. Borys. »</p> <p>AFP / date:11/06/2009 : « Des résultats encourageants - ils seront publiés en 2010 - semblent aussi se dessiner dans les villes pilotes du programme Epode, avec " une baisse globale de 10 à 15% de la prévalence de l'obésité chez les enfants ", indique Jean-Michel Borys, co-directeur du programme. »</p>
(14) Tounian P.	<p>La Croix / date:24/01/2006 : « " Il y a cette idée que les " gros " sont des gens qui ne sont pas responsables, qui ne veulent pas se soigner, qui pourraient maigrir s'ils en avaient la volonté, l'intelligence ou le dynamisme. Alors que, bien souvent, ces personnes ont pris du poids parce que, au contraire, elles ont multiplié des régimes, prescrits par des médecins et qui ont tous échoué ", souligne Michèle Le Barzic. Médecin dans le service de nutrition pédiatrique de l'hôpital Trousseau à Paris, le professeur Patrick Tounian souligne que cette stigmatisation n'agit en rien comme une incitation à la perte de poids. »</p> <p>AFP / date:29/05/2008 : « " Si, demain, on interdisait la télévision, il n'y aurait pas un enfant obèse de moins " en France, assure avec un peu de provocation le professeur Patrick Tounian, pédiatre à l'hôpital Armand-Trousseau et auteur du livre " Obésité infantile : on fait fausse route ". »</p> <p>La Croix / date:19/06/2008 : « Son principal argument : nous ne sommes pas égaux face à la prise de poids. Et seuls les enfants ayant une prédisposition génétique présentent un risque de devenir obèses. " Les autres enfants, soit environ les trois quarts d'entre eux, n'ont aucun risque, quelle que soit leur façon de s'alimenter, le</p>	<p>La Croix / date:19/06/2008 : « Depuis quelques jours, le professeur Tounian fait largement parler de lui dans le monde, en général assez consensuel, des spécialistes de l'obésité infantile. Alors que de plus en plus de médecins lancent des cris d'alarme face à la progression de l'obésité infantile dans une France qui serait doucement en train de " s'américaniser ", le professeur Tounian tient, dans cet ouvrage, des propos totalement à contre-courant. Le professeur Tounian affirme que ce sont ses vingt années passées à soigner des enfants obèses et à écouter leurs parents qui l'ont convaincu qu'on faisait fausse route. »</p> <p>« " Je ne vois pas ce qu'il y a de scandaleux à faire la promotion de comportements nutritionnels adaptés. Dans mes consultations, ce que je vois, ce sont plutôt des parents qui tombent des nues quand on leur explique que ce n'est pas</p>

	<p>temps qu'ils passent devant la télévision ou leur pratique sportive. Ces enfants, non prédisposés génétiquement, peuvent manger des bonbons tous les jours et n'avoir aucune activité physique, ils ne deviendront jamais obèses ", affirme le professeur Tounian. [...] "C'est cet environnement (« obésogène ») qui permet aux individus constitutionnellement prédisposés de devenir obèses. Mais il reste sans effet sur les nombreux autres que la nature a épargnés ", souligne le professeur Tounian. [...] Le professeur Tounian critique aussi certaines mesures récentes, comme le retrait des distributeurs de sucreries à l'école ou l'inscription de messages sanitaires dans les publicités alimentaires. " Cela entretient une véritable psychose autour du sucre. Dans mes consultations, je vois de plus en plus de mères interdire tout bonbon à leurs enfants, terrorisées à l'idée qu'ils deviennent obèses, affirme-t-il. Surtout, ces mesures renforcent l'idée que les enfants obèses manquent de volonté et qu'ils ont de mauvais parents, trop laxistes et incapables de résister à la tentation d'acheter des produits vantés par la publicité. " » [...] « Le professeur Tounian ne va pas jusque-là (supprimer les campagnes de prévention) : il préconise une " prévention ciblée " sur les enfants à risque d'obésité. » [...] Le professeur Tounian se défend d'être " acheté " par l'industrie du sucre " Certains pourraient croire que je suis acheté par les vendeurs de sucre. Pas du tout ", affirme le professeur Tounian dans son livre. " Si je travaille avec beaucoup d'industriels, je n'ai jamais eu un quelconque contact avec les commerçants du sucre. " Des firmes agroalimentaires sollicitent parfois mon avis sur certains de leurs messages. Et je dois dire que le plus souvent, elles ne suivent pas cet avis " »</p>	<p>formidable de manger tous les jours des frites avec la mayonnaise ", souligne le professeur Turck. »</p> <p>« " On sait bien que tous les fumeurs ne seront pas atteints d'un cancer. Ce n'est pas pour autant qu'il faut supprimer la prévention anti-tabac auprès du grand public ", renchérit le professeur Basdevant qui s'interroge sur " cette attitude libertaire qui consiste à dire : puisque tout le monde n'est pas atteint, il ne faut s'occuper de personne ! ". »</p>
(14) Albanel C.	<p>AFP / date:29/05/2008 : « La ministre de la Culture et de la Communication Christine Albanel déclarait début avril à propos du projet (de suppression de la publicité alimentaire durant les programmes jeunesse) : " On est sûr des dégâts que cela produirait sans être sûr des bénéfices ". »</p>	
(14) Fischler C.	<p>L'Hebdo / date:28/02/2008 : « " Il faut rassurer les consommateurs et réenchanter l'alimentation ", estime le sociologue français Claude Fischler. » [...] Les Français - mais aussi les Suisses romands qui, selon le sociologue Claude Fischler, ont le même modèle alimentaire - ont par ailleurs " retrouvé les traditions alimentaires qui fondent leur culture et leurs comportements " »</p> <p>La Tribune / date:27/05/2008 : « Claude Fischler évoquait récemment le plaisir et la convivialité comme des remparts à l'obésité. »</p>	
(14) Joly AS.	<p>AFP / date:15/02/2009 : « " Ce n'est pas un produit miracle (Alli), mais d'accompagnement qui valorise un peu le rendement du régime ", plaide le Dr Pierre Azam, nutritionniste à Paris. Il peut être " un outil pédagogique " pour repérer les graisses cachées dans l'alimentation, ajoute-t-il. Pour Anne-Sophie Joly, présidente du Collectif national d'associations d'obèses (Cnao), " c'est une main tendue " à ceux qui ne consultent pas. »</p>	<p>AFP / date:02/10/2009 : « Outre Anne de Danne, la commission comporte quatorze membres, dont Dominique Turck, chef du service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Lille, Anne-Sophie Joly présidente du Collectif National des Associations d'Obèses, Jean-Louis Nembrini, directeur général de l'Enseignement scolaire ou encore Christine Kelly, membre</p>

	<p>Le Monde / date:19/11/2009 : « Anne-Sophie Joly : " On court à la catastrophe médicale ". Anne-Sophie Joly est présidente du Collectif national des associations d'obèses, dont l'objectif est de faire le lien entre médecins et malades. A la veille du premier colloque de cette organisation, jeudi 19 novembre, sur le thème " Quelles solutions pour quelle perte de poids ", elle revient sur le manque de prise en compte du phénomène de l'obésité en France -> voir texte pour l'ensemble des arguments développés. »</p> <p>Le Monde / date:12/01/2010 : « " La pilule miracle n'existe pas ", rappelle Anne-Sophie Joly, présidente du Collectif national des associations d'obèses (CNAO). Certes, " Alli fonctionne pour certaines personnes, mais il faut trouver le bon médecin pour avoir une aide thérapeutique et psychologique car nous récupérons beaucoup de nomades du poids, qui ont fait de nombreux régimes, sans succès ", poursuit Mme Joly. »</p> <p>AFP / date:20/01/2010 : « " Pour nous, c'est non en bloc ! C'est de la discrimination à l'état pur ! C'est une première étape et ensuite on vous fait payer le double du billet " s'insurge Anne-Sophie Joly, présidente du Collectif national des associations d'obèses (CNAO), fustigeant par ailleurs les sièges étriqués de la classe économique. [...] La solution, selon M. Joly, c'est " deux sièges au fond de l'avion accessibles aux personnes en surpoids ". »</p> <p>AFP / date:11/05/2010 : « " Il y a un travail citoyen à faire sur des décennies, tout le monde a sa quote-part de responsabilité et son pouvoir de changer les choses ", a renchéri Anne-Sophie Joly présidente du CNAO. » (dans un article faisant le promo de la journée européenne de l'obésité)</p>	<p>du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel. »</p>
<p>(13) Bartoli F.</p>	<p>Le Figaro / date:03/02/2009 : « " Sur les 27 États membres, 11 ou 12 n'étaient pas favorables à l'AMM de l'Alli, révèle Fabienne Bartoli, adjointe au directeur général de l'Afssaps, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. La France et l'Allemagne ont manifesté une opinion dissidente à l'Agence européenne du médicament, mais nos arguments n'ont pas été entendus.»</p> <p>Le Monde / date:07/02/2009 : « " Nous sommes tenus d'appliquer la décision européenne mais cette histoire nous enquiquine ", reconnaît Fabienne Bartoli, adjointe au directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). » [...] " La difficulté va être de tempérer les ardeurs et de rappeler que dans le domaine du poids, la pilule miracle n'existe pas ", souligne Mme Bartoli. »</p> <p>AFP / date:15/02/2009 : « Car cela ne correspond pas aux recommandations des autorités sanitaires françaises d'une prise en charge médicale globale de l'obésité ", relève Fabienne Bartoli »</p> <p>Aujourd'hui en France / date:05/05/2009 : « " Mais justement, il n'est pas en vente libre, insiste Fabienne Bartoli, adjointe au directeur général de l'Agence française</p>	

	de sécurité sanitaire des produits de santé, qui a lancé un appel à la prudence. »	
(12) Castot A.	<p>Les Echos / date:15/06/2007 : « En France, " environ 60000 boîtes " d'Accomplia ont été vendues depuis la mise sur le marché fin avril, précise Anne Castot, responsable de la surveillance des risques à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). " Nous n'avons pas eu d'alerte particulière pour le moment ", dit-elle. »</p> <p>Aujourd'hui en France / date:20/07/2007 : « " Il nous a semblé nécessaire de contre-indiquer ce médicament (l'Accomplia) en cas de dépression ou de traitement par antidépresseur ", confie Anne Castot, de l'Afssaps. »</p> <p>Le Figaro / date:25/10/2008 : « Quand nous avons examiné ce dernier avant la mise sur le marché, nous avons eu à mettre en balance une efficacité clairement démontrée sur la perte de poids, avec un risque que l'on pouvait maîtriser puisque la dépression ne semblait toucher que des personnes à risque, ayant des antécédents personnels pour lesquelles le traitement pouvait être contre-indiqué ", répond le Dr Anne Castot, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »</p> <p>AFP / date:05/11/2008 : " La prescription de sibutramine est réservée aux spécialistes et ce médicament n'a rien à faire dans une préparation magistrale de gélules amaigrissantes ", dit à l'AFP le Dr Anne Castot, responsable de l'évaluation et de la surveillance du risque à l'agence du médicament (Afssaps). »</p> <p>La Charente Libre / date:11/04/2009 : « " La ligne jaune est vite dépassée lorsqu'on cherche à perdre quelques kilos superflus, notamment avant l'été ", a mis en garde Anne Castot »</p> <p>Les Echos / date:14/04/2009 : « " Nous allons demander aux pharmaciens de vérifier que le patient présente bien un cas d'obésité avec un indice de masse corporelle supérieur à 28. Ils doivent aussi être attentifs à ce que le traitement ne soit pas pris plus de six mois ", explique Anne Castot, chef du service de l'évaluation, de la surveillance du risque, et de l'information sur le médicament. »</p> <p>Les Echos / date:05/05/2010 : « On est très vigilant, c'est un produit qu'on surveille comme le lait sur le feu, confie Anne Castot »</p>	
(12) Marimbert J.	<p>La Charente Libre / date:11/04/2009 : « Rappelant que la France avait été hostile à la commercialisation d'Alli hors prescription médicale, autorisé au niveau européen, le directeur général de l'agence, Jean Marimbert, a souligné qu'il serait vigilant sur les " risques de dérives et d'écarts ". Il a estimé que les pharmaciens, à qui il reviendra de s'assurer que la demande d'Alli est justifiée et sa délivrance appropriée, étaient " tout à fait conscients de l'enjeu de santé publique ". » [...] Si la commercialisation d'une pilule amaigrissante hors prescription peut faire débat, les représentants de l'Afssaps ont également souligné le danger d'utiliser des produits vendus sur internet ou hors du circuit des pharmacies. " Il ne se passe pas un trimestre sans qu'on soit confronté à des situations dramatiques ", a ajouté M.</p>	

	<p>Marimbert. Récemment l'Afssaps avait mis en garde contre des gélules pour maigrir non autorisées à la commercialisation en France et vendues sur Internet sous le nom " Venom Hyperdrive " et " Best life ". »</p> <p>Les Echos / date:14/04/2009 : « La prise en charge de l'obésité doit s'inscrire dans une stratégie thérapeutique globale, sous le contrôle d'un praticien ", rappelle Jean Marimbert, le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). »</p>	
(12) Gacquièrre V.	<p>La Croix / date:24/01/2006 : « Le juge qui, lors d'un concours de danse, se refuse de noter la candidate, se contentant de noter " trop grosse " sur sa feuille. Ou la maman qui, après avoir vu la photo du copain de sa fille, lui explique : " Tu ne te rends pas compte, le physique ça ne compte pas mais quand même... " Selon Viviane Gacquièrre, la présidente d'Allegro Fortissimo, ces récits révèlent aussi à quel point notre société n'a pas encore su s'adapter aux besoins des personnes de très forte corpulence. [...] Ce programme n'a fait que renforcer les préjugés selon lesquels le " gros " est forcément une personne vulgaire, sale, immonde... Surtout, si TF1 avait choisi comme " fiancé " une personne de couleur ou en fauteuil roulant, ils auraient eu immédiatement sur le dos le Mrap ou l'Association des paralysés de France. Et cela aurait fait un scandale. Tandis que là, on peut rigoler d'un " gros ", cela ne choque personne... ", s'indigne Viviane Gacquièrre.</p> <p>Le Figaro / date:03/02/2009 : « L'association Allegro Fortissimo s'inquiète aussi de l'absence de contrôle médical. Or la population cible de l'Alli est potentiellement nombreuse. En France, près d'un adulte sur deux est en surpoids ou obèse, soit 24 millions de personnes. " Qu'est-ce qui va empêcher le consommateur de prendre six pilules par jour au lieu de trois pour avoir plus d'effets, ou d'en avaler ponctuellement après s'être gavé de nourriture ", s'alarme Viviane Gacquièrre, présidente d'Allegro Fortissimo. »</p> <p>Le Monde / date:07/02/2009 : « Viviane Gacquièrre, présidente de l'association Allegro fortissimo, ne décolère pas : " parler d'un médicament anti-obésité est scandaleux. [...] Cette promesse de sagesse (prônée par les pharmaciens) me fait doucement rigoler face aux enjeux commerciaux ", rétorque Mme Gacquièrre. [...] Quand on sait de quoi sont capables les femmes pour maigrir, le risque est grand d'augmenter les troubles du comportement alimentaire ", s'inquiète Mme Gacquièrre. »</p> <p>AFP / date:15/02/2009 : « Entendre parler de " pilule anti-obésité " met Viviane Gacquièrre, présidente d'Allegro Fortissimo, " en colère ". Elle ne voit pas " comment cette pilule qui n'a pas fait ses preuves à 120 mg serait miraculeuse à moitié dose ". De plus, souligne-t-elle, le produit peut provoquer des " selles graisseuses incontrôlables ". " Cela fait cher le laxatif ! ". »</p> <p>L'Hebdo / date:30/04/2009 : " Son président (de la HALDE) nous a confirmé que</p>	<p>L'Hebdo / date:30/04/2009 : « " Et Stephen McNamara de mettre une dernière couche : " Ces charges (taxes dans les avions chez Ryanair), si nous décidons de les introduire, contribueraient aussi à sensibiliser les personnes obèses pour qu'elles perdent un tout petit peu de poids et qu'elles se sentent dès lors plus légères et en meilleure santé." Jean-Philippe Zermati et Véronique Gacquièrre bouillonnent. »</p> <p>Le Monde / date:12/01/2010 : « " On n'a jamais positionné Alli comme pilule miracle. L'avantage est que ça accélère légèrement la perte de poids en cas de régime et d'activité physique associés ", se défend Vincent Cotard. » « Certains étaient farouchement opposés à sa commercialisation, dont Viviane Gacquièrre, présidente de l'association Allegro Fortissimo, pour qui " ce médicament n'est pas efficace ". »</p>

	<p>nous représentations une des discriminations les plus importantes mais la moins identifiée malgré notre " visibilité ", relève Viviane Gacquièr, présidente d'Allegro Fortissimo, qui appelle au boycott de Ryanair. [...] Une montée de " grossophobie " liée, selon Viviane Gacquièr, à plusieurs facteurs : " Au coût de l'obésité dont on dit tellement qu'il va avoir un impact sur les finances publiques et, maintenant, sur l'environnement, mais aussi aux études " pseudoscientifiques " relayées par les médias : les gros sont moins intelligents, ont moins de mémoire, polluent la planète, sont fainéants, etc. Résultat : nous sommes le miroir de ce que la société ne veut pas devenir. »</p> <p>Le Point / date:30/04/2009 : « L'association Allegro fortissimo a milité pour l'interdiction d'Alli auprès de la ministre de la Santé, et sa présidente, Viviane Gacquièr, ne décolère pas : " On risque d'aggraver les troubles du comportement alimentaire et d'enfoncer les obèses dans leur obésité. »</p> <p>Sud-Ouest / date:07/05/2009 : Mais, remarque Viviane Gacquièr, présidente d'Allegro Fortissimo, " qu'est-ce qui empêchera la copine maigre d'acheter Alli pour la grosse ? " Plus grave, observe le docteur Blandine Gatta, endocrinologue au CHU de Bordeaux, " l'obésité est une maladie chronique qui doit être prise en charge de façon multidisciplinaire par une équipe identifiée ". Et le médecin de remarquer que " l'automédication est inadaptée ", le traitement de l'obésité nécessitant " une prise en charge à long terme et une surveillance ".</p>	
(12) Bellisle	<p>Les Echos / date:30/01/2006 : « " Les comportements autoritaires du genre " tu ne quitteras pas la table avant d'avoir fini ton assiette de choux de Bruxelles " sont tout aussi contre-productifs ", assène France Bellisle. Selon cette psychologue, le " style démocratique " (on négocie en tenant compte du goût des enfants) est plus efficace que la méthode coercitive. " L'objectif est d'accroître progressivement la palette gustative des enfants. " »</p>	<p>Bakchich / date:20/04/2008 : « Prenez France Bellisle, nutritionniste reconnue et directrice de recherche à l'Inra dont le rôle dans la présentation de " l'enquête " du Credoc a été largement évoqué hier ; Une scientifique, dont il ne s'agit pas de remettre en cause ici les qualités professionnelles, mais qui ne semble pas effrayée par la présence grandissante de l'industrie agro-alimentaire dans les coulisses de la médecine et de la recherche. [...] Le docteur France Bellisle proche, très proche des industriels Les relations de France Bellisle avec le milieu industriel ne s'arrêtent pas là. Ainsi, au-delà de ses activités à l'Inra, le docteur Bellisle est la présidente du Comité de Communication de l'Institut Français pour la Nutrition. [...] Ainsi, le comité présidé par France Bellisle accueille huit scientifiques mais également des représentants de Nestlé, Danone, Kellogs et hellip ; Coca-Cola. Pour la bonne bouche, il faut noter que chaque année, l'IFN décerne son Prix de la recherche en nutrition et que l'édition 2007 est venue récompenser le docteur France Bellisle. [...] La nutritionniste France Bellisle est décidément là où sont les géants de l'agro-</p>

		alimentaires. [...] Le CSIP expliquait par exemple que France Bellisle siégeait au sein de l'advisory board de McDonalds. Si l'AJCN avait oublié ce détail-là, il avait néanmoins précisé que les travaux co-réalisés par Bellisle avaient été financés par The American Beverage Association, un groupe spécialisé dans le lobby et dont les membres principaux sont hellip ; Pepsi-Cola et Coca-Cola. »
(12) Masson C.	Le Point / date:10/01/2008 : « Dans notre culture, le repas demeure un rituel de convivialité qui nous protège (un peu) des ravages de la " malbouffe ". C'est l'un des nombreux enseignements de l'enquête de Claude Fischler, sociologue, et Estelle Masson psychologue, menée auprès de 7000 personnes. [...] Mieux vaudrait pour l'industrie, le marketing-et la santé publique-inventer de quoi nourrir de nouvelles formes de convivialité plutôt que de s'évertuer à la détruire Pas de chichis à table ! »	
(12) Cohen JM.	<p>Aujourd'hui en France / date:26/04/2006 : « " Il ne doit être prescrit qu'à des patients qui ont une obésité importante ", prévient Jean-Michel Cohen, médecin nutritionniste. Le Sibutral peut être à l'origine d'accidents vasculaires cérébraux, comme cela a été le cas en Italie où il est interdit depuis. »</p> <p>AFP / date:15/10/2008 : « Dans l'émission " C moi qui régale ", diffusée sur cette chaîne gratuite de la TNT le samedi à 19H40 à partir du 18 octobre, le jeune chef Benjamin Darnaud débarque dans une famille, analyse le contenu de son frigo et fait les courses afin de réaliser un repas avec les enfants. Le nutritionniste Jean-Michel Cohen est mis à contribution. L'objectif est d'apprendre à " manger équilibré en se faisant plaisir ". " Rien n'est interdit ", explique M. Cohen, précisant : " OK pour la mousse au chocolat, mais dans une portion raisonnable et avec des fruits ". [...]Pour Jean-Michel Cohen, en revanche, " il n'y a aucune étude qui prouve que l'arrêt de la publicité régulerait l'obésité ". " Autant aller directement au but et interdire tous ces produits ", lance le nutritionniste par provocation. »</p> <p>Libération / date:24/04/2009 : « Comment expliquer cette soudaine défiance ? Pour le nutritionniste Jean-Michel Cohen, la réponse est simple : " Les consommateurs arrêtent d'acheter des produits light car ils s'aperçoivent qu'ils ne maigrissent pas en les mangeant." »</p>	Les Echos / date:10/05/2006 : « Parmi 10000 produits analysés, les nutritionnistes Patrick Serog et Jean-Michel Cohen montrent du doigt les contenus nutritionnels des produits à bas prix. »
(12) Le Barzic M.	La Croix / date:24/01/2006 : « " La discrimination à l'égard des " gros " est une réalité quotidienne. Pour dire les choses crûment, si vous êtes une femme, noire et obèse, vous aurez beaucoup de mal à trouver du travail, quels que soient vos diplômes. Ces discriminations provoquent une souffrance profonde, que personne ne veut entendre ", affirme Michèle Le Barzic (1), psychologue dans le service de nutrition de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu à Paris. » « " Il y a cette idée que les " gros "	

	<p>sont des gens qui ne sont pas responsables, qui ne veulent pas se soigner, qui pourraient maigrir s'ils en avaient la volonté, l'intelligence ou le dynamisme. Alors que, bien souvent, ces personnes ont pris du poids parce que, au contraire, elles ont multiplié des régimes, prescrits par des médecins et qui ont tous échoué ", souligne Michèle Le Barzic. » « Tandis que Michèle Le Barzic ne peut " s'empêcher de mettre en relation les discriminations " anti-gros " avec cette survalorisation de la minceur qui, dans notre société, est quasiment devenue pathologique ". »</p> <p>Les Echos / date:30/01/2006 : « " Il ne sait plus à quel saint se vouer ", résume Michelle Le Barzic, psychologue clinicienne au service de nutrition de l'Hôtel-Dieu à Paris. En fait, l'homme moderne est coincé entre la nécessité de faire le plein de la chaudière humaine en carburant et d'assurer le plaisir rituel de partager ses victuailles avec le reste de la tribu pour maintenir la cohésion sociale, sans sous-estimer le risque réel ou imaginaire de l'empoisonnement. [...] Bombardé d'avertissements contre le " péril gras " dans une société qui vit dans le culte de la bonne santé, le mangeur occidental subit de plein fouet la " cacophonie diététique ". " Il est tenté de se dire : je suis trop gros, donc je suis moche et, en plus, je mets ma santé en péril ", constate Michelle Le Barzic. " C'est alors que se met en place le cycle infernal de la restriction cognitive et des privations. " Très rapidement, le corps ne suit pas. Ce système est un grand pourvoyeur d'obésité ", indique Michelle Le Barzic. [...] " Reste pourtant à trouver des solutions pour régler l'incontestable problème d'embonpoint qui menace la société, et notamment les jeunes générations. Après trente ans d'expérience dans ce domaine, Michelle Le Barzic reste prudente. " Toutes les obésités ne sont pas forcément pathologiques et on ne peut pas plaquer un modèle unique. " »</p>	
(11) Petit JP.	<p>Libération / date:26/12/2006 : " PDG de McDonald's France, Jean-Pierre Petit prend la mouche : " Nous faisons évoluer notre gamme et nos produits. Nous prenons les choses très au sérieux. Mais s'il suffisait de supprimer tous les McDo du monde pour régler le problème de l'obésité, ça se saurait. L'obésité est un souci réel de société, mais pas le problème de McDo. »</p> <p>La Tribune / date:27/02/2007 : « " Il (Macdo) s'apprête à lancer en 2008 un hamburger sans ketchup, ni mayonnaise ", précise Jean-Pierre Petit, son président en France. »</p>	
(10) Buisson JR.	<p>Le Figaro / date:04/02/2006 : « Avec le PNNS 2, l'étau va se resserrer plus encore sur l'industrie. " Tant que les messages sont positifs, sous forme de conseils, nous y souscrivons, assure Jean-René Buisson, à la tête de l'Association nationale des industries alimentaires (Ania). S'il s'agit de déconseiller certains produits, nous serons contre. » « " Nous nous sommes mis d'accord avec le ministère de la Santé pour que les mentions sanitaires passent en bas d'écran façon LCI ", se félicite Jean-René Buisson. »</p>	

	<p>Le Figaro / date:27/09/2006 : « " L'interdiction de la publicité dans ces pays (Suède, Québec) n'a eu aucun impact sur l'obésité des enfants ", insiste Jean-René Buisson, le président de l'Ania qui représente les industries agroalimentaires. »</p> <p>« Nos produits sont bons pour la santé, ils ont juste des qualités nutritionnelles différentes ", insiste Jean-René Buisson. »</p> <p>La Tribune / date:20/10/2006 : « Souvent mis en accusation, les industriels réagissent. Ils entendent être considérés comme des " acteurs responsables " et " participer à l'enrayement de l'obésité ", selon Jean-René Buisson, le président de l'Association nationale des industries alimentaires (Ania). »</p> <p>La Tribune / date:27/02/2007 : « L'Ania (Association nationale des industries de l'alimentaire) qui espérait un engagement collectif (car certains organismes n'y ont pas adhéré) se félicite toutefois de cette initiative. Elle demeurera vigilante. " Ces chartes ne doivent pas se transformer en dispositif commercial ", s'inquiète Jean-René Buisson, son président. »</p>	
(10) Apfeldorfer G.	<p>Le Nouvel Observateur / date:23/02/2006 : Les régimes ? Inefficaces ! La diététique ? Des pseudo-règles qui n'ont aucune valeur scientifique ! Deux médecins partent en guerre contre l'obsession du bien manger Le Nouvel Observateur. -> voir le texte pour aborder les arguments développés.</p> <p>Les Echos / date:10/05/2006 : « " La prolifération des messages nutritionnels augmente la perplexité des mangeurs et leurs interrogations sur la bonne manière de se nourrir, estime le psychiatre. Il dénonce ainsi le PNNS qui " propose une alimentation sur un mode réflexif ", contraignant le mangeur à s'informer en permanence et aux acteurs à renchéir dans ce domaine. D'où sa volonté de poser le débat dans d'autres termes : " Faut-il manger avec sa tête ou avec ses sens ? " »</p> <p>Le Figaro / date:10/03/2007 : « comme le constate Gérard Apfeldorfer, les images du prototype robotisé de l'homme ou de la femme idéale, véhiculées par la presse féminine ne peuvent que confirmer l'injustice de la vie face à nos acquis génétiques. L'obèse ne sera jamais mince s'il a été programmé génétiquement. La jeune adolescente passera de régime en régime, d'un yo-yo diététique à un autre, qui la fera passer inlassablement de mince à plus ronde et vice versa, sans jamais régler réellement le vrai problème qui est la non-acceptation de soi. »</p>	<p>Les Echos / date:10/05/2006 : « les pys partent en guerre contre les régimes tels Gérard Apfeldorfer, médecin psychiatre et vice-président du Groupe de recherche sur l'obésité et le surpoids (GROS) qui publie ces jours-ci chez Odile Jacob, avec son confrère médecin nutritionniste et psychothérapeute Jean-Philippe Zermati " Dictature des régimes, attention ! ". »</p>
(10) Woerth E.	<p>Le Figaro / date:07/08/2008 : « il est hors de question d'augmenter la TVA sur des produits alimentaires surtout dans un contexte de difficultés de pouvoir d'achat ", assure le ministre du Budget. » (en réponse à l'intérêt porté par V. Boyer sur ces propositions)</p>	<p>Le Figaro / date:07/08/2008 : « Les deux rapporteurs de la mission, membres de l'Inspection des finances et de l'Inspection des affaires sociales ont rendu fin juillet leurs conclusions à Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, et à Éric Woerth, ministre des Comptes publics. »</p>
(9) Nègre V.	<p>Le Progrès / date:11/01/2008 : « L'obésité est un phénomène qui s'accroît et dont la prise en charge doit se faire au plus tôt, afin d'éviter justement d'atteindre le surpoids à l'âge adulte " Dans la prise en charge, il n'y a pas d'interdit " Véronique</p>	

	Nègre, pédiatre nutritionniste » « " Une action déterminée contre l'obésité passe inéluctablement par la prévention infantile. " Ce que confirme le docteur Véronique Nègre, pédiatre coordonnateur du Repop (Réseau de prévention et prise en charge de l'obésité) Franche-Comté : " Quand on parle d'obésité, on inclut surpoids et obésité. Chez l'enfant, l'obésité grade 1 correspond à un surpoids adulte et l'obésité grade 2 à une obésité adulte. On ne peut donc pas la négliger ". Les causes, très variées, peuvent être prises en compte avant même la naissance. " On ne naît pas égaux face à l'obésité, explique Véronique Nègre. »	
(9) Caron FM.	Presse Océan / date:20/12/2008 : « " Nous espérons sensibiliser ainsi un maximum de familles à l'importance d'une alimentation équilibrée au quotidien, et d'une bonne hygiène de vie ", précise le Dr François-Marie Caron, président de l'AFPA. » L'Est Républicain / date:08/01/2009 : " Si rien n'est fait, les analystes prévoient qu'en 2020, la France aura rattrapé les Etats-Unis et ses 32 % d'enfants en surpoids ", indique François-Marie Caron, le président de l'Association française de pédiatrie ambulatoire, à la veille de la 5e journée nationale de prévention et d'information contre l'obésité infantile, programmée ce samedi 10 janvier.	
(8) Dubois P.	Le Monde Economie / date:16/02/2010 : « " Pour les friandises, crackers ou sodas, la décision d'achat varie avec le prix, selon Pierre Dubois, chercheur à l'Ecole d'économie de Toulouse. Une taxe de 5 % entraînerait une baisse des ventes de l'ordre de 10 % et aurait un impact sur l'obésité." »	
(7) Poulain JP.	Enjeux Les Echos / date:01/12/2007 : « " En France, le médicament et l'aliment restent des catégories étanches, assure le sociologue Jean-Pierre Poulain Pourtant, sous la pression du discours contre l'obésité, le mur commence à s'effriter (face aux alicaments)." »	
(7) Lamoureux P.	Les Echos / date:24/02/2006 : « Or, " il est très difficile d'établir un lien de cause à effet entre une action d'éducation et ses résultats, car les comportements ne se modifient qu'à très long terme ", prévient Philippe Lamoureux, le directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, qui dispose d'un budget de plus de 100 millions d'euros, avec comme priorités sida, tabac, alcool et nutrition. » Le Monde / date:14/03/2007 : « Chargé pourtant de diffuser les messages de santé publique, l'Inpes est sous surveillance. " Des sujets comme celui de la promotion de l'activité physique ne gênent personne, d'autres comme la limitation de la consommation de produits gras et sucrés sont plus sensibles ", reconnaît M. Lamoureux. »	
(7) Martin A.	AFP / date:18/10/2006 : « Obésité, cholestérol et tension résultent d'une alimentation riche en graisses et sucres et leur dosage constitue l'un des axes prioritaires du Plan national de nutrition santé (PNNS) lancé par l'Etat en 2001, a rappelé Ambroise Martin professeur de nutrition et de biochimie à la faculté de	

	médecine de Lyon, à l'occasion d'un colloque cette semaine à Montpellier. »	
(6) Frey M.	<p>Le Parisien / date:28/01/2009 : « Martine Frey, la directrice marketing médical du laboratoire GSK, qui voit là " une nouvelle option dans la lutte contre l'obésité offerte à tous ceux, - et ils sont nombreux -, qui ne souhaitent pas consulter un médecin ", veut croire à " la compétence et à la responsabilité du pharmacien qui aura la charge de calculer l'IMC des patients avant de délivrer Alli ". »</p> <p>Le Figaro / date:03/02/2009 : « Avec l'Alli, orlistat dosé à 60 mg, " l'efficacité est 80 % de celle de l'orlistat 120 mg, avec moins d'effets secondaires digestifs ", assure Martine Frey »</p> <p>Le Point / date:30/04/2009 : « " Certains trouvent un caractère pédagogique à ce produit : s'il ne survient aucun effet indésirable, le régime a été bien adapté. Si au contraire il y a eu excès, les désagréments sont là pour le rappeler ", assure, sans rire, Martine Frey, directrice médicale chez GSK. »</p> <p>Sud-Ouest / date:07/05/2009 : « Martine Frey, directrice médicale santé grand public chez GSK, explique : " La molécule - l'orlistat - est la même que celle utilisée dans le Xenical, commercialisé par les laboratoires Roche depuis 1998. »</p>	
(5) Duclos M.	<p>Le Figaro / date:29/03/2010 : « Une personne soumise à un régime hypocalorique efficace perd environ un à deux kilos par mois. Au bout de 8-12 mois, elle aura perdu 10 kilos, 9 de graisses et 1 de muscle. C'est le muscle qui conditionne notre dépense musculaire au repos et représente plus de 80 % de nos dépenses énergétiques. Or cette perte de la masse musculaire va contribuer à réduire la dépense énergétique au repos, et donc à reprendre du poids, affirme le professeur Martine Duclos (endocrinologue, CHU Clermont-Ferrand). Dans nos études, le meilleur élément prédictif du maintien de la perte de poids après régime, c'est l'exercice physique. » « Le fait de marcher, monter les escaliers, être debout, contribue à la dépense énergétique. C'est l'activité physique totale sur 24 heures qui compte, même si elle est peu intense », ajoute le professeur Duclos. » « C'est toute une culture qu'il faut changer, un mode de vie, une éducation, assure le Pr Duclos. »</p> <p>L'Express / date:01/04/2010 : « " Mon service, ouvert il y a trois ans, est le seul, en France, à prendre en charge des pathologies par l'activité sportive ", précise le Pr Martine Duclos. [...] " L'activité physique est un multimédicament, résume le Pr Duclos : elle fait baisser la tension, le taux de glucose, ainsi que le niveau du mauvais cholestérol et des triglycérides. »</p>	
(4) De Saint-Pol T.	<p>Marianne2.fr / date:28/01/2010 : « Pour Thibaut de Saint-Pol, chercheur de l'Insee mis à disposition de l'éducation nationale, " il est difficile de savoir quel sens prévaut dans la relation obésité-chômage ". Le temps passé au chômage augmente avec la corpulence. Des clichés qui pèsent " Les mécanismes économiques sont importants, mais les questions de représentation de soi jouent aussi dans l'obésité.</p>	<p>Libération / date:05/12/2007 : « Dans une étude, " Evolution de l'obésité en France de 1981 à 2003", un jeune chercheur de l'Insee, Thibaut de Saint-Pol, a montré que, entre 1981 et 1992, la courbe était restée presque plate, et le fameux IMC moyen des Français (indice de masse corporelle, qui permet de classer</p>

	Beaucoup d'études montrent qu'en perdant du poids, les anciens obèses conservent leur handicap ", souligne Thibaut de Saint-Pol.» « quand l'éditorialiste de L'Express se permet des raccourcis plus gros que lui, le spécialiste de l'obésité bondit : " il oublie toutes les inégalités sociales mais aussi médicales et génétiques qui se cachent derrière l'obésité, s'insurge Thibaut de Saint-Pol. »	les gens entre maigres, normaux, en surpoids et obèses) n'avait guère bougé. C'est à partir de 1992 que tout s'accélère. Et vite.»
(4) Turck D.	La Croix / date:19/06/2008 : « Chef du service de pédiatrie du CHRU de Lille et président du comité d'experts en nutrition humaine à l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), le professeur Dominique Turck s'insurge, lui, contre un discours laissant entendre qu'un enfant non prédisposé à l'obésité peut manger n'importe quoi sans aucun risque. " Si un enfant continue de s'alimenter en excès par rapport à ses besoins, il arrivera un moment où les capacités de régulation de son organisme vont atteindre ses limites et il finira par prendre du poids ", souligne ce médecin.» « Dans mes consultations, ce que je vois, ce sont plutôt des parents qui tombent des nues quand on leur explique que ce n'est pas formidable de manger tous les jours des frites avec la mayonnaise ", souligne le professeur Turck. »	
(3) Rigal N.	Les Echos / date:30/01/2006 : « " A la naissance, la situation est idyllique, le bébé manifeste son plaisir pour les aliments denses, dont il a besoin, et la mère en conçoit à son tour la satisfaction de lui faire plaisir ", rapporte Nathalie Rigal, spécialiste de la psychologie de l'enfant à Paris X-Nanterre. Mais cet âge d'or ne dure pas. Dès 18-24 mois, l'enfant refuse les nouveautés (les légumes). Probablement au nom d'un vieux réflexe darwinien associant le végétal à un risque d'empoisonnement. »	
(3) Legrand P.	AFP / date:16/03/2010 : « Pour prévenir les principales pathologies potentiellement liées aux habitudes alimentaires (maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, cancer), " la première règle est d'équilibrer les apports et les dépenses, c'est-à-dire d'équilibrer ce que l'on mange avec ce que l'on dépense ", résume le Pr Philippe Legrand, de l'Afssa. » « " Pour l'obésité, le diabète et le cancer, le risque vient de la masse ingérée de calories plutôt que des graisses ", ajoute ce spécialiste. Ainsi, pour l'Afssa, la part des corps gras, tant décriés, peut atteindre " 35 à 40 % " de l'apport énergétique journalier pour un adulte consommant 2000 calories par jour. En 2001, elle conseillait de ne pas dépasser 35 %. Ce changement se fera au détriment des glucides (sucre, pain, pâtes, féculents...), indique le Pr Legrand. »	
(3) Simon Y.	L'Express / date:14/03/2008 : « Le Dr Yves Simon, spécialiste des troubles alimentaires au Domaine ULB Erasme, ne s'en étonne pas : " Ces campagnes nous demandent de manger avec notre tête, alors que le fait de s'alimenter met en œuvre des mécanismes physiologiques, développés à une époque où la nourriture était moins disponible et les besoins en calories plus élevés. » « " Les messages publicitaires nous incitent surtout à la consommation d'aliments gras et sucrés, souligne Yves Simon. Et, dans le même temps, d'autres messages publicitaires nous	

	<p>confrontent à des standards de poids et de silhouette inaccessibles à la majorité de la population, souvent incompatibles avec la santé, mais associés à des " valeurs " de beauté, de force et de performance. " Si les premiers nous aident à prendre du poids, les seconds nous encouragent à " faire régime ". » « " On ne mange plus pour le plaisir, ni même simplement pour se nourrir, mais pour se soigner, remarque le Pr René Patesson, psychosociologue et directeur du Creatic (2). Au lieu de réduire les troubles des conduites alimentaires, la multiplication des discours diététiques et de santé - mangez contre le cancer, l'infarctus, Alzheimer - les aggrave, en particulier chez les jeunes. " Une constatation confirmée par Yves Simon : " A force de " taper sur le clou ", on crée chez beaucoup de jeunes sans problèmes pondéraux la peur de prendre du poids, ou même d'avoir un poids normal. »</p>	
(3) Rochcongar P.	<p>AP French Worldstream / date:01/04/2008 : « Chez l'enfant et l'adolescent, l'activité physique est considérée comme un moyen de lutte contre le surpoids et l'obésité, le désinvestissement scolaire et sociale. Elle permettrait par ailleurs de canaliser l'agressivité, de fixer son attention... Reste que l'exercice physique n'est pas sans dangers. Ainsi " les lésions du squelette et de l'appareil locomoteur " et " les conduites addictives qui concernent 4 à 5% des gens ", a indiqué Pierre Rochcongar, Unité de biologie et médecine du sport, CHU de Rennes »</p> <p>Sud-Ouest / date:28/10/2009 : « Pierre Rochcongar, Président de la Société française de médecine du sport, médecin de la Fédération française de football. »</p> <p>« La médecine du sport est avant tout intéressée par le sport santé et non la performance voire le dopage, comme on l'assimile parfois abusivement. [...] Cette prise de conscience est récente. Elle découle de la confirmation de l'importance de l'activité physique comme facteur de prévention et même de soins. [...] Pendant longtemps, on a dit en France que le sport était mauvais pour les articulations, les tendons, les os. On mettait les gens au repos en cardiologie, neurologie, orthopédie et endocrinologie. Aujourd'hui, on se rend compte que le sport peut prévenir des maladies cardio-vasculaires, l'obésité, le diabète, l'ostéoporose, la dépendance des sujets âgés et même la dépression, certaines maladies neurologiques, certains cancers... »</p>	
(2) Bazin	<p>Le Progrès / date:10/02/2006 : « Le message est simple : pour prévenir l'obésité, il ne s'agit ni de se soumettre à régime alimentaire draconien ni à une pratique du sport exténuante. " Mais simplement de manger un peu de tout, de prendre l'habitude de marcher tous les jours à peu près une demi-heure " assurent Stéphanie Bazin et Sylvie De Paulis. Ces deux femmes sont respectivement diététicienne et infirmière en prévention santé et elles travaillent toutes deux à la mairie de Meyzieu. »</p>	
(2) Tauber M.	<p>La Croix / date:07/09/2006 : « " Il faudra aussi pouvoir inverser certaines habitudes culturelles qui se sont développées, notamment celle de remplacer chez les enfants</p>	

	<p>le fruit du dessert par un produit laitier, certes attrayant mais généralement très riche en graisse et en sucre ", explique le professeur Maithé Tauber, responsable du réseau de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique (Repop) de Toulouse. " On peut aussi obtenir des résultats avec des actions très pragmatiques, poursuit-elle. On sait que, dans les cantines scolaires, lorsqu'on propose un choix de légumes et de féculents, dans 80 % des cas les enfants choisissent les féculents. Ne proposer que des légumes ne sert à rien car dans ce cas, la plupart du temps, le contenu de l'assiette part tout entier dans la poubelle. Nous avons donc mené dans quatre collèges une opération visant à inciter les élèves à partager leur assiette avec moitié féculents et moitié légumes. Et nous avons vraiment recueilli une forte adhésion de leur part. " »</p> <p>La Croix / date:19/06/2008 : « " Une personne mince qui mange n'importe quoi peut avoir des problèmes cardiovasculaires ou de diabète ", ajoute le professeur Maithé Tauber, pédiatre au CHU de Toulouse et responsable du Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (Repop) en Midi-Pyrénées. »</p>	
(2) Simon C.	<p>Le Monde / date:19/11/2009 : « L'étude Icaps (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité), menée par le professeur Chantal Simon de 2002 à 2006 auprès de 1000 collégiens du Bas-Rhin (consultable sur le site du PNNS), a montré que l'activité physique diminuait le risque de surpoids, rappelle le Pr Simon. »</p>	
(2) Le Heuzey MF.	<p>Aujourd'hui en France / date:03/07/2007 : « " Les enfants grignotent trop ", insiste Marie-France Le Heuzey, pédopsychiatre à l'hôpital Robert Debré à Paris. " Les biberons sont des prises alimentaires dont on peut se passer à 3 ans. " Etude TNS-Sofres-Syndicat français des aliments de l'enfance réalisée en 2005 et dont les résultats sont donnés aujourd'hui. »</p>	
(2) Bailleul-Forestier I.	<p>LePoint.fr / date:15/09/2009 : Selon elle, " si la dénutrition (liée aux carences en oligo-éléments, en protéines, en vitamines) a des répercussions sur la santé buccale, il en est de même pour la surnutrition ".Et le dentiste a non seulement un rôle important de prévention à jouer, mais aussi un discours commun à tenir avec les médecins sur les risques liés à la surcharge pondérale. Les personnes obèses et en surpoids sont sujettes aux caries, de nombreuses études épidémiologiques l'ont démontré. C'est notamment parce qu'elles consomment beaucoup de produits sucrés et qu'elles sont souvent adeptes du grignotage, deux comportements à haut risque pour les dents. Le grignotage, qui met les aliments en permanence à leur contact, et le sucre favorisent l'attaque de l'émail et de la dentine. De plus, une enquête réalisée en France démontre un risque de parodontite sévère avec l'augmentation de l'indice de masse corporelle. Or les maladies parodontales, qui touchent la gencive ou l'os entourant les dents, peuvent fragiliser l'implantation de ces dernières, qui finissent</p>	<p>LePoint.fr / date:15/09/2009 : « Un dentiste qui s'inquiète du poids et du tour de taille de son patient, cela peut sembler curieux. À première vue seulement, car il existe un lien étroit entre obésité et santé dentaire. C'est ce que va détailler le docteur Isabelle Bailleul-Forestier devant ses confrères réunis du 15 au 18 septembre à Paris pour les 35es Entretiens de Garancière. »</p>

	<p>par se déchausser. D'autre part, toute personne ayant moins de 21 dents sur 32 a trois fois plus de risque d'être obèse qu'une personne ayant 21 dents ou plus. " Lorsqu'il manque des dents, les forces masticatoires sont mal réparties. Les victimes de ces édentations non compensées mâchent moins, ou plus difficilement, et se nourrissent donc d'aliments faciles à mâcher, en général des aliments mous comme les féculents, gras comme les frites - au détriment de pommes ou de carottes crues qu'elles ne peuvent pas bien croquer ", explique le docteur Isabelle Bailleul-Forestier.</p>	
(1) Trèves R.	<p>Les Echos / date:04/11/2008 : « En fait, l'arthrose résulte de l'élimination de cellules spécialisées (les chondrocytes) qui disparaissent quand elles sont soumises à une trop forte pression de contact. Aux Etats-Unis, le lien entre arthrose et obésité a été démontré, ce qui confirme les origines mécaniques de cette maladie. " L'obésité est le pire ennemi des articulations ", ajoute Richard Trèves, rhumatologue au CHU de Limoges »</p>	
(1) Biraben A.	<p>AFP / date:24/11/2009 : « Des chercheurs de Rennes ont réussi à démontrer que l'on pouvait tromper le cerveau des cochons pour freiner leur appétit insatiable et se préparer à étendre l'expérience pour lutter contre l'obésité chez les humains. Le principe est de " stimuler le nerf vague pour donner au cerveau l'impression que le repas est arrivé dans le tube digestif ", via des impulsions électriques, explique le Dr Arnaud Biraben, neurologue au CHU de Rennes. »</p>	
(1) Mansourati.	<p>Ouest France / date:25/04/2008 : « Il faut savoir que le stress, la maladie, une mauvaise alimentation (trop de sel, de réglisse...), l'obésité, la sédentarité et l'âge peuvent être sources d'hypertension. Pour y remédier, des traitements médicamenteux existent évidemment. Mais la priorité, c'est le retour à une bonne hygiène de vie : avoir une nourriture équilibrée ; ne pas fumer ; effectuer 30 minutes d'exercices physiques quotidiens : marche à pied rapide, jogging, vélo, natation... C'est très bon pour le cœur et la tension, et efficace contre le cholestérol et le diabète. " Toutefois, avant de se lancer dans une telle activité physique, les hommes âgés de plus de 40 ans et les femmes de plus de 50 ans doivent aller faire un bilan de santé chez leur médecin généraliste ou un cardiologue ", prévient le docteur Jacques Mansourati, professeur de cardiologie à la Cavale-Blanche. »</p>	

*Annexe n°4 : Extraits du numéro hors-série consacré à la diététique
du bulletin Médicographie édité par les laboratoires Servier en
Janvier 1980*

Il est dans votre salle d'attente



Il est dans votre salle d'attente; c'est votre prochain malade, vous allez devoir commenter les résultats d'exams complémentaires et prendre une décision.

L'alerte

Ce qui l'a amené à consulter? Peut-être un signe fonctionnel d'alarme vasculaire, peut-être le décès d'un proche par infarctus, ou encore sa propre inquiétude ou celle de sa femme qui l'a poussé à un examen de principe.

Les anomalies

Il a entre 40 et 50 ans, sa bonne santé n'est qu'apparente: derrière son aspect jovial et rubicond, son excès de poids et quelques anomalies sont alarmants, le risque vasculaire le guette. En effet, sa tension artérielle est limite, son fond d'œil montre de discrètes altérations. Outre une enquête clinique et électrique complète et soigneuse allant jusqu'à l'E.C.G. d'effort, des examens biologiques complets ont été faits.

Il en ressort: VS, NFS, urée, créatinine sont normales, cependant la glycémie est à 1,15 g, le cholestérol à 2,90 g, les triglycérides à 1,80 g, l'acide urique à 65 mg.

Ces élévations modérées mais multiples, sont autant de facteurs de risque se majorant réciproquement.

Le choix de l'option thérapeutique

Chez ce malade particulièrement exposé, le traitement suppose des mesures symptomatiques, à poursuivre indéfiniment et à contrôler régulièrement.

1/ En premier lieu, le régime, après une enquête diététique, s'impose.

2/ Si le régime est insuffisant ou s'il est mal suivi, 2 options thérapeutiques sont possibles:

- associer 3 médicaments symptomatiques, un hypoglycémiant, un normolipémiant et un hypo-uricémiant.
- ou Mediator seul, car il agit sur les 3 anomalies métaboliques décelées: hyperlipidémie, hyperglycémie, hyperuricémie.

Voilà l'intérêt majeur de Mediator,

une seule molécule pour corriger 3 anomalies parce que Mediator agit au carrefour des métabolismes lipidiques, glucidiques et puriniques.

Mediator agit sur les 3 facteurs métaboliques du risque athérogène : hyperlipidémie, hyperglycémie, hyperuricémie.

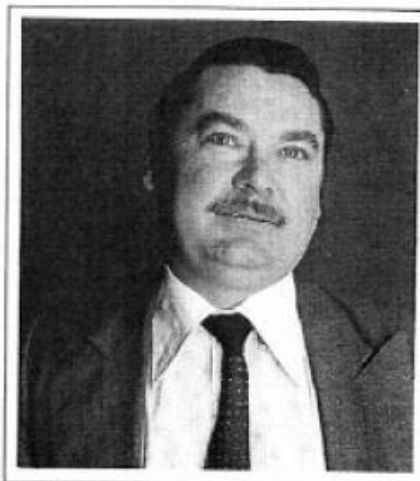
INDICATIONS: Troubles du métabolisme des lipides: facteur de traitement du métabolisme lipidique. Mediator aide à corriger les hyperlipidémies, qu'il s'agisse d'hypercholestérolémies, d'hypertriglycéridémies, d'hyperlipidémies mixtes. Troubles du métabolisme des glucides: diabète asymptomatique; diabète pérenn, en association aux traitements classiques du diabète (régime avec ou sans hypoglycémiant). Troubles métaboliques glucido-lipidiques athérogènes: Mediator agit sur les principaux facteurs de risque responsables de l'extension ou de l'aggravation de l'athérosclérose.

POSOLOGIE: En traitement d'attaque: 3 comprimés par jour - 1 comprimé au début de chacun des 3 repas. Cette posologie peut être prescrite d'emblée ou attendue progressivement (1 comprimé la première semaine, 2 comprimés la 2^e semaine, 3 comprimés la 3^e semaine) en cas de sensibilité digestive ou de susceptibilité particulière. Par la suite, la posologie peut être ramenée à 2 (parfois 1) comprimés dragés par jour dans les cas modérés et pour les traitements au long cours, en fonction des résultats biologiques. Coût du traitement journalier: 0,90 à 2,94 F. **CONTRE-INDICATIONS:** Pancréatite chronique avérée - Grossesse par mesure de prudence.

ACTIONS INDÉSIRABLES: En fonction de susceptibilités individuelles et plus particulièrement aux dosologies supérieures à 3 comprimés par jour, les effets secondaires suivants ont été observés: digestifs (nausées, vomissements, gastralgies, diarrhées), asthénie, somnolence ou états vertigineux. Aucune interférence indésirable de Mediator avec les traitements associés en particulier les anticoagulants, n'a été constatée. En raison de son mode d'action, Mediator ne peut pas provoquer d'hypoglycémie. Mediator n'interfère pas avec la fonction thyroïdienne.

PRÉSENTATION: Comprimés dragés. Benzotaté de [1-méthyl-1 (bromométhyl)-3-phényl-2-thyl] amino-1-2 éthyle, chlorhydrate; benfluorex, chlorhydrate, 0,150 g pour 1 comprimé. Excipients: amidon de maïs, carboxyméthylcellulose sodique, Cile blanche, éthyl cellulose, magnésium (stéarate de), mono-oléate de glycérol, polysorbate, polyvidone - excipient, silice colloïdale, sucre blanc officinal, talc. Itane (oxyde de) qs, pour un comprimé dragéifié tarminé à 0,700 g. Tableau A - AMM, 317-557-9. Durée de conservation: 4 ans. Boîte de 30 comprimés: 29,05 F + 0,35 F S-I-P. Remboursé Sécurité Sociale. Admis aux collectivités. Les Laboratoires Servier: 45400 Gidy.

Polysurchargé



Médiator est le traitement des polysurcharges métaboliques. Agissant au carrefour des métabolismes, il facilite la pénétration et l'utilisation cellulaire du glucose, favorise la combustion énergétique des lipides, diminue la production d'acide urique.

La posologie est de 3 comprimés par jour mais peut être atteinte progressivement en cas de susceptibilité individuelle : 1 comprimé la première semaine, 2 comprimés la deuxième semaine, 3 comprimés la troisième semaine.

Mediator

agit sur les 3 facteurs métaboliques
du risque athérogène :
hyperlipidémie - hyperglycémie - hyperuricémie.

Indications : Troubles du métabolisme des lipides : facteur de traitement du métabolisme lipidique. Mediator aide à corriger les hyperlipidémies, qu'il s'agisse d'hypercholestérolémies, d'hypertriglycéridémies, d'hyperlipidémies mixtes. Troubles du métabolisme des glucides : diabète asymptomatique; diabète patent, en association aux traitements classiques du diabète (régime avec ou sans hypoglycémiant). Troubles métaboliques glucido-lipidiques athérogènes : Mediator agit sur les principaux facteurs de risque responsables de l'extension ou de l'aggravation de l'athérosclérose.

Posologie : En traitement d'attaque : 3 comprimés par jour - 1 comprimé au début de chacun des 3 repas. Cette posologie peut être prescrite d'emblée ou atteinte progressivement (1 comprimé la première semaine, 2 comprimés la 2^e semaine, 3 comprimés la 3^e semaine) en cas de sensibilité digestive ou de susceptibilité particulière. Par la suite la posologie peut être ramenée à 2 (parfois 1) comprimés dragéifiés par jour dans les cas modérés et pour les traitements au long cours, en fonction des résultats biologiques. Coût du traitement journalier : 0,98 F à 2,94 F.

Contre-indications : Pancréatite chronique avérée - Grossesse par mesure de prudence.

Actions indésirables : En fonction de susceptibilités individuelles et plus particulièrement aux posologies supérieures à 3 comprimés par jour, les effets secondaires suivants ont été observés : digestifs (nausées, vomissements, gastralgies, diarrhées), asthénie, somnolence ou états vertigineux. Aucune interférence indésirable de Mediator avec les traitements associés en particulier les anticoagulants n'a été constatée. En raison de son mode d'action, Mediator ne peut pas provoquer d'hypoglycémie. Mediator n'interfère pas avec la fonction thyroïdienne.

Présentation : Comprimés dragéifiés. Benzoate de [[méthyl-1(trifluorométhyl-3 phényl)-2 éthyl]amino]-2 éthyle, chlorhydrate, benfluorex, 0,150 g pour 1 comprimé.

Excipients : amidon de maïs, carboxyméthylcellulose sodique, cire blanche, éthyl cellulose, magnésium (stéarate de), mono-oléate de glycérol, polysorbate, polyvidone - excipient, silice colloïdale, sucre blanc officinal, talc, titane (oxyde de) q.s. pour un comprimé dragéifié terminé à 0,700 g. Tableau A. AMM 317-557-9. Durée de conservation : 4 ans. Boîte de 30 comprimés. PRIX : 29,05 F + 0,35 F SHP. Remboursé Sécurité sociale. Admis aux Collectivités. LES LABORATOIRES SERVIER : 45 400 Gidy.

Annexe n°5 : Description du corpus « Ouvrages » mobilisé dans les parties II et III

- Basdevant A., Guy-Grand B., (dir.), 2004, *Médecine de l'obésité*, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », Paris.

Avant-propos par les directeurs de publication.

Chapitre 1 : Définitions et classification des obésités, Basdevant A.

Chapitre 2 : Épidémiologie de l'obésité, Charles M.-A.

Chapitre 3 : Sociologie de l'obésité : facteurs sociaux et construction sociale de l'obésité, Poulain J.-P.

Chapitre 4 : Conséquences médico-économiques de l'obésité, Czernichow S. et Basdevant A.

Chapitre 5 : Origines des obésités, Basdevant A.

Chapitre 6 : Sédentarité, inactivité physique et obésité, Oppert J.-M.

Chapitre 7 : Alimentation, gain de poids et obésité, Simon C.

Chapitre 8 : Les déterminants psychologiques de l'obésité, Le Barzic M.

Chapitre 9 : Dépense énergétique et obésité, Schutz Y.

Chapitre 10 : Déterminants neuroendocriniens de l'obésité et de l'adiposité abdominale, Björntorp P.

Chapitre 11 : Déterminants génétiques de l'obésité humaine, Clément K.

Chapitre 12 : Examen clinique, Basdevant A.

Chapitre 13 : Analyse clinique du comportement alimentaire, Le Barzic M., Basdevant A. et Guy-Grand B.

Chapitre 14 : Évaluation de la dépense énergétique et de l'activité physique, Oppert J.-M.

Chapitre 15 : Analyse de la composition corporelle, Barbe P.

Chapitre 16 : Analyse des apports alimentaires, Romon M.

Chapitre 17 : Complications cardiovasculaires de l'obésité (hors HTA), Oppert J.-M.

Chapitre 18 : Hypertension artérielle, Valensi P.

Chapitre 19 : Syndrome polymétabolique, Vague P.

Chapitre 20 : Diabète, Ducluzeau P.-H. et Laville M.

Chapitre 21 : Traitement de la microangiopathie diabétique, Selam J.-L. et Slama G.

Chapitre 22 : Obésité, dyslipidémies et risque vasculaire absolu, Krempf M.

Chapitre 23 : Complications respiratoires des obésités, Laaban J.-P.

Chapitre 24 : Obésité et appareil digestif, Perlemuter G. et Buffet C.

Chapitre 25 : Complications ostéoarticulaires de l'obésité, De Gennes C.

Chapitre 26 : Complications veineuses et lymphatiques de l'obésité, Boursier V. et Priollet P.

Chapitre 27 : Obésité et cancer, Boutron-Ruault M.-C.

Chapitre 28 : Hypertension intracrânienne idiopathique et obésité, Pico F. et Said G.

Chapitre 29 : Qualité de vie, Basdevant A.

Chapitre 30 : Autres complications, Basdevant A.

Chapitre 31 : Objectifs et stratégies, Basdevant A.

Chapitre 32 : Activité physique et traitement de l'obésité, Oppert J.-M. et Dalarun P.

Chapitre 33 : Alimentation, Gougis S. et Basdevant A.

Chapitre 34 : Approche cognitivo-comportementale, Golay A., Volery M., Rieker A., Fossati M. et Nguyen-Howles M.

Chapitre 35 : Traitement médicamenteux de l'obésité, Ziegler O. et Guy-Grand B.

Chapitre 36 : Chirurgie de l'obésité, Bouillot J.-L., Prat-Larquemin L. et Coupaye M.

Chapitre 37 : Chirurgie plastique, Slama M., Sellam P. et Cerceau M.

Chapitre 38 : Conséquences somatiques de la perte de poids : impact des variations pondérales sur la morbidité, Czernichow S. et Guy-Grand B.

Chapitre 39 : Restriction cognitive, Basdevan A. et Tholliez D.

Chapitre 40 : Prise en charge de l'enfant obèse, Tounian p. et Girardet J.-P.

Chapitre 41 : Syndromes génétiques avec obésité, Tauber M. et Lacombe D.

Chapitre 42 : Facteurs prédictifs de la persistance de l'obésité de l'enfant à l'âge adulte, Rolland-Cachera M.-F.

Chapitre 43 : Conseils à un parent obèse, Cassuto D.-A.

Chapitre 44 : Anesthésie et obésité, Haberer J.-P.

Chapitre 45 : Le sujet obèse en situation d'agression, Melchior J.-C.

Chapitre 46 : Grossesse et obésité, Galtier F., Farret A. et Bringer J.

Chapitre 47 : Contraception orale, traitements hormonaux substitutifs, Fages S.

Chapitre 48 : Fertilité, stérilité et obésité, Lefebvre P., Raingeard I. et Bringer J.

Chapitre 49 : Hormones thyroïdiennes et obésité, Ritz P., Roussel D., Rohmer V.

Chapitre 50 : Prescription d'antidépresseurs et de psychotropes chez le patient obèse, Waysfeld B.

Chapitre 51 : Prises de poids sous médicaments non psychotropes, Valéro R. et Vialettes B.

Chapitre 52 : Sevrage tabagique et prise de poids, Czernichow S. et Oppert J.-M.

Chapitre 53 : Le sujet âgé obèse, Ferry M.

Chapitre 54 : Recommandations, Basdevant A.

Chapitre 55 : Le médecin généraliste et la prévention, le dépistage et la prise en charge des obésités, Cornet P.

Chapitre 56 : Prévention des obésités, Basdevant A. et Borys J.-M.

Chapitre 57 : Organisation du système de soin, Basdevant A.

- Zermati J.-P., Apfeldorfer G., Waysfeld B., (dir.), 2010, *Traiter l'obésité et le surpoids*, Odile Jacob, Paris.

Préface : Guy-Grand B.

Introduction par les directeurs de publication.

Chapitre 1 : Quelle est la contribution génétique dans les comportements alimentaires ?, Froguel P.

Chapitre 2 : Plaisir alimentaire et régulation énergétique, Fantino M.

Chapitre 3 : Régulation nutritionnelle, goût et appétits spécifiques, Holley A.

Chapitre 4 : Graisses et obésité : une question de quantité ou de qualité ?, Weill P.

Chapitre 5 : La restriction cognitive, Zermati J.-P. et Apfeldorfer G.

Chapitre 6 : Les relations entre émotions et comportements alimentaires, Hahusseau S.

Chapitre 7 : Activité physique, sédentarité et obésité, Oppert J.-M.

Chapitre 8 : Bons et mauvais aliments ? Glucides, lipides lesquels font grossir ?, Lecerf J.-M.

Chapitre 9 : Pour une nouvelle théorie de l'obésité, Zermati J.-P. et Apfeldorfer G.

Chapitre 10 : Traitement de la restriction cognitive, Apfeldorfer G. et Zermati J.-P.

Chapitre 11 : Comment travailler sur le goût, Kuréta-Vanoli K. et Menneteau U.

Chapitre 12 : Apprendre à réguler ses émotions pour diminuer les pulsions alimentaires, Hahusseau S.

Chapitre 13 : L'approche psychodynamique de l'obésité aujourd'hui, Waysfeld B.

Chapitre 14 : Le défi de l'acceptation de soi dans une culture narcissique, Bourque D.

Chapitre 15 : Comment s'accepter, s'aimer et être respecté lorsqu'on est en surpoids, Chaperon A.-F.

Chapitre 16 : Les thérapies psychocorporelles dans le traitement du surpoids et de l'obésité, Dalarun P.

Chapitre 17 : Propositions du GROS pour une politique de santé publique en matière d'obésité.

Chapitre 18 : Nutriment ou aliment : qu'apprendre aux enfants ?, Rigal N.

Chapitre 19 : La lutte contre la stigmatisation des sujets en surpoids : une voie de prévention de l'obésité, Poulain J.-P.

Chapitre 20 : Encourager l'abandon des régimes dans les programmes de lutte contre l'obésité, Volery M.

Chapitre 21 : « Choisir de maigrir ? » : l'expérience québécoise, Mongeau L., Provencher V.

Chapitre 22 : Désenchantement et réenchantement de l'alimentation, Fischler C.

Pour en savoir plus : Aspects neurophysiologiques du contrôle nerveux de la prise alimentaire, Fantino M.

- Bergeron H., Castel P., (dir.), 2010, *Regards croisés sur l'obésité*, Éditions de santé et Presses de Sciences Po, coll. « Séminaires », Paris.

Préface : Tabuteau D.

Introduction par les directeurs de publication.

Chapitre 1 : L'obésité entre dissidence et résistance, Le Breton D.

Chapitre 2 : Épidémiologie de l'obésité, Charles M.-A.

Chapitre 3 : Obésité et clivages sociaux : l'approche sociologique, Régnier F.

Chapitre 4 : L'émergence de l'obésité en tant que problème de santé publique en France et au Royaume-Uni, Bossy T.

Chapitre 5 : Obésités : origines d'une médicalisation débattue, Basdevant A.

Chapitre 6 : Addictions et politis, Gervais C., Sanchez M. et Lowenstein W.

Chapitre 7 : Économie de l'obésité : une taxe nutritionnelle est-elle souhaitable ?, Étilé F.

Chapitre 8 : Microphysique d'une intervention sur l'obésité. Technologie de soi comme moyens de traduction, Levay C.

Annexe n°6 : Extraits du verbatim de l'émission « Régimes, quand maigrir fait grossir » diffusée sur France 5 en décembre 2010

Extrait 1

Pierre Dukan : Moi **je vois des gens qui souffrent**, des femmes qui souffrent, **qui me disent qu'elles sont en prison dans leur graisse**, qui ont 20 kilos de trop, qui veulent s'en échapper et qui n'y parviennent pas parfois. Lorsque je les vois pour la première fois, **elles me disent en effet j'ai tout essayé [...]** **Mais Zorro est arrivé !** Je veux dire par là qu'il y a un moment où l'on peut trouver quelque chose.

Journaliste : Donc c'est vous Zorro, c'est Zorro Dukan ? [...]

Pierre Dukan : Ça, c'est **une étude qui a été commandité par l'Union Européenne**. Elle a couté 15 millions d'euros [...]. Elle **dit, tout simplement, que le meilleur des régimes c'est un régime hyper-protéiné** avec beaucoup de viandes maigres, des laitages à 0% et le moins possible de pain et de riz. Voilà !

Journaliste : En l'occurrence ce qui est au cœur de votre travail...

Pierre Dukan : Oui **c'est le fond de mon travail** [...]

Journaliste : Pierre Dukan je m'excuse, vous comprenez [...] les conclusions de l'agence, qui est quand même une agence d'état [...] créé forcément de la confusion pour ceux qui nous écoutent vous avez raison. Vous nous amenez a contrario [...] une autre étude qui rajoute à la confusion puisqu'elle dit exactement le contraire. J'entends bien. Il y aura toujours une dernière étude. La question c'est pourquoi on ne peut pas arriver en gros à un minimum de consensus autour de ces questions [...] Est-ce que vous êtes d'accord pour dire que, ça ne s'applique pas à votre méthode peut être, en tout cas la médecine du régime comme le disent un certain nombre de médecins tout à fait honnête c'est d'abord une médecine de l'échec [...]

Pierre Dukan : Oui, oui, on peut toujours maigrir mais **le problème c'est la stabilisation**. Ce qui se passe après hein. **C'est là ce qui a fait le succès de ma méthode**. Ce n'est pas le fait de maigrir car qui n'a pas maigrie dans sa vie ? Mais c'est la deuxième, la troisième et la quatrième partie du régime qui finit sur un régime à vie [...]

Journaliste : On peut se battre sans cesse sur... parce que tout le monde sait que les régimes font maigrir. Alors après, on se bat pour savoir si c'est à court ou moyen terme, mais il y a des résultats [...] Tout le monde sait aussi que très souvent on reprend du poids. La question maintenant qui est posée par l'agence et qui peut inquiéter un certain nombre de français c'est : est-ce qu'à l'arrivée ils peuvent être dangereux ? **Est-ce qu'il y a un danger à pratiquer le régime alimentaire ?** Est-ce que vous, quand on vous dit le régime Dukan c'est dangereux, qu'est-ce que vous répondez ?

Pierre Dukan : J'ai **deux réponses** [...] **La première réponse, c'est 40 ans.** Quarante ans de travail, **de pratique de mon régime.** En 40 ans, je vous le dis les yeux dans les yeux, **je n'ai jamais vu un cas**, une personne n'est venu me dire : « j'ai eu une carence, j'ai eu un problème », voilà ! [...] **Deuxièmement**, ce matin **je reçois par hasard l'impact médecine.** C'est l'hebdomadaire de l'exercice médical. Et je vois, j'ouvre, on dirait qu'il a été écrit pour vous : les thérapeutiques du diabète ; et **je lis** : « **la prise en charge du surpoids et de l'obésité reste un enjeu majeur dans le diabète. La perte pondérale est une clé du traitement du diabète. On estime qu'une perte de 20 kilos permet de guérir** » entre guillemet. **De guérir, ce n'est pas d'améliorer** et tout ça. « **De guérir le diabète.** Une perte de 4 kilos seulement améliore le plus souvent l'hyperglycémie ». Et je continue mon truc et je vois la même chose pour l'hypertension artérielle [...]

Journaliste : Là vous êtes en train de nous dire (cacophonie) que maigrir fait du bien !

Pierre Dukan : Mais c'est la vérité ! **Attendez quelqu'un qui fait 90 ou 100 kilos etc. il prend un risque.** Il prend un risque qui s'aggrave avec l'âge. Donc... Je ne parle pas des femmes qui ont des problèmes d'estime d'elle-même, qui se sentent mal dans leur peau, qui souffrent. C'est une autre souffrance. Ce n'est pas de la souffrance médicale, c'est de la souffrance d'être relégué dans un coin, dans son travail, d'être montré du doigt [...]

Yves Calvi : Pierre Dukan [...] on vous attaque souvent en disant c'est devenu une entreprise. Alors moi je voudrai très simplement savoir ce soir, si vous me dites : « j'ai fait fortune grâce aux régimes » ? Et d'ailleurs, vous pourriez même le revendiquer en disant j'aide des gens mais, **est ce qu'il y a une entreprise, on va dire Dukan, qui fonctionne** en tant que tel ?

Pierre Dukan : **Il y a une entreprise Dukan qui est un éditeur [...] J'ai fait fortune en vendant des livres à 5 euros 70.** J'ai vendu 3 millions 3 cent mille livres en France et peut être plus à l'étranger [...]

Journaliste : Il est arrivé que certain auteurs me disent mais qui est ce Dukan que l'on voit en permanence dans les ventes de livre (cacophonie).

Pierre Dukan : Alors je peux vous livrer une anecdote assez amusante. Amazone a fait ses dix ans et au bout de dix ans, ils ont fait le classement de qui a vendu le plus de livres en dix ans. C'est moi et je sais que cela paraît immodeste mais [...] Cela veut dire que quand même **les gens qui achète mes livres ne sont pas des imbéciles parce que mon livre ce n'est pas le tube de l'été. Il a 10 ans. Donc si les gens l'achètent encore après 10 ans c'est que quelque part on en attend quelque chose.**

Extrait 2

Journaliste : Si j'ai bien compris l'agence de sécurité de l'alimentation, **l'obésité c'est quand même mieux que les régimes ?**

Gérard Apfeldorfer : **Ce n'est pas du tout ce qui est dit. Ce qui est dit c'est que les régimes sont en fait inefficaces tout d'abord. Ensuite, dangereux.** Personne ne conteste l'idée qu'il faille maigrir mais pas par ces moyens-là. Et **heureusement, nous avons d'autres moyens** [...] Et aujourd'hui, on cherche autre chose si vous voulez. **Maintenant, beaucoup d'hôpitaux, beaucoup de médecins se tournent vers ce que l'on sait être sérieux.** Par exemple, **les thérapies cognitivo-comportementales qui abordent le problème de l'obésité dans sa complexité.**

Journaliste : Est-ce que vous comprenez qu'on puisse... Pardonnez-moi je vous interromps **mais il se trouve gênant que le psychiatre nous dise : « écoutez nous on travaille là-dessus plus sérieusement que les nutritionnistes » ;** parce que *in fine* c'est quand même ce que vous nous dites depuis le début de votre intervention. **On a plus besoin peut-être de moi : psy ; que de lui : médecin spécialiste des régimes [...]** **On vous pousse à l'assumer si c'est ce que vous pensez.**

Gérard Apfeldorfer : Oui mais **c'est ce que je pense !** Je pense que aujourd'hui le problème de l'obésité est beaucoup plus un problème de nature cognitivo-comportementale, un

problème émotionnel, un problème de restriction cognitive qui nécessite une reconstruction du comportement alimentaire. Et aujourd'hui si vous voulez, ce que l'on sait du problème de l'obésité, c'est que c'est un problème complexe et que l'on ne peut pas poser une méthode qui irait pour tout le monde. Un régime qui va pour tout le monde. Ça n'existe pas. Donc **ce qu'il faut faire finalement, pour chaque patient, c'est construire quelque chose, un plan thérapeutique avec les outils que nous avons** [...] Moi ce que je vois avec les patients du docteur Dukan parce que moi je les reçois les patient du docteur Dukan après qu'ils soient passé chez monsieur Dukan. Et bien c'est qu'ils ont bien maigri. Alors ils me disent : « le docteur Dukan, il était très très bien. Son régime était vraiment très très bien mais alors c'est moi qui n'est pas de volonté, qui n'y arrive pas, qui ne suis pas bonne et évidemment j'ai craqué ». Ensuite, ils ne savent même plus après avoir fait un régime comme cela comment les choses se mangent. Ils n'ont plus de sensations alimentaires. Ils ne savent même plus par quel bout on tient une fourchette et à ce moment-là, totalement déstructurés et dépressifs, ils ont perdu toute estime d'eux-mêmes, et c'est à ce moment-là qu'il faut les reconstruire [...] **Ecouter ses sensations alimentaires, sa faim, son rassasiement, retrouver ces sensations. Parce que quand on fait un régime Dukan, on ne les a plus. Et puis il y a la réconciliation avec le corps aussi. On est fâché avec ce corps et ce corps est stigmatisé.** Aujourd'hui, nous passons beaucoup de temps avec nos patients à travailler sur la stigmatisation sociale par rapport à leur corps pour qu'ils puissent rétablir une estime de soi positive [...] Quand je travaille avec mes patients sur la stigmatisation moi j'appelle ça la survie en milieu hostile parce qu'effectivement ils sont aux prises avec leur famille, avec leur milieu de travail, avec la rue tout simplement. **En permanence on leur renvoi l'image de : vous êtes trop gros. Et ça c'est une souffrance et c'est une souffrance qui fait grossir.** Pourquoi est-ce que moi je travaille avec mes patients sur ce problème-là? C'est parce que finalement, **la stigmatisation de l'obésité est un facteur de l'obésité.**

Journaliste : « Comment arrêter de grignoter sans raison, n'importe quoi, n'importe quand ? ». Est-ce que quelqu'un peut apporter une réponse à ça ?

Gérard Apfeldorfer : **Le grignotage souvent c'est une réponse à des difficultés émotionnelles.** On fuit ses émotions qui sont insupportables et on grignote ce que nous évite à avoir à se confronter avec elles [...] Il y a un film de Woody Allen où on le voit complètement en désarroi dans un centre commercial. Il avait acheté des sushis puis il se met

à les manger un par un parce qu'il ne sait plus quoi faire alors il mange, il mange, il mange.
Donc le travail il est psychologique ce n'est pas du tout un problème diététique.

Extrait 3

Frédéric Saldmann : Juste un chiffre, **quand les gens font un régime pour maigrir 95% d'entre eux vont regrossir. Autrement dit, ça n'a servi à rien du tout.** Alors, bien évidemment ce n'est pas bon du tout pour la santé de faire de tels écarts mais surtout **ce qui est intéressant c'est de regarder en fait s'il y a des régimes qui marchent. Parmi les régimes qui marchent, moi j'en vois à l'hôpital, c'est les gens par exemple qui ont une bonne raison de maigrir.** Ils ont une insuffisance cardiaque [...] On leur donne des régimes sans sel, on donne des indications extrêmement précises ; ou dans le cas de diabète. Donc il y a des cas où il y a une bonne indication que comprend le patient et il va suivre. Maintenant dans les régimes d'excès de poids... moi ce qui me choque un peu dans tout ça c'est qu'on ne pense pas à l'indication [...] quand c'est une question d'excès de poids, on y va directement sans chercher, est ce que vraiment c'est une bonne indication pour le patient ? Moi j'ai été frappé d'un truc en consultation [...] les patients ont un niveau en diététique digne d'un nutritionniste. Ils savent parfaitement ce qui fait grossir et ce qu'il faut manger. Donc ce n'est pas une question forcément de connaissance [...]

Journaliste : Frédéric Saldmann, pourquoi l'agence estime-t-elle [...] que les régimes sont dangereux ? [...] Est ce que vous pouvez nous dire avec des mots très simples ce qui est pointé du doigt avec les régimes à répétition et ses dangers ?

Frédéric Saldmann : Le régime, il y a **deux types de régimes.** Il y a **le régime court pour perdre du poids rapidement** et si on mange beaucoup de protéines, imaginons quelqu'un qui a besoin de manger beaucoup de viandes sur une durée limitée, **il n'y a pas de dangers dans une période courte [...]** **Par contre, si on prend un régime déséquilibré au long court [...]** **là il peut y avoir des déséquilibres.** Tout le problème est là. La personne qui a repéré un régime qui fait maigrir. **C'est bien comme un starter au démarrage mais ensuite au long court il faut un régime équilibré** parce que sinon il va y avoir des carences qui vont survenir et là il va y avoir des problèmes. Donc je crois qu'il faut bien différencier. Et **d'ailleurs, dans ce rapport, ce n'est pas assez bien souligné la différence entre un régime court et un régime que l'on va suivre pendant des années.** C'est très différent [...] **Il ne faut pas créer la panique [...]** sur huit jours il ne se passe pas grand-chose mais au long court oui. Et

encore, cela va dépendre du type de population. Si c'est des adolescentes, des vieillards ce n'est pas la même règle du jeu. Donc en définitive ce qu'il se produit c'est que pour chaque personne c'est différent. **Et je pense que quand les choses fonctionnent bien c'est par une prise en charge avec un médecin qui va suivre et essayer d'accompagner le patient qui veut perdre du poids et là ça fonctionne.** Maintenant, quand ça fonctionne avec d'autres systèmes c'est beaucoup plus difficile. C'est quelque chose d'intime et de terriblement difficile d'accepter de perdre du poids [...] **Il y a une grande différence entre un patient qui vient vous voir en consultation que vous allez écouter au travers d'un suivi médical personnalisé, que vous prenez en charge [...] où c'est du travail sur mesure qui fonctionne bien, un bon coaching et les gens qui vont bricoler dans leur coin avec une méthode [...]** Une personne qui veut vraiment perdre du poids, **pour que ça marche [...] c'est l'écoute médicale qui va adapter, qui va aider, qui va soutenir.** Ça ça fonctionne. Maintenant, le grand problème c'est que les gens au travers tout une série de méthodes, de bouquins qui circulent, vont bricoler dans leur coin. Et là ça devient une autre histoire [...] **Vous avez des médecins qui vont d'abord faire leur boulot d'écoute, de poser un diagnostic et de suivre. Ensuite, ils proposent un régime. Pourquoi pas [...]** Prenons un exemple très simple. Quand vous avez un sujet qui vous dit : « moi j'adore boire sucré etc. ». Vous allez lui dire : « écoutez, voilà, pour votre café vous prenez deux sucres. On va passer à un sucre et demi et puis à un, puis un demi et puis plus du tout ». Un moment donné si vous avez pris l'habitude de ne plus mettre de sucre dans votre café. Quand on remet un sucre, vous ne pouvez plus le boire.

Journaliste : J'en atteste ! Voilà vingt ans que je ne sucre plus mon café.

Frédéric Saldmann : Il y a des petites habitudes très simples. Par exemple quand vous êtes à table. Avant de vous resservir d'un plat et bien vous attendez cinq minutes. Vous attendez un petit peu et le message satiété a le temps d'arriver. Donc, c'est des petites choses à expliquer doucement.

Annexe n°7 : Illustrations de conseils nutritionnels issus du chapitre d'ouvrage Gougis S. Basdevant A., 2004, « Alimentation », in Basdevant A., Guy-Grand B., (dir.), Médecine de l'obésité, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », Paris, p. 228-245.

Exemples de conseils pour la préparation des repas en fonction de situations particulières.

Type de patient	Conseils nutritionnels
Patient n'aimant pas cuisiner et dont le conjoint ou le parent cuisine et s'implique dans la prise en charge	<p>Ne pas l'obliger à tout prix à cuisiner</p> <p>Savoir si un des membres de la famille est en surpoids et/ou est restreint pour orienter les conseils</p> <p>Conseiller de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas se reposer entièrement sur celui qui s'occupe de l'intendance alimentaire ; - s'impliquer lui-même activement dans la prise en charge : participer au choix des menus, participer éventuellement aux courses, peser lui-même ses aliments, réfléchir lui-même à ses équivalences ; - ne pas laisser l'autre s'accaparer de la prise en charge.
Patient n'aimant pas cuisiner et dont le conjoint ou parent cuisine et ne s'implique pas dans la prise en charge	<p>Savoir si un des membres de la famille est en surpoids et/ou est restreint pour orienter les conseils</p> <p>Tenter d'impliquer la personne qui cuisine dans la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lui donner une information diététique ; - l'amener à faire la même cuisine équilibrée pour toute la famille. <p>Conseiller de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - confectionner des repas équilibrés ne nécessitant que très peu de préparation ; - peser lui-même ses aliments ; - faire des équivalences caloriques ; - si les plats sont gras : éviter les sauces et les vinaigrettes, peser le fromage ; - ne pas se laisser décourager par la famille.
Patient célibataire n'aimant pas cuisiner	<p>Proposer des solutions requérant le moins de contraintes possibles</p> <p>Conseiller :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des menus avec un minimum de préparation ; - des plats préparés industriels équilibrés ; - la lecture des étiquetages pour éviter les plats à haute densité calorique ; - l'achat et le stockage d'aliments surgelés ; - le choix des plats au restaurant.
Patient aimant cuisiner	<p>Éducation culinaire diététique alliant la cuisine traditionnelle et l'allègement lipidique</p> <p>Conseiller de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - impliquer la famille et faire la même cuisine pour tous ; - éviter de goûter les plats et de grignoter dans la cuisine ; - prévoir les menus d'avance et la liste de courses ; - cuisiner d'avance le week-end et congeler des portions pour la semaine.

Conduites à tenir en cas de faim ou d'impulsivité alimentaire.

Situations particulières	Conduite à tenir face au patient
Faim occasionnelle entre les repas	<p>Conseiller de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas lutter contre la faim ; - prendre une collation en faisant l'équivalence sur le repas suivant ; - consommer plutôt un fruit, un laitage, un morceau de pain avec une portion de fromage, des céréales avec du lait, un bol de potage, des légumes crus, etc., selon le goût de chacun ; - éviter les aliments à haute densité calorique qui rassasient peu (barres chocolatées, viennoiseries), riches en sodium (cacahuètes, chips, biscuits apéritif) qui ouvrent l'appétit.
Faim occasionnelle aux repas	<p>Conseiller de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - manger lentement ; - ne pas sortir de table en ayant encore faim ; - augmenter les portions de légumes et/ou de féculents, et/ou de pain, en diminuant si possible les quantités du repas suivant ; - se servir des équivalences pour consommer des aliments à faible densité calorique (poissons maigres, laitages naturels, fruits les moins sucrés)
Faim persistante entre les repas	<p>Vérifier que la restriction prandiale n'est pas trop importante S'assurer de la bonne tolérance à la restriction Vérifier que la sensation de faim n'est pas en réalité une envie de manger Ne pas hésiter à remonter le niveau calorique de la prescription pour une certaine période Dédramatiser la situation et déculpabiliser le patient si tel est le cas Conseiller :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une collation quantifiée journalière à heure fixe.
Faim persistante aux repas	<p>S'assurer de la bonne tolérance à la restriction Définir si le patient ressent la satiété Distinguer faim et envie de manger Remonter le taux calorique de la prescription pour une certaine période Vérifier que le repas dure au moins 20 minutes Dédramatiser la situation et déculpabiliser Conseiller de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas sortir de table en ayant encore faim ; - consommer des aliments rassasiant à faible densité calorique : ajouter à chaque repas des légumes verts nature à volonté accompagnés de féculents.
En cas d'irrépressible envie de manger	- voir chapitre 13

Exemples de conseils en cas d'hypersensibilité aux stimuli sensoriels.

Hypersensibilité	Conseils au patient
Stimuli visuels	<p>Éviter les stocks importants d'aliments dans les placards et le réfrigérateur Éviter les visites régulières à la cuisine Se servir et ranger les plats aussitôt, ne pas les laisser sur la table Cuisiner en pesant les ingrédients pour éviter les restes Prévoir de recuisiner les éventuels restes : farces, salades composées, etc. Éviter les plateaux de fromage trop garnis Éviter les arrêts devant les vitrines des boulangeries, pâtisseries, traiteurs, en changeant éventuellement de trajet Savoir se faire plaisir régulièrement sans s'imposer d'interdits Éviter si possible les grandes surfaces Devant la télévision, zapper au moment des publicités Demander l'aide de la famille afin qu'ils ne laissent pas traîner les aliments et qu'ils les rangent Éviter les formules « buffet à volonté » dans les restaurants Conseils pour buffet et cocktails</p>
Stimuli olfactifs	<p>Éviter les arrêts prolongés dans la cuisine au moment où les plats cuisent Éviter de passer devant les endroits à risque</p>
Stimuli gustatifs	<p>Manger lentement Se faire plaisir régulièrement avec des aliments de qualité qu'on aime sans s'imposer d'interdits et en gérant la quantité</p>
Tierce personne	<p>Ne pas forcément dire que l'on est au régime Apprendre à refuser</p>
Stimuli émotionnels	<p>Identifier les relations entre émotions, humeur et prises alimentaires</p>

Exemples de conseils en fonction du contexte socioprofessionnel.

<i>Situation du patient</i>	<i>Que conseiller au patient</i>
Homme, femme travaillant avec repas professionnels	Conseils pour repas au restaurant et cocktails : réduire l'apport lipidique et alcoolique Manger lentement Privilégier la cuisine sans matière grasse à la maison
Mère de famille au foyer	Ne pas sauter de repas Prendre le temps de s'asseoir pour manger avec les enfants ou éventuellement après dans le calme Éviter de se lever sans cesse de table pour servir toute la famille Prévoir une table de desserte à côté de soi Prendre ses repas si possible dans la cuisine pour éviter les allées et venues d'une pièce à l'autre Impliquer le conjoint dans la prise en charge et se faire aider si possible Éviter de finir les restes du repas des enfants Instaurer un goûter convivial avec les enfants pour éviter les compulsions et/ou les grignotages en fin d'après-midi Éviter de grignoter dans la cuisine en préparant le repas Éviter un stock trop important de confiseries et de biscuiteries pour les enfants en gérant mieux les achats
Mère de famille travaillant à l'extérieur	Prévoir les menus de la semaine Cuisiner d'avance le week-end et congeler des portions pour la semaine Achat et stockage d'aliments surgelés Prévoir de prendre une collation dans le calme en rentrant du travail avant de s'occuper de la maison, pour éviter les compulsions et/ou grignotages Conseils pour équilibrer le déjeuner pris à l'extérieur
Patient ayant un long trajet entre le domicile et le lieu de travail	Prévoir une collation pour le trajet du retour Éviter les distributeurs de confiseries et les vendeurs de cacahuètes, pistaches Prévoir le dîner d'avance si le retour au domicile est tardif Achat et stockage d'aliments surgelés
Patient issu d'un milieu social défavorisé avec un budget alimentaire très limité	Montrer qu'une alimentation équilibrée ne nécessite pas obligatoirement un budget important Menus équilibrés à petit budget Aider à choisir les aliments ayant le meilleur rapport qualité/prix des magasins alimentaires discount Consommation de légumes verts en conserve et de fruits de saison Profiter de certaines promotions et offres spéciales

Exemples de conseils pour intégrer un déjeuner ou un dîner convivial dans une journée.

<i>Repas</i>	<i>Conseils diététiques</i>
Petit déjeuner	Supprimer la matière grasse sur le pain Choisir, par exemple, un pain tranché aux céréales qui est assez goûteux pour se passer de beurre ou de margarine Remplacer le pain-matière grasse par le lait demi-écrémé-céréales, type corn flakes
Déjeuner ou dîner pris à la maison	Supprimer l'huile des crudités et remplacer, par exemple, par une sauce au yaourt Consommer une viande peu grasse (volaille, veau) ou un poisson maigre cuit sans matière grasse Consommer un volume important de légumes verts nature accompagnés de féculents pour être rassasié Préférer un laitage nature ou <i>light</i> plutôt que du fromage Consommer, si besoin, un petit fruit
Collation avant de se rendre à l'invitation (pour ne pas y arriver l'estomac vide)	Selon la saison et le goût de chacun : un bol de potage de légumes, un bol de fromage blanc 0 p. 100 Mg, un fruit (fraises, framboises, pamplemousse, pastèque, melon, etc.), un bol de crudités avec une sauce sans matière grasse, etc.

Exemples de conseils nutritionnels.

Type de patient	Conseil nutritionnel
Patient primoconsultant, sans aucune notion sur la diététique	Pas de prescription chiffrée Information nutritionnelle détaillée Conseils pour un bon équilibre alimentaire
Patient restreint chronique, avec sous-évaluation de son alimentation sans TCA	Prescription chiffrée Carnet alimentaire pour faire prendre conscience au patient de la sous-évaluation des apports alimentaires Lever la restriction en supprimant les interdits alimentaires Réintroduire progressivement les aliments tabous Lever les idées reçues sur l'alimentation, acquises lors des précédents régimes Déculpabiliser si tel est le cas
Patient restreint présentant des TCA	Prescription chiffrée, ou éventuellement cadre alimentaire Carnet alimentaire pour une meilleure estimation des habitudes alimentaires Lever la restriction en supprimant les interdits alimentaires Lever la restriction prandiale si elle existe Travailler sur la restriction et sur la désinhibition Instaurer des collations aux heures critiques (envie irrésistible de manger) Faire différencier la faim et l'appétit Faire évaluer la sensation de satiété Déculpabiliser si tel est le cas
Patient hyperphage sans TCA	Pas de prescription chiffrée Objectifs fixés : – manger lentement ; – faire évaluer la sensation de satiété ; – manger moins gras ; – manger moins salé ; – réduire l'apport éventuel d'alcool.
Patient hyperphage avec TCA	Pas de prescription chiffrée, éventuellement cadre alimentaire Carnet alimentaire pour une meilleure estimation des habitudes alimentaires Instaurer des collations aux heures critiques (envie irrésistible de manger) Faire différencier la faim et l'appétit Faire évaluer la sensation de satiété Déculpabiliser si tel est le cas
Patient présentant un rythme alimentaire désorganisé	Pas de prescription chiffrée, éventuellement cadre alimentaire Équilibre alimentaire avec au moins 2 à 3 repas par jour Ne pas sauter de repas Manger à heures fixes
Patient qui pense tout savoir sur la diététique	Ne pas le braquer Vérifier les connaissances diététiques Information nutritionnelle détaillée Lever les idées reçues Discuter les croyances alimentaires erronées

* TCA = troubles du comportement alimentaire.

I Exemples d'équivalences caloriques.

100 g de viande	ou 200 g de coquillages et crustacés décortiqués ou 1/2 l de moules ou 1/2 homard ou langouste ou 4 coquilles Saint-Jacques ou 12 huîtres ou 80 g de saumon fumé ou 50 g de foie gras ou 50 g de charcuterie
100 g de frites	ou 200 g de féculents + 15 g d'huile
2 boules de sorbet	ou 1 fruit de 200 g
2 boules de glace, 1 petit esquimau, 1 crème dessert	ou 1 fruit de 200 g + 30 g de fromage
1 viennoiserie de type croissant	ou 60 g de pain + 10 g de beurre
1 viennoiserie de type pain au chocolat	ou 100 g de pain + 20 g de beurre
40 g de biscuits secs ou de chocolat	ou 60 g de pain + 10 g de beurre
1 pâtisserie moyenne	ou 80 g de pain + 10 g d'huile + 30 g de fromage + 1 fruit de 200 g
1 verre de vin de 100 ml 1 flûte de champagne de 100 ml 1 petit verre de vin cuit de 50 ml 1/4 l de cidre 30 ml de whisky, rhum, vodka	ou 1 fruit de 200 g
un demi de bière (250 ml)	ou un fruit et demi (300 g)

Valeur calorique des principales boissons.

Boissons alcoolisées	Calories/10 cl	Calories/dose usuelle	Alcool : g/verre/dose usuelle	Glucides : g/verre/dose usuelle
Apéritif à base de vin	136 kcal	5 cl : 68 kcal	6 g	6,5 g
Pastis	266 kcal	1 volume pour 5 volumes d'eau (2 cl) : 53 kcal	7,5 g	/
Whisky, vodka, rhum (moyenne)	234 kcal	3 cl : 70 kcal	10 g	/
Champagne	70 kcal	10 cl : 70 kcal	10 g	/
Vin blanc 11 degrés	70 kcal	10 cl : 70 kcal	9 g	2 g
Vin rouge 12 degrés	70 kcal	10 cl : 70 kcal	10 g	/
Bière ordinaire	38 kcal	25 cl : 95 kcal	9 g	7,5 g
Cidre brut	31 kcal	25 cl : 78 kcal	8 g	6 g
Cidre doux	35 kcal	25 cl : 88 kcal	4,5 g	15 g
Boissons sucrées				
Jus de fruits	40 kcal	20 cl : 80 kcal	/	20 g
Limonade	40 kcal	20 cl : 80 kcal	/	20 g
Soda, bitter, tonic	40 kcal	20 cl : 80 kcal	/	20 g
Soda au cola	42 kcal	20 cl : 84 kcal	/	21 g
Soda aux fruits	46 kcal	20 cl : 92 kcal	/	23 g

Annexe n°8 : Photos prises lors des 8^{ème} et 9^{ème} Rencontres du GROS en novembre 2010 et 2011





seB NUTRITION GOURMANDE

Pour bien se nourrir,
il faut plus que
de bons ingrédients !

RÉVOLUTIONNAIRE !
1 seule cuillère
d'huile

= 100% d'huile
= 100% de légumes
et de viande

ActiFry Family

1 menu complet,
en 1 seule cuisson,
plein de vitamines !

VitaCuisine Compact

Le 1^{er} autocuiseur avec

Annexe n°9 : Description du corpus « Revue Obésité » mobilisé dans la partie III

- Fabrizio Andreelli, Silvy Auboiron, Simone Prigent**, 01/06/2006, Les nouveaux produits de l'agro-alimentaire : comment s'y retrouver ?, Vol 1 n°1
- X. Leverve**, 01/06/2006, Stress oxydant et régulation de la glycémie : implications pour le syndrome métabolique, Vol 1 n°1
- A. Basdevant** 01/06/2006, Obésité : croire en la médecine, Vol 1 n°1
- S. Bekka, J.M. Oppert**, 01/06/2006, Stabilisation du poids : comment faire ?, Vol 1 n°1
- J. Berdah, G. Chabrier**, 01/06/2006, Prise de poids à la ménopause : coïncidence ou fatalité ?, Vol 1 n°1
- D. A. Cassuto, O. Ziegler**, 01/06/2006, L'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Comment gère-t-on les parents ?, Vol 1 n°1
- M. Laville**, 01/06/2006, 2006 : économie et obésité, Vol 1 n°1
- Henry Vincent Charbonné**, 01/06/2006, Discours JAIRO 2006, Vol 1 n°1
- Olivier Ziegler**, 01/06/2006, EDITORIAL , Vol 1 n°1
- Guido Zosimo-Landolfo**, 01/06/2006, Obésité , Vol 1 n°1
- I. Dugail**, 01/12/2006, Comment nos adipocytes se remplissent ? Une nouvelle voie d'endocytose dépendante des cavéolines vers les gouttelettes lipidiques, Vol 1 n°2-4
- Luc Pénicaud**, 01/12/2006, EDITORIAL , Vol 1 n°2-4
- M.-A. Charles**, 01/12/2006, Epidémiologie de l'obésité infantile en France et dans le monde, Vol 1 n°2-4
- B. Dubern, K. Clément**, 01/12/2006, Rôle des mutations du récepteur de type 4 aux mélanocortines dans l'obésité humaine, Vol 1 n°2-4
- M.-L. Frelut, G. Pérès**, 01/12/2006, Activité physique et obésité de l'enfant et l'adolescent, Vol 1 n°2-4
- M. Helfenstein, P. Conard, R. Guéguen, C. Aubry, J. Henny, O. Z**, 01/12/2006, Evolution décennale de l'obésité de l'enfant (1991-2000) : Etude de 59 709 enfants dans les centres de médecine préventive de trois départements lorrains, Vol 1 n°2-4
- I. Oliver, B. Jouret, M. Tauber**, 01/12/2006, RéPOP Toulouse Midi-Pyrénées : réseau ville - hôpital de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique, Vol 1 n°2-4
- A. Bouloumié, M. Lafontan, D. Langin**, 01/12/2006, Les cellules de la fraction stroma-vasculaire du tissu adipeux humain : caractérisation et rôles, Vol 1 n°2-4
- P. Ritz, A. Sallé, C. Couet**, 01/12/2006, Comment interpréter le plateau pondéral au cours de la perte de poids ?, Vol 1 n°2-4
- M.-L. Frelut**, 01/12/2006, Les difficultés de l'obésité infantile, Vol 1 n°2-4
- C. Lemoine**, 01/12/2006, A ceux qui nous « soignent » de l'obésité, Vol 1 n°2-4
- P. Laharrague**, 01/03/2007, Tissu adipeux et inflammation : deux nouveaux produits de sécrétion identifiés, Vol 2 n°1
- Groupe d'experts INSERM**, 01/03/2007, Avant-propos. Groupe d'expertise collective de l'INSERM, Vol 2 n°1
- Groupe d'expertise collective de l'Inserm**, 01/03/2007, Données épidémiologiques, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Déterminants biologiques et comportementaux, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Déterminants économiques et enjeux de la prévention, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Coût de la maladie, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Programmes et actions de prévention au plan international, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Programmes et actions de prévention en France, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Recommandations et guides au plan international, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Prise en charge chez l'enfant en France, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Prise en charge chez l'adolescent en France, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Prise en charge chez l'adulte en France, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Recherches au plan international, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Recherches en France, Vol 2 n°1

Groupe d'expertise collective de l'Inserm, 01/03/2007, Principaux constats et principes d'actions, Vol 2 n°1

W. Philip T James, 01/03/2007, Developing national obesity prevention policies: an international perspective, Vol 2 n°1

C. Bréchet, 01/03/2007, EDITORIAL, Vol 2 n°1

J. Dargent, 01/03/2007, Les freins à la chirurgie de l'obésité : le « facteur patient », un autre « french paradox » ?, Vol 2 n°1

I. Dugail, 01/03/2007, Quels outils cellulaires pour étudier le tissu adipeux ?, Vol 2 n°1

A. Benani, 01/06/2007, Perception cérébrale du statut énergétique : avec ou sans les mitochondries ?, Vol 2 n°2

G. Ailhaud, 01/06/2007, Lipides alimentaires et masse adipeuse excédentaire : le statut des acides gras $\omega 6$ et $\omega 3$ n'est plus ce qu'il était, Vol 2 n°2

E. Bauld, I. Iliescu, E. Bobbioni-Harsch, M. Reiner Meylan, S. Ba, 01/06/2007, Traitement de l'obésité sévère par by-pass gastrique : le profil psychologique n'est pas prédictif de la perte de poids au cours de la première année, Vol 2 n°2

J. Beltrand, C. Levy-Marchal, 01/06/2007, Retard de croissance intra-utérin, petit poids de naissance et risque métabolique, Vol 2 n°2

P. Parnet, F. Bolanos-Jimenez, V. Amarger, 01/06/2007, Syndrome métabolique : une histoire d'empreinte nutritionnelle et d'épigénétique ?, Vol 2 n°2

L. Tibere, J.-P. Poulain, R. Pacheco da Costa Proenca, S. Jeanno, 01/06/2007, Adolescents obèses face à la stigmatisation, Vol 2 n°2

T. de Saint Pol, 01/06/2007, Evolution de l'obésité en France de 1981 à 2003 : les disparités entre milieux sociaux augmentent*, Vol 2 n°2

O. Ziegler, 01/06/2007, EDITORIAL, Vol 2 n°2

O. Ziegler, 01/06/2007, Objectifs de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte : clairs et pourtant mal compris ?, Vol 2 n°2

P. Gross, 01/06/2007, Une réponse au témoignage de Catherine Lemoine : à ceux qui nous « soignent » de l'obésité , Vol 2 n°2

C. Lemoine, 01/06/2007, Je suis gros(se), parce que... Paroles de personnes en surpoids, Vol 2 n°2

Rédacteurs en chef de la revue, 01/06/2007, Traduction française des dernières recommandations européennes, Vol 2 n°2

J.-M. Lecerf, B. Waysfeld, P. Klein, J. Filipecki, 01/09/2007, Les moyens mis en oeuvre pour perdre du poids chez 1000 sujets en surpoids ou obèses, Vol 2 n°3

P. Ritz, G. Becouarn, P. Topart, B. Gohier, J.-B. Garré, J.-P. A., 01/09/2007, Peut-on prédire la dépense énergétique de repos au cours de l'obésité morbide ?, Vol 2 n°3

B. Waysfeld, J.-M. Lecerf, P. Klein, J. Filipecki, 01/09/2007, Souffrances et croyances chez 1000 sujets en surpoids ou obèses en France, Vol 2 n°3

A. Bertola, 01/09/2007, Infiltration lymphocytaire du tissu adipeux, inflammation et obésité : rôle de RANTES, Vol 2 n°3

P.-D. Cani, J. Amar, R. Burcelin, 01/09/2007, Une flore intestinale saine pour un métabolisme énergétique sain, Vol 2 n°3

G. Corthier, H. Sokol, J. Doré, 01/09/2007, Diversité du microbiote et de ses fonctions, Vol 2 n°3

M.-A. Piquet, R. Gloro, A.-M. Justum, J.-M. Reimund, 01/09/2007, Les probiotiques, des outils thérapeutiques pour moduler les effets biologiques de la flore intestinale : une introduction, Vol 2 n°3

O. Ziegler, 01/09/2007, EDITORIAL, Vol 2 n°3

V. Makoundou, A. Golay, 01/09/2007, Résistance à l'insuline et alimentation, Vol 2 n°3

E. Gouranton, J.-F. Landrier, 01/09/2007, Les facteurs modulant l'expression des adipokines en relation avec l'insulinorésistance associée à l'obésité, Vol 2 n°3

N. Naour, S. Taleb, M. Guerre-Millo, K. Clément, 01/09/2007, Quelle implication pour la cathepsine S dans l'obésité ?, Vol 2 n°3

J.-P. Pradère, 01/09/2007, Obésité et maladies rénales chroniques associées, Vol 2 n°3

C. Moro, D. Langin, M. Berlan, M. Lafontan, 01/09/2007, Le peptide atrial natriurétique : un lien fonctionnel entre métabolisme et inflammation du tissu adipeux, Vol 2 n°3

O. Ziegler, 01/09/2007, Traitement de l'obésité : la tactique « en marches d'escalier » ou comment gérer la perte de poids en fonction du calendrier ?, Vol 2 n°3

P.-H. Ducluzeau, 01/12/2007, Impact de la répartition de la graisse abdominale sur l'atteinte hépatique et vasculaire des diabétiques de type 2, Vol 2 n°4

C. Poitou, D. Machaux-Tholliez, A. Basdevant, 01/12/2007, Comportement alimentaire et chirurgie bariatrique, Vol 2 n°4

P. Laharrague, 01/12/2007, L'anémie de l'immobilité : trop de graisse dans la moelle ?, Vol 2 n°4

J.-M. Chevallier, M. Paita, M.-H. Rodde-Dunet, M. Marty Miche, 01/12/2007, Evaluation nationale de la chirurgie bariatrique : facteurs prédictifs de succès de l'anneau gastrique dans l'enquête de la CNAM-TS, Vol 2 n°4

Philippe Oberlin et Marie-Claude Mouquet, 01/12/2007, La chirurgie bariatrique en France de 1997 à 2005, Vol 2 n°4

J. Dargent, 01/12/2007, Dilatation oesophagienne après anneau ajustable coelioscopique : conduite à tenir, Vol 2 n°4

V. Frering, E. Fontaumard, Y. Matussiere, P. Vicard, E. Jan, 01/12/2007, Quand et comment régler les anneaux ?, Vol 2 n°4

J. Mouiel, 01/12/2007, Présentation de la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité (Soffco), Vol 2 n°4

D. Quilliot, L. Brunaud, N. Reibel, O. Ziegler, 01/12/2007, Comment repérer et traiter les carences en vitamines, minéraux et oligoéléments, Vol 2 n°4

O. Ziegler, Y. Le Marchand Brustel, 01/12/2007, Objectifs de l'AFERO : pour une médecine de l'obésité à la française, Vol 2 n°4

J.-M. Zimmermann et I. Gaubil-Kaladjian, 01/12/2007, Que faire en cas de vomissements ?, Vol 2 n°4

J. Mouiel, 01/12/2007, EDITORIAL, Vol 2 n°4

M. Fried, V. Hainer, A. Basdevant, et al. (2007), 01/12/2007, Adaptation française des « Recommandations européennes interdisciplinaires pour la chirurgie de l'obésité sévère », Vol 2 n°4

C. Grangeard, 01/12/2007, Le poids des représentations : « transfert et contre-transfert » en chirurgie bariatrique*, Vol 2 n°4

S. Walrand, Y. Boirie, 01/12/2007, Obésité sarcopénique : « parle à mon gras, mon muscle est malade » !, Vol 2 n°4

C. Lemoine, 01/12/2007, Enquête sur le parcours de soins des personnes obèses, Vol 2 n°4

C. Dray, P. Valet, I. Castan-Laurell, 01/03/2008, Adipokines : quelles nouvelles ?, Vol 3 n°1

P. Ravanan, C. Rouch, C. Lefebvre d'Hellencourt, 01/03/2008, Influence de l'obésité sur les phénomènes neurodégénératifs, Vol 3 n°1

P. Laharrague, 01/03/2008, Alimentation, exercice physique et survie après cancer du sein, Vol 3 n°1

Note de la rédaction, 01/03/2008, L'obésité en France : mesures et débats, Vol 3 n°1

A. Basdevant, 01/03/2008, Autodiscipline publicitaire : une étape majeure, Vol 3 n°1

S. Benkemoun, 01/03/2008, Allegro Fortissimo et les mesures mises en oeuvre pour 2008 en matière de nutrition et d'obésité, Vol 3 n°1

K. Castetbon, M. Vernay, V. Deschamps, B. Salanave, A. Malon, 01/03/2008, Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) – Etude nationale nutrition santé (ENNS, 2006) : prévalences de l'obésité, de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies, Vol 3 n°1

D. Fiche, 01/03/2008, Point de vue d'un médecin nutritionniste libéral, Vol 3 n°1

D. Rigaud, 01/03/2008, Médicaments contre les compulsions alimentaires, Vol 3 n°1

M. Romon, 01/03/2008, Il manque des mesures pour les patients obèses très nombreux dans les classes sociales défavorisées, Vol 3 n°1

P. Tounian, 01/03/2008, Nutrition et obésité : nouvelles mesures pour 2008 Le point de vue d'un pédiatre de terrain, Vol 3 n°1

O. Ziegler, 01/03/2008, EDITORIAL, Vol 3 n°1

O. Ziegler, 01/03/2008, L'histoire naturelle de l'obésité est en train de changer, Vol 3 n°1

C. Carette, 01/06/2008, Le gène de l'obésité FTO et la régulation centrale du poids, Vol 3 n°2

I. Ben Sahra, Y. Le Marchand Brustel, J.-F. Tanti, F. Bost, 01/06/2008, Obésité et cancers du côlon et de la prostate : implication des adipokines, Vol 3 n°2

P. Latino-Martel, E. Barrandon, N. Druesne-Pecollo, S. Hercberg, 01/06/2008, Corpulence et risque de cancer, Vol 3 n°2

J.-P. Peyrat, F. Ré villion, J. Grosjean, M. Charlier, J. Djiane, 01/06/2008, La leptine : un lien entre obésité et cancer du sein, Vol 3 n°2

J. Mouiel, 01/06/2008, EDITORIAL, Vol 3 n°2

Jean Mouiel, 01/06/2008, Equilibre alimentaire ou équilibre des recettes publicitaires à la télévision : engraisser les enfants ou les chaînes de télévision ?, Vol 3 n°2

P. Bergevin, 01/06/2008, Face à l'obésité : le bistouri ne peut agir seul, Vol 3 n°2

C. Lemoine, 01/06/2008, Si j'étais plus mince... ou les effets de la fée Rapidominceur !, Vol 3 n°2

D. Quilliot, O. Ziegler, 01/06/2008, L'appréhension médicale des résultats de la chirurgie bariatrique : leçons de l'étude SOS, Vol 3 n°2

J. Mouiel, 01/06/2008, Les comptes rendus de la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques, Vol 3 n°2

E. Beck, N. Paquot, A.J. Scheen, 01/09/2008, Sujets « métaboliquement obèses » de poids normal. Première partie : diagnostic, physiopathologie et prévalence, Vol 3 n°3

L. Brunaud, 01/09/2008, La perte de poids avant chirurgie : le point de vue du chirurgien, Vol 3 n°3

B. Coffin, S. Ledoux, M. Coupaye, S. Msika, F. Igllicki, 01/09/2008, Place du ballon intragastrique avant une chirurgie bariatrique, Vol 3 n°3

C. Grangeard, 01/09/2008, Savoir dire non... Ou... nous sommes tout de suite dans les ennuis !, Vol 3 n°3

S. Msika, M. Coupaye, 01/09/2008, Savoir dire non, ou les contre-indications de la chirurgie bariatrique, Vol 3 n°3

D. Quilliot, 01/09/2008, Faut-il faire maigrir les sujets obèses avant une intervention chirurgicale ? Le cas particulier de la chirurgie bariatrique , Vol 3 n°3

E. Riesco, K. Vallée, S. Tessier, P. Mauriège, 01/09/2008, Impact de l'activité physique seule ou combinée à une diète sur le syndrome métabolique chez les femmes ménopausées, Vol 3 n°3

J. Jager, 01/09/2008, Notre capital adipocytaire est-il définitivement établi durant l'enfance et l'adolescence ?, Vol 3 n°3

A. Girousse, 01/09/2008, Lipolyse du tissu adipeux : compte rendu du Symposium international de Toulouse (2008), Vol 3 n°3

B. Amoussou, Y. Guivarch, H. Heid, F. Yen, L. Méjean, 01/09/2008, Les 10es Entretiens de nutrition, institut Pasteur de Lille. L'obésité, une maladie nutritionnelle ? Pollution et obésité ... Où est le risque ?*, Vol 3 n°3

N.-M. Delzenne, P.-D. Cani, 01/09/2008, Les 10es Entretiens de nutrition, institut Pasteur de Lille. L'obésité , une maladie nutritionnelle ? La flore intestinale : un outsider imprévu*, Vol 3 n°3

C. Junien, 01/09/2008, Les 10es Entretiens de Nutrition, Institut Pasteur de Lille. L'obésité, une maladie nutritionnelle ? La nutri-épigénomique : comment l'environnement précoce, la nutrition remodelent nos épigénomes ou les gènes à l'épreuve de l'environnement et du temps*, Vol 3 n°3

J.-M. Lecerf, 01/09/2008, Les 10es Entretiens de nutrition, institut Pasteur de Lille. L'obésité , une maladie nutritionnelle ? Stress et prise de poids*, Vol 3 n°3

- P. Weill, J. Mourot, B. Schmitt, N. Kerhoas, P. Legrand**, 01/09/2008, Les 10es Entretiens de nutrition, institut Pasteur de Lille, France L'obésité , une maladie nutritionnelle ? Nature ou quantité des lipides, l'effet des oméga-3 existe-t-il ?*, Vol 3 n°3
- J.-P. Zermati**, 01/09/2008, Les 10es Entretiens de nutrition, institut Pasteur de Lille. L'obésité, une maladie nutritionnelle ? La restriction cognitive, facteur d'obésité*, Vol 3 n°3
- J.-M. Lecerf**, 01/09/2008, EDITORIAL, Vol 3 n°3
- Max Lafontan**, 01/09/2008, IN MEMORIAM , Vol 3 n°3
- Dominique Langin**, 01/09/2008, IN MEMORIAM. Pierre est parti. , Vol 3 n°3
- Jean-Pierre Poulain**, 01/09/2008, IN MEMORIAM Pierre Barbe est mort, Vol 3 n°3
- O. Ziegler**, 01/09/2008, Publicité alimentaire télévisée et enfants : « le bon choix », Vol 3 n°3
- S. Luquet, N. Marsollier, C. Cruciani-Guglielmacci, C. Magnan**, 01/09/2008, Les signaux de la régulation du comportement alimentaire, Vol 3 n°3
- J. Mouiel**, 01/09/2008, La SOFFCO s'implique à fond avec l'HAS, Vol 3 n°3
- M.-A. Charles, E. Eschwege, A. Basdevant**, 01/12/2008, Epidémiologie de l'obésité de l'adulte en France. Les études Obépi 1997-2006, Vol 3 n°4
- J. Gugenheim, A. Lannelli**, 01/12/2008, Que faire en cas d'échec de l'anneau gastrique ajustable ?, Vol 3 n°4
- C. Hryhorczuk**, 01/12/2008, L'obésité ne tient-elle qu'à un cil ?, Vol 3 n°4
- Note de la rédaction**, 01/12/2008, Le rapport Boyer – La lutte contre l'obésité : une grande cause nationale, Vol 3 n°4
- J.-M. Chevallier**, 01/12/2008, EDITORIAL Le Congrès mondial de l'IFSO a lieu à Paris en 2009. Venez nombreux..., Vol 3 n°4
- Note de la rédaction**, 01/12/2008, Mise en garde sur les gélules « Best life », Vol 3 n°4
- C. Lemoine**, 01/12/2008, Réflexions sur la formation et la compétence des médecins, Vol 3 n°4
- E. Beck, N. Paquot, A.J. Scheen**, 01/12/2008, Sujets « métaboliquement obèses » de poids normal. Seconde partie : pronostic et prise en charge, Vol 3 n°4
- M. Alligier, C. Cugnet-Anceau, L. Gabert, V. Sauvinet, M. Sothie**, 01/12/2008, Adaptations métaboliques à une surnutrition hyperlipidique de 56 jours et devenir des lipides alimentaires chez des sujets sains, Vol 3 n°4
- J. Dam, V. Vauthier, R. Jockers**, 01/12/2008, Améliorer la sensibilité à la leptine vers un remède contre l'obésité, Vol 3 n°4
- P. Laharrague, B. Cousin, F. de Toni, J. Corre, L. Pénicaud, L. C**, 01/12/2008, La graisse médullaire : une histoire d'os et de sang, Vol 3 n°4
- K.-A. Lê**, 01/12/2008, Consommation de fructose : facteur déclenchant du syndrome métabolique ?, Vol 3 n°4
- B.J. Coquart, C. Lemaire, A.-E. Dubart, D.-P. Luttenbacher, F.** , 01/03/2009, Effets chroniques des exercices intermittents sur l'apport énergétique des femmes obèses : une étude préliminaire, Vol 4 n°1
- J.-M. Lecerf, N. Negro**, 01/03/2009, Résultats d'une prise en charge « à point de départ thermal » de jeunes adultes obèses, Vol 4 n°1
- Q. Pham, E. Loridan, B. Spilliaert**, 01/03/2009, Abscess profond après sleeve gastrectomie : à propos d'un cas traité par ponction percutanée, Vol 4 n°1
- J.-P. Poulain**, 01/03/2009, Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité, Vol 4 n°1

I. Ben Sahra, 01/03/2009, La metformine : une ancienne molécule pour de nouvelles perspectives dans le traitement du cancer ?, Vol 4 n°1

J.-F. Collin, 01/03/2009, Éducation thérapeutique du patient : des concepts qui interrogent pratiques de soins et politiques de santé, Vol 4 n°1

D. Durrer-Schutz · Y. Schutz, 01/03/2009, Comment aborder l'éducation thérapeutique d'un patient obèse ? La motivation du patient... et du médecin : une des clefs du succès thérapeutique ?, Vol 4 n°1

A. Grimaldi, 01/03/2009, L'éducation thérapeutique : ce que nous apprennent les patients, Vol 4 n°1

J.-P. Houppe, 01/03/2009, Éducation thérapeutique : le poids des mots, Vol 4 n°1

Note de la rédaction, 01/03/2009, Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation
Recommandation de la HAS, Vol 4 n°1

O. Ziegler, 01/03/2009, ÉDITORIAL. Éducation thérapeutique du patient, la révolution est en marche ! La médecine de l'obésité ne veut pas être oubliée !, Vol 4 n°1

C. Amouyal, F. Andreelli, 01/03/2009, Chirurgie bariatrique et néoglucogenèse intestinale, Vol 4 n°1

N. Esser, N. Paquot, A.-J. Scheen, 01/03/2009, Sujets « métaboliquement sains », bien qu'obèses. Première partie : diagnostic, physiopathologie et prévalence, Vol 4 n°1

L. Dugail, 01/06/2009, Au coeur des gouttelettes lipidiques, Vol 4 n°2

G. Apfeldorfer, J.-P. Zermati, 01/06/2009, Traitement de la restriction cognitive : est-ce si simple ? , Vol 4 n°2

J.-P. Zermati, G. Apfeldorfer, 01/06/2009, Pour un nouveau paradigme de l'obésité. , Vol 4 n°2

GROS, 01/06/2009, Propositions du Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids pour une politique de santé publique en matière d'obésité, Vol 4 n°2

U. Menneteau, K. Kureta-Vanoli, 01/06/2009, Le goût, un outil dans la prise en charge des patients obèses ou en surpoids, Vol 4 n°2

J. Polivy, 01/06/2009, Se restreindre dans un environnement d'abondance alimentaire. Les effets des stimuli alimentaires sur la consommation et le poids, Vol 4 n°2

V. Provencher, L. Mongeau, 01/06/2009, Le programme « Choisir de maigrir ? » : un nouveau paradigme pour intervenir sans nuire, Vol 4 n°2

O. Ziegler, 01/06/2009, ÉDITORIAL. Faut-il « démedicaliser » le traitement de l'obésité ?, Vol 4 n°2

N. Esser, N. Paquot, A.-J. Scheen, 01/06/2009, Sujets « métaboliquement sains », bien qu'obèses. Deuxième partie : pronostic et prise en charge, Vol 4 n°2

N. Marsollier, 01/06/2009, Des phospholipides entérocytaires en tant que nouvelles molécules régulant l'homéostasie énergétique, Vol 4 n°2

S. Aubry, N. Vercruysse, 01/12/2009, Approche clinique du « poids de la perte » chez la personne obèse, Vol 4 n°3-4

N. Billon, C. Dani, 01/12/2009, Origine développementale des adipocytes, Vol 4 n°3-4

J. Dargent, 01/12/2009, Malabsorption contre restriction en chirurgie de l'obésité : un débat dépassé ?, Vol 4 n°3-4

D. Durrer-Schutz, Y. Schutz, 01/12/2009, Comment aborder l'éducation thérapeutique d'un patient obèse ? La motivation du patient... et du médecin : une des clefs du succès thérapeutique ?, Vol 4 n°3-4

A. Iovino, N. Paquot, A.J. Scheen, 01/12/2009, Rôle de l'enzyme 11 β -hydroxystéroïde-déshydrogénase de type 1 dans le risque métabolique associé à l'obésité, Vol 4 n°3-4

D. Jacobi, F. Maillot, C. Couet, 01/12/2009, Calcium et régulation pondérale : aspects mécanistiques, Vol 4 n°3-4

D. Jacobi, 01/12/2009, Sécurité périopératoire de la chirurgie bariatrique : résultats de l'étude Longitudinal, Vol 4 n°3-4

R. Barouki, K. Clément, 01/12/2009, Le tissu adipeux : une éponge à polluants organiques persistants, Vol 4 n°3-4

P. Deruelle, 01/12/2009, Obésité et grossesse. Le point de vue de l'obstétricien, Vol 4 n°3-4

M. Laville, A. Loireau, 01/12/2009, Projet de grossesse et chirurgie bariatrique : quels conseils ?, Vol 4 n°3-4

H.-D. Phan, D. Quilliot, M.-A. Sirveaux, N. Reibel, L. Brunaud, , 01/12/2009, Chirurgie bariatrique : qu'est-ce qu'un échec ?, Vol 4 n°3-4

J.-M. Chevallier, 01/12/2009, ÉDITORIAL. Le 14e Congrès Mondial de la Fédération Internationale de Chirurgie de l'Obésité (IFSO) a été une rencontre entre médecins et chirurgiens, Vol 4 n°3-4

Note de la rédaction, 01/12/2009, AFERO OBÉSITÉ 2010, Vol 4 n°3-4

D. Bourque, 01/12/2009, Le défi de l'acceptation de soi dans une culture narcissique, Vol 4 n°3-4

Note de la rédaction, 01/12/2009, Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? Recommandations HAS, Vol 4 n°3-4

O. Ziegler, D. Quilliot, 01/12/2009, Obésité de la personne âgée : définition, phénotypes, épidémiologie et conséquences pour la santé*, Vol 4 n°3-4

F. Pattou, R. Caiazzo, 01/06/2010, Chirurgie métabolique, Vol 5 n°1-2

J.-M. Chevallier, 01/06/2010, L'anneau gastrique a-t-il un futur ? Oui, mais..., Vol 5 n°1-2

J. Dargent, 01/06/2010, L'anneau gastrique a-t-il un futur ?, Vol 5 n°1-2

J. Dargent, D. Nocca, J.-M. Chevallier, 01/06/2010, Anneau gastrique, Vol 5 n°1-2

B. Fatton, 01/06/2010, Chirurgie de l'incontinence urinaire à l'effort chez la femme obèse, Vol 5 n°1-2

D. Nocca, 01/06/2010, Quel avenir pour l'anneau de gastroplastie ?, Vol 5 n°1-2

D. Soudan, 01/06/2010, Incontinence anale et obésité, Vol 5 n°1-2

G. Amarenco, 01/06/2010, ÉDITORIAL Incontinences et obésité, Vol 5 n°1-2

S. Czernichow, J. Dargent, 01/06/2010, ÉDITORIAL Obésité, un Journal pour demain, Vol 5 n°1-2

AFERO, 01/06/2010, 27e Réunion annuelle de l'AFERO 20–22 janvier 2010, Vol 5 n°1-2

J. Dargent, 01/09/2010, Synthèse d'articles, Vol 5 n°3

S. Péneau, 01/09/2010, Prévention de l'obésité de l'enfant : état des lieux des politiques de santé et des pratiques*, Vol 5 n°3

G. Dapri, J. Himpens, G-B. Cadière, 01/09/2010, Nouvelles frontières de la chirurgie bariatrique : chirurgie endoluminale et laparoscopie par une seule incision, Vol 5 n°3

E. Kesse-Guyot, 01/09/2010, Impact du respect des recommandations nutritionnelles sur l'évolution des paramètres anthropométriques dans une cohorte d'adultes français : résultat de l'étude SU.VI.MAX [1], Vol 5 n°3

W. Ketata, J. Aloulou, N. Charfi, M. Abid, O. Amami, 01/09/2010, Prévalence et facteurs corrélés à une faible estime de soi chez le sujet obèse, Vol 5 n°3

J. Dargent, S. Czernichow, 01/09/2010, ÉDITORIAL Nouveaux domaines d'applications et nouvelles techniques, Vol 5 n°3

Jérôme Dargent, 01/09/2010, Une sélection des abstracts les meilleurs, ou plus simplement les plus représentatifs des tendances actuelles, qui ont fait l'objet de présentations lors du Congrès de l'IFSO-Europe, Vol 5 n°3

H. Rangé, C. Huchon, C. Poitou, C. Ciangura, A. Boillot, S. Czer, 01/09/2010, Risque parodontal chez le patient obèse, Vol 5 n°3

I. Diouf, M.-A. Charles, P. Ducimetière, A. Basdevant, E. Eschw, 01/12/2010, Utilisation de l'approche âge-période-cohorte pour l'étude de l'évolution de la prévalence de l'obésité en France dans les études ObEpi, Vol 5 n°4

D. Jacobia, C. Cianguraa, C. Couet, J.-M. Oppert, 01/12/2010, Activité physique et perte de poids après chirurgie bariatrique, Vol 5 n°4

C. Poitou, K. Clément, 01/12/2010, Comment repérer une obésité génétique ?, Vol 5 n°4

R. Schouten, J.-W.M. Greve, 01/12/2010, Une méthode non invasive de traitement du diabète : l'endo-sleeve, Vol 5 n°4

R. Caiazzo, L Arnalsteen, F. Pattou, 01/12/2010, De la chirurgie de l'obésité à la chirurgie du diabète, Vol 5 n°4

S. Czernichow, J. Dargent, 01/12/2010, ÉDITORIAL « Toujours vers l'avant », Vol 5 n°4

AFERO, 01/12/2010, Compte rendu colloque AFERO 2011, Vol 5 n°4

J. Dargent, 01/12/2010, Une sélection des abstracts les meilleurs, ou les plus représentatifs des tendances actuelles, qui ont fait l'objet de présentations lors du congrès de l'IFSO-Monde des 3-8 septembre 2010 à Los Angeles (États-Unis), traduits de l'anglais, avec un bref commentaire, Vol 5 n°4

J. Dargent, 01/03/2011, Actualités du ballon gastrique : des stratégies alternatives ?, Vol 6 n°1

A. Brus, G. Boëtsch, 01/03/2011, Variabilité mondiale des normes de corpulence : entre diversité biologique et diversité sociale, Vol 6 n°1

I. Ben Sahra, 01/03/2011, Un nouveau mécanisme de régulation de PTEN par la PI3-kinase, Vol 6 n°1

J. Allard, 01/03/2011, Évaluation de la fonction rénale du sujet obèse, Vol 6 n°1

G. Ensergueix, M. Essig, 01/03/2011, Pathologies rénales liées à l'obésité, Vol 6 n°1

A.-L. Fédou, M. Essig, 01/03/2011, Conséquences rénales des traitements de l'obésité, Vol 6 n°1

M. Hazzan, 01/03/2011, Obésité et transplantation rénale, Vol 6 n°1

F. Saint-Marcoux, 01/03/2011, Absorption médicamenteuse et chirurgie bariatrique, Vol 6 n°1

C. Couchoud, 01/03/2011, ÉDITORIAL Rein et obésité : un amour impossible !, Vol 6 n°1

C. Grangeard, 01/03/2011, Le suivi en chirurgie de l'obésité, Vol 6 n°1

J. Dargent, 01/03/2011, Une sélection des abstracts les meilleurs ou les plus représentatifs des tendances actuelles, qui ont fait l'objet de présentations lors du congrès de l'IFSO-Monde des 3-8 septembre 2010 à Los Angeles (États-Unis), traduits de l'anglais, avec un bref commentaire, Vol 6 n°1

N. Carré, D. Goenaga, A.-F. Burnol, 01/06/2011, Modulation de la sensibilité à l'insuline par les adaptateurs moléculaires de la famille de Grb7, Vol 6 n°2

Catheline, R. Dbouk, N. Helmy, I. Ruzeykin, R. Cohen, H., 01/06/2011, Re-sleeve gastrectomie, Vol 6 n°2

J.B.J. Coquart, M. Garcin, J.-M. Grosbois, F. Wibaux, A.-E. Duba, 01/06/2011, Estimation de la consommation pic d'oxygène par la perception de l'effort chez des patients obèses et diabétiques de type 2, Vol 6 n°2

L. Gautron, S. Layé, 01/06/2011, Neurobiologie de l'anorexie inflammatoire, Vol 6 n°2

P. Léveillé, N. Sermondade, C. Faure, J.-M. Catheline, S. Benche, 01/06/2011, Impact de la chirurgie bariatrique sur la fertilité et les complications maternofoetales : étude pilote rétrospective sur le registre obésité de la Soffco, Vol 6 n°2

Lee WJ, Chong K, Ser KH, et al, 01/06/2011, By-pass gastrique vs gastrectomie en manchette (sleeve) pour le diabète de type 2. Une étude randomisée contrôlée, Vol 6 n°2

C. Carette, 01/06/2011, La surexpression du gène FTO chez la souris entraîne une augmentation de la prise alimentaire et le développement d'une obésité, Vol 6 n°2

C. Carette, 01/06/2011, Revue systématique des études d'intervention alliant promotion de la diététique et de l'activité physique dans les écoles en Europe, Vol 6 n°2

Soffco, 01/06/2011, Cas cliniques, Vol 6 n°2

Soffco, 01/06/2011, Chirurgie métabolique/diabète, Vol 6 n°2

Soffco, 01/06/2011, Chirurgie réparatrice après amaigrissement, Vol 6 n°2

R. Caiazzo, N. Veyrie, D. Nocca, 01/06/2011, La chirurgie de l'obésité et le goût, Vol 6 n°2

N. Veyrie, R. Caiazzo, 01/06/2011, ÉDITORIAL « Encore vers l'avant ! », Vol 6 n°2

C. Lemoine, 01/06/2011, Médiateur® : et si le scandale était ailleurs ?, Vol 6 n°2

SOFFCO, 01/06/2011, Résumés Soffco, Lille 26–28 mai 2011, Vol 6 n°2

SOFFCO, 01/06/2011, Résumés Soffco, Lille 26–28 mai 2011, Vol 6 n°2

SOFFCO, 01/06/2011, Résumés Soffco, Lille 26–28 mai 2011, Vol 6 n°2

SOFFCO, 01/06/2011, Résumés SOFFCO, Lille 26–28 mai 2011, Vol 6 n°2

SOFFCO, 01/06/2011, Résumés Soffco, Lille 26–28 mai 2011, Vol 6 n°2

SOFFCO, 01/06/2011, Résumés Soffco, Lille 26–28 mai 2011, Vol 6 n°2

SOFFCO, 01/06/2011, Résumés Soffco, Lille 26–28 mai 2011, Vol 6 n°2

J. Dargent, 01/09/2011, La révision endoscopique des échecs tardifs de la chirurgie bariatrique. Correction endoscopique d'une poche gastrique excessive après by-pass gastrojéjunal, Vol 6 n°3

C. Attané, P. Valet, I. Castan-Laurell, 01/09/2011, Effets métaboliques de l'apeline sur le tissu adipeux humain, Vol 6 n°3

L. Charras, G. Becouarn, P. Topart, P. Rit, 01/09/2011, Facteurs d'adhésion thérapeutique aux suppléments vitaminiques après chirurgie bariatrique, Vol 6 n°3

J. Cohen, E. Chahine, S. Kamoun Zana, C.-C. Moller, S. Jarboui, 01/09/2011, Occlusion du grêle par migration d'un ballon intragastrique : à propos de deux cas, Vol 6 n°3

M. Flamment, 01/09/2011, Effets du blocage des récepteurs CB1 par le rimonabant sur la fonction mitochondriale hépatique, Vol 6 n°3

B. Hansel, P. Giral, A. Coppola-Xaillé, G. Monfort, M. Regnault, 01/09/2011, L'enquête Internet nationale « Dukan, et après ? » : premiers résultats, Vol 6 n°3

T. Jourdan, P. Degrace, 01/09/2011, Système endocannabinoïde et physiopathologie de l'obésité : rôle des CB1R (périphériques) du tissu adipeux et du foie, Vol 6 n°3

F. Le Roux, A. Dhahri, P. Verhaeghe, B. Robert, J.-M. Regimbea, 01/09/2011, Angiocholites récidivantes après duodéanal switch, Vol 6 n°3

M. Sodji, J.-M. Catheline, J. Chebib, R. Dbouk, R. Cohen, H. Bih, 01/09/2011, Syndrome de Prader-Willi : traitement chirurgical par bypass biliopancréatique coelioscopique, Vol 6 n°3

M. Tauber, J. Cavallé, 01/09/2011, Le syndrome de Prader-Willi, Vol 6 n°3

J. Dargent, 01/09/2011, Synthèse du Ist International Symposium on Non Invasive Bariatric Techniques, Vol 6 n°3

S. Czernichow, J. Dargent, 01/09/2011, ÉDITORIAL Bonne rentrée à tous !, Vol 6 n°3

M. Abdennebi · S. Ben Cheikh · A. Bouaziz · H. Ochi · I. Ayadi, 01/12/2011, Prévalence du syndrome métabolique chez des enfants obèses tunisiens âgés de 6 à 12 ans, Vol 6 n°4

J. Berdah, 01/12/2011, Quid de la contraception chez la femme obèse et super obèse en 2011 ?, Vol 6 n°4

J.-M. Catheline · R. Dbouk · N. Helmy · I. Ruseykin · J. Chebib, 01/12/2011, Efficacité et sécurité de la sleeve gastrectomie chez les super-superobèses, Vol 6 n°4

E. Chouillard, 01/12/2011, La plicature gastrique verticale (PGV) : serait-elle le futur Sleeve-killer ?, Vol 6 n°4

J. Dargent, 01/12/2011, La courbe d'apprentissage en chirurgie de l'obésité. Est-elle évitable ? Est-elle admissible ?, Vol 6 n°4

N. de Saint-Aubert · N. Corigliano · G. Canard · S. Servajean · J.-, 01/12/2011, Que faire devant un échec de bypass gastrique ?, Vol 6 n°4

T. Dugue · R. Caiazzo · L. Arnalsteen · F. Pattou, 01/12/2011, Prise en charge des sténoses de l'anastomose gastrojéjunale après by-pass gastrique : plaidoyer pour une « vraie » prise en charge multidisciplinaire, Vol 6 n°4

A. Ghellal · J. Dargent · O.-H. Zarski, 01/12/2011, Volumineuse hernie hiatale après anneau gastrique : une rare complication, Vol 6 n°4

M. Impérato · J. Jarry · O. Cantin · V. N'Guyen · P. Michel, 01/12/2011, Occlusion jéjunale après migration d'un ballon intragastrique, Vol 6 n°4

C. Boizot-Szantai · F. Etilé, 01/12/2011, Taxer les boissons sucrées pour lutter contre l'obésité? Le point de vue de l'économie, Vol 6 n°4

J. Goudable, 01/12/2011, Les édulcorants intenses : utiles pour lutter contre l'obésité ?, Vol 6 n°4

A. Pan · F. B. Hu, 01/12/2011, Effets satiétogènes des sucres : différences entre boissons et aliments solides*, Vol 6 n°4

L. Tappy, 01/12/2011, Boissons sucrées et obésité : il y a-t-il lieu d'intervenir ?, Vol 6 n°4

J. Dargent · S. Czernichow, 01/12/2011, ÉDITORIAL Obésité et boissons sucrées, Vol 6 n°4

S.H. Ahmed, 01/03/2012, Sucres, addiction et obésité, Vol 7 n°1

L. Amro · N. Ouboulmane · A. Alaoui-Yazidi, 01/03/2012, Asthme et obésité, Vol 7 n°1

M. Dupuy · B. Jouret · M. Tauber · C. Arnaud · B. Quintilla · P., 01/03/2012, Attentes des patients et des professionnels vis-à-vis d'un site Internet dédié à l'obésité, Vol 7 n°1

M. Guerre-Millo, 01/03/2012, Modèle animaux d'obésité, Vol 7 n°1

Kim-Anne Lê, 01/03/2012, Boissons sucrées et obésité: aspects épidémiologiques et physiopathologiques, Vol 7 n°1

- O. Abid · B. Dehaye**, 01/03/2012, Perforation gastrique sur anneau modulable traitée par “sleeve gastrectomie”, Vol 7 n°1
- J. Dargent**, 01/03/2012, Rapport de consensus sur la sleeve gastrectomie : parution dans le Journal américain SOARD, traduction et commentaires, Vol 7 n°1
- J. Dargent · S. Czernichow**, 01/03/2012, ÉDITORIAL La recherche en obésité : apport des modèles animaux, Vol 7 n°1
- P. Reiser**, 01/03/2012, Taxation des boissons sucrées : le point de vue du secteur sucrier, Vol 7 n°1
- B. Waysfeld**, 01/03/2012, Troubles des conduites alimentaires et addiction: Rôle de la relation à la mère, Vol 7 n°1
- Note de la rédaction**, 01/03/2012, Traduction et commentaire d’une sélection d’abstracts du 17e Congrès mondial de chirurgie bariatrique IFSO de Hambourg (30 août–2 septembre 2011)*, Vol 7 n°1
- K. Chabot · R. Rabasa-Lhoret · M.-S. Gauthier**, 01/06/2012, Le paradoxe de l’obèse insulino-sensible, Vol 7 n°2
- M. Dupuy · B. Quintilla · B. Jouret · G. Becouarn · C. Arnaud ·** , 01/06/2012, Attentes des patients et des professionnels vis-à-vis d’un site Internet dédié à l’obésité*, Vol 7 n°2
- V. Pannegeon · J.-P. Farmachidi · G. Colin · J.-P. Marmuse · A. ·** , 01/06/2012, Pleurésie purulente dans les suites immédiates d’une repose d’anneau de gastroplastie : une complication rare mais potentiellement fatale - Mémoire du DIU de chirurgie de l’obésité, Vol 7 n°2
- D. Nocca**, 01/06/2012, ÉDITORIAL Congrès SOFFCO 2012, Vol 7 n°2
- Note de la rédaction**, 01/06/2012, Congrès SOFFCO 2012, Vol 7 n°2
- Note de la rédaction**, 01/06/2012, Congrès SOFFCO 2012, Vol 7 n°2
- Note de la rédaction**, 01/06/2012, Congrès SOFFCO 2012, Vol 7 n°2
- Note de la rédaction**, 01/06/2012, Congrès SOFFCO 2012, Vol 7 n°2
- Note de la rédaction**, 01/06/2012, Congrès SOFFCO 2012, Vol 7 n°2
- Note de la rédaction**, 01/06/2012, Congrès SOFFCO 2012, Vol 7 n°2
- Note de la rédaction**, 01/06/2012, Congrès SOFFCO 2012, Vol 7 n°2
- Note de la rédaction**, 01/06/2012, Congrès SOFFCO 2012, Vol 7 n°2
- Note de la rédaction**, 01/06/2012, Congrès SOFFCO 2012, Vol 7 n°2

*Annexe n°10 : Illustration de la composition d'un fichier source *.net
permettant l'analyse des réseaux de référence et de citation*

```
*Vertices 2815
1 "Basdevant A"
2 "Charles MA"
3 "Poulain JP"
4 "Czernichow S"
5 "Oppert JM"
6 "Simon C"
7 "Le Barzic M"
8 "Schutz Y"
9 "Bjorntorp P"
10 "Clement K"
11 "Guy-Grand B"
12 "Barbe P"
13 "Romon M"
14 "Valensi P"
15 "Vague P"
16 "Ducluzeau PH"
17 "Laville M"
18 "Selam JL"
19 "Slama JL"
20 "Krempf M"
21 "Laaban JP"
22 "Perlemuter G"
23 "Buffet C"
24 "De Gennes C"
25 "Boursier V"
26 "Priollet P"
27 "Boutron-Ruault MC"
28 "Pico F"
29 "Said G"
30 "Dalarun P"
...
...
...
2807 "Keane M"
2808 "Keane PE"
2809 "Soubrie P"
2810 "Melis T"
2811 "Succu S"
2812 "Sanna F"
2813 "Boi A"
2814 "Argiolas A"
2815 "Melis MR"
*Arcs
1 95
1 9
1 96
1 97
1 98
1 99
```

1 100
1 101
1 102
1 1
1 3
1 103
1 95
1 104
1 105
1 106
1 107
1 49
1 108
1 7
1 62
1 109
1 11
2 110
2 111
2 112
2 111
2 1
2 113
2 111
2 113
2 1
2 114
2 115
2 116
2 117
2 118
2 119
2 120
2 121
2 122
2 123
2 124
2 125
2 126
2 127
2 128
2 123
2 129
2 130
2 131
2 132
2 133
2 134
2 135
...
...
...

La médecine de l'obésité en France. Sociologie des engagements experts dans la normalisation de la corpulence

Résumé : Centrée sur l'étude de la médecine de l'obésité en France, cette thèse cherche à saisir comment les engagements experts reconfigurent les normes relatives à la corpulence des individus et à leur santé et en quoi ils sont susceptibles d'influer sur les orientations d'une politique nutritionnelle.

L'analyse proposée repose, premièrement, sur l'étude dans le temps de la mise à l'agenda politique de la nutrition en tant que problème de santé publique jusqu'au surgissement récent de la question plus spécifique de l'obésité. À travers la politique nutritionnelle mise en place et le Programme National Nutrition Santé (PNNS), c'est principalement le marché de la minceur qui trouve là un écho formidable pour se développer, et ce, dans au moins trois directions : la production et la vente d'anorexigènes, celles d'alicaments, ainsi que la publication et la commercialisation de régimes alimentaires. L'argument de santé publique devient, pour l'ensemble des acteurs engagés dans ce domaine, un procédé rhétorique permettant de se situer du bon côté de la frontière du « sain » et du « malsain ». Face à cette réappropriation dans les secteurs agroalimentaires et pharmaceutiques, c'est l'existence même du PNNS et de ses outils de prévention qui font débats. Ses promoteurs sont exposés à trois types de controverses autour du statut attribué à l'obésité et ses conséquences sur la santé, autour des dispositifs de prévention, et des dispositifs de prise en charge. En vue de saisir ces transformations, nous étudions, dans un deuxième temps, les développements, les connaissances et les dispositifs qui viennent à l'appui de ces jugements experts. Les controverses donnent à voir les références normatives existantes et, en même temps, elles sont le lieu où d'autres « paris » sur l'avenir, contestant la tendance épidémique et pathologique de l'obésité, sont rendus crédibles. Enfin, ces différentes appréhensions peuvent conduire à des divergences mais également à des constats partagés. La recherche propose également d'interroger les frontières de la médecine de l'obésité établies par les experts qui présentent unanimement leurs interventions comme « pluridisciplinaires » alors que des voix s'élèvent contre une médecine qui ne parviendrait pas à faire maigrir durablement.

Mots-clés : Obésité – Expertise – Santé publique – Socio-informatique – Prospéro – Analyse textuelle

Abstract: Focused on the study of the medicine of obesity in France, this thesis seeks to understand how the commitments of the experts transform the standards of the individuals' body size and their health and how they may influence the direction of a nutritional policy.

The proposed analysis is based, first, on the study in the time of the setting of the nutrition as a public health problem on the political agenda until the recent emergence of the more specific issue of the obesity. Through the establishment of a nutrition policy called the National Nutrition and Health Program (NNHP), it is mainly the slimming market that finds a great echo for his growing in at least three directions: the production and sale of appetite suppressants, of nutraceuticals, as well as publishing and marketing of diets. The public health argument becomes for all the actors involved in this field a rhetorical device in order to be located on the right side of the border of the "healthy" and the "unhealthy". Given this re-appropriation in the food and pharmaceutical sectors, the very existence of the NNHP and its preventive tools makes debates. Its promoters are exposed to three types of controversies over the status attributed to the obesity and its health consequences, around the prevention devices, and the care devices. To capture these changes, we study, secondly, the developments, knowledge and devices that come to support these experts' judgments. The controversies

allow to see existing normative references and at the same time they are the place where other “bets” on the future are made, challenging the epidemic and pathological point of view. Finally, these different designs can lead to discrepancy but also shared findings. The research also proposes to question the boundaries of the medicine of obesity established by the experts who present their interventions unanimously as “multidisciplinary” while there are voices which rise against a medicine which fails to allow people to permanently lose weight.

Keywords: Obesity – Expertise – Public Health – Computational Sociology – Prospero – Textual Analysis