Quelle participation aux politiques publiques de l'obésité des personnes concernées au niveau de l'OMS ?

Jonathan Peuch

Doctorant en sciences juridiques à l'Université Catholique de Louvain, Centre de Philosophie du Droit.

Citer cet article :

Jonathan PEUCH, « Quelle participation aux politiques publiques de l'obésité des personnes concernées au niveau de l'OMS ? », *Obésité*, vol. 13, n°4, Lavoisier, Paris, p.213-230.

Résumé : Cet article vise à soulever certains enjeux relatifs à l'obésité à l'aide d'une approche basée sur la sociologie des problèmes publics. Son objectif est de retracer la généalogie du « problème public » de l'obésité en étant attentif à la manière dont elle a été initialement définie au niveau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Nous tentons de répondre aux deux questions suivantes : quelle place les personnes en obésité ont-elles dans la définition du problème de l'obésité ? En quoi la question de cette place est un enjeu pour améliorer les politiques publiques sur l'obésité ? Notre méthode consiste, dans un premier temps, à analyser les documents de l'Organisation Mondiale de la Santé relatif à l'obésité, puis dans un second temps à nous pencher sur les positionnements des associations d'obèses dans une perspective de controverse entre une médicalisation de l'obésité et une prise en compte des aspects sociaux de l'obésité. Nous terminons par proposer des pistes pour inclure les personnes en obésité à l'aide de dispositifs participatifs qui permettaient aux personnes d'influencer la vision normative de ce qu'est l'obésité et des actions qu'elle appelle.

Mots clés : obésité, politique public, participation, controverse, problème public

*

What participation to the public policies related to obesity by the concerned people at the level of the WHO ?

Abstract : This article aims to raise some issues related to obesity using an approach mainly based on the sociology of public issues. Our goal is to trace the genealogy of the "public problem" of obesity by being attentive to the way it was initially defined at the level of the World Health Organization (WHO). We contribute to the following two questions: what role do obese people had in defining the problem of obesity? In what way is the question of this place an issue for strengthening the public policies related tot he question of obesity? Our method is, first, to analyze the documents of the World Health Organization relating to obesity, before to look, in a second time, at the positions of the associations of obese people compared to those of medical bodies through an approach by the controversies. The contribution ends up by proposing ways to include obese people with participatory devices in order to allow them to influence the normative base of the problem of obesity and the moves it requires.

Key words : obesity, public policy, participation, controversy, public problem

*

Introduction

L'obésité n'est considérée comme un « problème » que depuis récemment. Elle a même pendant longtemps été un marqueur de richesse [1], et le reste encore dans bien des endroits [2], [3] ; ce qui oblige à adapter les mesures prises aux communautés, aux cultures, aux temporalités et aux spatialités. Bien qu'elle soit reconnue comme maladie aux Etats-Unis depuis 1985 [4, P. 17], c'est en 1997 que l'Organisation Mondiale de la Santé la déclare maladie chronique sur la base d'une consultation internationale [5]. L'ampleur constitue la raison principale de cet intérêt : le nombre de personnes en obèsité a doublé depuis 1980, et la tendance est toujours significative aujourd'hui [6]. Au niveau mondial, 30% de la population est en surpoids ou en obésité, et la tendance à la hausse est constante [7]. Dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), une majorité de la population est en surpoids ou en obésité, la moyenne étant tirée vers le haut par les pays anglo-saxons. En Irlande, 79% des hommes sont en surpoids [8]. En Belgique, 14,7% de la population était en obésité en 2014, auxquels s'ajoutent les personnes en surpoids : 14% de femmes et 17% d'hommes. L'obésité est sensible aux inégalités sociales : les catégories de la population les plus diplômées sont les moins touchées. L'obésité est un facteur de risque décisif pour la plupart des maladies non communicables (cholestérol, maladie cardio-vasculaire, certains cancers, diabète de type-2) [5]. A l'échelle mondiale, elle est estimée responsable de 2,8 millions décès prématuré chaque année, et son coût est estimé *grosso modo* à 2 000 milliards de dollar en 2012 [7].

A la vue de la tendance à l'augmentation de l'obésité, les échecs de la lutte internationale contre l'obésité sont jusque-là frappants. A quelques exceptions notables, comme la ville de Seinäjoki en Finlande qui a adopté l'approche « la santé dans toutes les politiques », la myriade d'injonctions et de mesures publiques appelant à mieux manger ne semble pas porter ses fruits, et exige des réflexions supplémentaires. En France par exemple, qui dès 2001 a mis un place un plan national nutrition-santé ambitieux et précurseur, les taux d'obésité continue de progresser [9]. L'une des raisons principales est que la capacité des pays à formuler des interventions d'une ampleur suffisante est limitée par les normes et le droit commercial signés au niveau international [10, p. 953]. L'Organisation Mondiale du Commerce définit en grande partie la forme du système alimentaire mondial, et l'OMS joue un rôle prépondérant en définissant une réponse internationale possible [10, p. 954].

Dans ce cadre, notre hypothèse est qu'une analyse de l'approche internationale des pouvoirs publics dans la définition et l'appréhension du problème de l'obésité mettrait en lumière certaines faiblesses, et en particulier l'absence de participation des personnes en obésité alors qu'ils sont directement concernés par à la fois le problème mais aussi les solutions envisagées. Loin de prétendre à l'exhaustivité de l'analyse des « approches » de chaque État concerné par le problème de l'obésité, nous nous concentrons sur le niveau originaire et de référence des politiques publiques de lutte contre l'obésité, qui est celui de l'OMS. Généralement, les personnes en obésité sont davantage considérées comme des objets que comme des sujets politiques ou des acteurs de leur vie (ce sont des « sujets médicaux »). Or, traiter de l'obésité sans intégrer les personnes en obésité dans les processus d'élaboration des politiques publiques reviendrait à se priver d'acteurs pourtant centraux, et des informations essentielles qu'ils pourraient apporter [11]. Ce manque fragilise l'efficacité et la pertinence des solutions envisagées ; de plus, il réduit l'engagement personnels des personnes en obésité dans les dispositifs qui sont mis en place pour eux [12], [13]. Enfin, il faut souligner que des solutions en termes de participation et de gouvernance existent qui, bien qu'encore marginales dans leur usage, pourraient palier en partie à cette exclusion et améliorer d'autant la solidité des réponses apportées au problème de l'obésité.

Dans les innombrables travaux qui traitent de l'obésité, une minorité abordent la question de la participation des personnes en obésité aux politiques publiques avec une approche de sociologie politique. La question n'est qu'indirectement posée dans l'ouvrage de référence *Sociologie de l'obésité* de Jean-Pierre Poulain [3]. On retrouve des travaux ayant adoptés une approche foucaldienne, construits autour du concept de « biopolitique ». Ce concept renvoie à la manière dont le pouvoir gouverne l'ensemble des vivants, constitués en population, à partir des questions de santé, d'hygiène, d'alimentation, de sexualité [14]–[16]. Leur propos est d'analyser l'évolution de la « gouvernementabilité » de la santé publique : les autorités n'exercent plus leur pouvoir par une menace sur la mort (comme avec la peine de mort), mais en disciplinant et contrôlant chaque aspect de la vie des personnes. Les institutions encadrent et déterminent les modes de vie – avec le cas extrême de la prison [17]. Cette approche souligne la prégnance des méthodes libérales insistant sur la subjectivation et la responsabilisation des individus, qui va de pair avec un désengagement des pouvoirs publics. L'individu peut être laissé seul face aux contraintes sociales qui pèsent sur lui [16]. Les études s'appuyant sur Foucault offrent une porte d'entrée en termes de rationalité politique qui peut s'appliquer au

Commenté [A1]: Jean-Pierre Poulain

Commenté [A2R1]: corrigé

corps et à l'obésité : il s'agit bien de montrer les processus disciplinaires de normalisation et de socialisation qu'ils connaissent [18]. Dans cette perspective, la participation des publics apparaît comme une exception. D'autres recherches sont davantage basées sur les travaux de Bourdieu. Elles pointent la violence symbolique des politiques d'obésité comme l'un des facteurs expliquant leur échec : certaines personnes les perçoivent comme une manière d'imposer et d'internaliser des habitudes qui leur sont étrangères, ce qui a pour réaction d'attiser des résistances qui peuvent rendre les mesures inopérantes [19]. Là aussi, les personnes vont jusqu'à se sentir dépossédées de leur corps, et, conséquemment, ne participent pas du tout au dispositif. Sans se démarquer strictement de ces approches, l'originalité de cet article est de se concentrer sur la manière dont les publics en obésité sont intégrés en amont à l'élaboration et à la définition des politiques publiques de l'obésité au niveau de l'OMS.

Dans une première partie, nous commençons par délimiter les enjeux théoriques d'une définition de l'obésité en termes de problème public, et par reconstituer la naissance du problème public de l'obésité au niveau de l'OMS. Deuxièmement, des perspectives sociologiques sont invoquées pour analyser certaines conséquences de cette approche technocratique. Troisièmement, des positions critiques ont émergé face à la monopolisation du problème de l'obésité par certains experts, tant dans le champ scientifique qu'associatif, qui sont appréhendés en termes de controverse. Pour finir, des pistes participatives sont envisagées pour rapprocher les personnes en obésité tant de la définition du problème public de l'obésité, que des solutions à lui apporter.

I- L'obésité : un problème technique ?

Il est intéressant de retracer la construction sociale du problème de l'obésité parce qu'une telle généalogie met à jour l'approche qui a configurée l'action des pouvoirs publics jusque-là, et qui détermine la place qu'occupe les personnes en obésité dans les politiques publiques proposées. Nous nous intéressons principalement à l'OMS car cet échelon est le point de départ d'incitants décisifs à l'action des États parties – sans préjuger des volontés spécifiques nationales. Cette reconnaissance semble avoir eu un impact important car la plupart des mesures de prévention de l'obésité en Europe et en Amérique du Nord remontent au début des années 2000[*]. En 1997, l'OMS a reconnu « l'épidémie » de l'obésité, et en 2004 qu'elle a véritablement initié la « lutte » contre l'obésité au départ d'une « Stratégie mondiale » [20].

Nous partons de la définition que Daniel Cefaï donne d'un *problème public* [21]. Il se base lui-même sur les travaux fondateurs de Joseph Gusfield de 1981, traduits en 2009, qui ont mis en lumière comment l'enjeu de l'alcool au volant a été considéré comme principalement responsable de la dangerosité de la voiture [22]. D'après lui, les problèmes publics sont « des problèmes sociaux dont la formulation et la résolution sont des enjeux d'ordre public ». Il existe donc des problèmes qui ne sont pas sociaux (comme certains problèmes personnels ou techniques par exemple), et certains problèmes collectifs dont la formulation et la résolution ne sont pas des enjeux d'ordre public mais qui sont limités à des ordres privés (comme l'a montré Durkheim avec le suicide). La séparation des sphères publiques et privées est d'importance : à partir de quand un problème passe-t-il de l'espace privé de quelques-uns à l'espace public de tous ? C'est l'une des grandes questions des sciences sociales. Daniel Céfaï observe les processus sociaux qui font surgir les problèmes dans l'espace public, y compris les conditions d'organisation qui permettent à un problème invisible de se rendre visible dans l'espace public (la *publicité*). La généalogie du problème de l'alcool au volant met en lumière un point particulier qui est commun avec l'obésité : en général l'obésité est, elle aussi, le produit d'un acte ou de la répétition d'un acte, condamné en public (boire sans modération / manger sans modération), mais observé en privé [23] ; nonobstant le fait que la prise alimentaires excessives n'est que l'une des causes de l'obésité au niveau individuel, auquel il faut rajouter les aspects physiques mais aussi génétiques[24], [25]. Les solutions proposées sont donc largement tributaires des interprétations qui se sont stabilisées au fur et à mesure. Ainsi, en fonction de qui l'on tient comme responsable du phénomène, l'on va aboutir à des solutions divergentes. En l'occurrence, c'est le « buveur » qui est tenu pour responsable. A lui de prendre en charge sa propre consommation. Finalement, retracer la généalogie permet de rouvrir l'imagination sur les interprétations communes des problèmes publics. Sur base de ces considérations, nous verrons en quoi la construction sociale du problème public en est venu à mettre de côté les principaux intéressés (les personnes en obésité) et à privilégier une version experte du phénomène.

Quelles ont été les étapes qui ont rendu public le problème de l'obésité ? Pour répondre à cette question, les documents et rapports les plus significatifs en la matière, que l'Organisation Mondiale de la Santé met à disposition sur son site internet, ont été consultés en 2017-2018. Ils sont présentés dans le cadre suivant:

Commenté [A3]: Il serait judicieux de citer la référence originale, ou du moins de préciser sa date de parution plutôt qu'uniquement celle de la traduction

Commenté [A4R3]: Ok, rajouté dans le corps du texte

Commenté [A5]: Il serait important de modérer ce propos en soulignant qu'il existe des obésités, dont certaines ont des causes qui ne se réduisent pas à des prises alimentaires excessives, mais se combinent à elles (causes endocrinologiques par exemple). Cf Basdevant A, Le Barzic M, Guy-Grand B. Les obésités. Pil Ed. 1988. 1 vol. ; Guy-grand, « De l'obésité aux obésités : des concepts aux pratiques », 2003

Commenté [A6R5]: C'est évidemment exact, et le préciser à cet endroit est sans doute utile

Commenté [A7]: La ndbp n°8, longue, pourrait être présentée en encadré dans le texte

Commenté [A8R7]: Oui, cela renforce l'article

- **Rapports techniques :**
  - Régimes alimentaires, nutritions et prévention des maladies chroniques, Rapport d'une consultation OMS/FAO, Série de rapports techniques, 916
  - Rapport sur la Santé dans le Monde - Réduire les risques et promouvoir une vie saine, 2002.
  - Cadre pour une politique scolaire : Mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, 2008.
  - Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, 2010.
  - Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, 2010.
  - Hiérarchiser les domaines d'action prioritaires pour prévenir l'obésité de l'enfant dans la population, 2012.

- **Stratégies mondiales & déclarations**
  - Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre, 2009.
  - Assemblée Mondiale de la Santé, Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, WHA66.10 du 27 mai 2013.
  - Stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, Rapport d'un forum et d'une réunion technique de l'OMS, 15-17 décembre 2009.

- **Résolution :**
  - Résolution WHA63.14 de l'Assemblée mondiale de la santé du 21 mai 2010.

La méthode de travail utilisée dans chacun de ces documents a été analysée dans le but de connaître les personnes ayant contribuées à rendre le problème public, et les motifs qui les ont poussés à le faire. Il ressort de cette analyse extensive que les études de l'OMS sont systématiquement basées sur l'expertise médicale et scientifique. Cette affirmation est corroborée – de manière on ne peut plus claire – par la déclaration de Dr. Gro Bundtland, directrice de l'OMS en 2010, dans l'introduction du *Rapport sur la santé dans le monde* : « les meilleures politiques sanitaires sont fondées sur des données scientifiques ». En effet, les personnes réunies à l'OMS lors des sessions analysées concernant l'obésité sont systématiquement soit des médecins (au sens large), soit des hauts-fonctionnaires. Aucune réunion ne semble avoir donné la parole à des organisations représentant des personnes en obésité. Seule le rapport technique « Hiérarchiser les domaines d'action prioritaires pour prévenir l'obésité de l'enfant dans la population » de 2012, nuance cette approche, en énonçant que si les données factuelles sont les plus à même d'apporter des solutions, les processus décisionnels peuvent tenir compte « de la réalité pratique de la mise en œuvre et des différents points de vue un large éventail de partie prenante ». Toutefois, même dans ce document, aucune préférence n'est accordée aux associations de personnes en obésité, qui pourraient être présentes dans la catégorie de la société civile sans être explicitement mentionnée, et après la consultation des gouvernements, puis des organisations internationales, puis du secteur privé

[26, p. 20]. En général, lorsque des partenariats sont envisagés, il s'agit de la coopération entre les différents niveaux de gouvernements (international, national, régional), mais aussi entre les secteurs concernés, composés tant du secteur public que privé. Il faut souligner le rôle de l'organisation *World Obesity* qui est souvent qualifiée de représentante de la société civile. Cependant, elle ne regroupe en fait que des professionnels qui travaillent sur l'obésité, et non les personnes en obésité eux-mêmes : « La force de *World Obesity* réside dans l'union et la mise en réseau de professionnel du monde entier à travers nos évènements internationaux et du SCOPE, le système d'éducation en ligne sur l'obésité » (www.worldobesity.org/membership/ - consulté en décembre 2018). Enfin, tous les documents de l'OMS consultés ont sans exception pour point de départ un comité d'experts mandatés en vue d'un objectif particulier.

A titre d'exemple, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé de 2004 est frappante car elle est une étape cruciale dans la reconnaissance de l'obésité comme maladie au niveau international. D'une part, force est de constater que ses objectifs ne prennent pas en compte les avis des personnes en obésité, qui sont considérées que comme des objets médicaux. D'autre part, seuls des experts (la plupart des médecins) sont présents lors de la réunion [5, p. 11-13]. Ses objectifs sont énoncés dans le rapport de l'OMS [5, p. 15] :

> — « examiner la prévalence et les tendances mondiales de l'obésité chez l'enfant et chez l'adulte, les facteurs favorisant l'obésité et les conséquences de cette dernière, par exemple les maladies non transmissibles chroniques ;
> — analyser les conséquences sanitaires et économiques de l'obésité et leurs répercussions sur le développement ;
> — élaborer des recommandations visant à aider les pays à définir en santé publique des politiques et des stratégies d'ensemble visant à améliorer la prévention et la prise en charge de l'obésité ;
> — répertorier les questions qui nécessitent des recherches approfondies ».

La construction sociale de l'obésité comme un problème se fait donc en négligeant les principaux intéressés. Au contraire, sa reconnaissance apparaît comme étant « technocratique » - un mot lourd de sens, qui souligne ici le rôle du « système technicien » compris par Jacques Ellul comme étant la recherche de l'efficacité à tout prix, la primauté de la fin sur les moyens et le rôle de la technique dans l'organisation de la société [27], [28]. A l'OMS, des médecins, des hauts-fonctionnaires, des démographes, des épidémiologistes ou d'autres experts encore, observent, scrutent à travers des statistiques, établissent techniquement des faits puis exposent au public le problème de santé que fait peser l'obésité sur la société. Ce problème devient public pour une raison d'intérêt général légitimée par une expertise technique.

II- Une expertise peu partagée

Cette approche de l'obésité par l'OMS est riche de sens. Elle est basée sur une perspective *top-down* de l'action publique, et exclut les personnes en obésité du processus de problématisation et de définition du problème public. Elle diagnostique l'obésité comme un problème quantitatif : nombre de sujets en obésité et nombre de calories superflues. Le point de départ du problème de l'obésité n'est pas neutre : il naît dans des instances privilégiant une approche experte et une rationalité instrumentale au sens classique, c'est-à-dire ne prenant que peu en compte les limites en termes d'information, de mimétisme, d'environnement social etc. qui nuancent fortement les prémisses de cette rationalité [29], [30]. Il s'agit de définir un problème puis de déployer des moyens pour le résoudre – la résolution du problème constituant sa fin même.

En considérant la personne en obésité comme un « sujet » médical, et non comme un acteur à part entière du processus définitionnel et décisionnel concernant l'obésité, il est probable de passer à côté de certains éléments causaux ou qualificatifs clés, mais aussi d'attiser une résistance, de réduire les engagements des personnes concernées et, au final, d'affaiblir l'efficacité de la démarche [11]. Or, il convient de signaler que des recherches récentes en psychologie sociale montrent, précisément, la force et les effets bénéfiques sur le long terme des approches permettant aux personnes de se positionner en acteurs de choix autonomes en ce qui concerne leur vie et leurs comportements. La théorie de l'autodétermination (*Self-Determination Theory*) montre qu'en associant les personnes aux solutions qui leur sont proposées, en mettant par exemple à leur disposition des options diverses permettant des choix réellement autonomes et bien-pesés, les résultats en termes de changement de comportement sont plus efficaces [12], c'est-à-dire que les changements sont plus conformes au bien-être des personnes, et qu'ils s'inscrivent sur un temps long. Cela a été démontré en matière de santé, mais aussi en matière d'environnement [13], [31], [32].

Toutefois, une approche basée uniquement sur la motivation des personnes ne sauraient être suffisante, car les individus sont pris et canalisés dans et par des environnements alimentaires qui déterminent en partie mais de manière crucial leurs comportements. Ainsi, une version forte de l'approche par les environnements alimentaires consiste à revoir en profondeur les modes d'organisation des points de vente (supermarché, fast-food…) [33], [34]. Une version plus permissive est défendue par les tenants de l'économie comportementale, d'après lesquels des

taxes, des subsides, mais surtout des *nudges* [35], [36] peuvent modifier les comportements des individus. Néanmoins, il faut souligner une limite à cette approche : les individus restent précisément dépends de l'environnement social : que celui-ci change de nouveau, et les comportements vertueux seront changés eux-aussi. Il serait ainsi envisageable de penser la participation et l'influence des consommateurs sur les environnements dans lesquels ils évoluent, mais c'est un champ de recherche en cours de maturation.

En outre, on peut regretter que la théorie de l'auto-détermination en reste souvent à proposer d'associer les personnes aux solutions (« *self-determined regulations* »), mais peu à la définition des problèmes eux-mêmes et des finalités qu'ils engendrent : si l'obésité, par exemple, sera « combattue » (finalité) plus efficacement avec des mesures engageant les « valeurs profondes des personnes » (moyen) [12, p. 112], on en reste à la définition d'un moyen visant la réalisation d'une fin dont la définition échappe aux principaux intéressés. En revanche, il pourrait être intéressant de prôner un engagement des personnes sur un mode co-constructif *dès l'étape de la construction et de la définition du problème*. En effet, « rendre disponible des options » (*« providing quality options* ») apparaît comme inférieur en termes d'engagement personnel possible à : « permettre aux personnes de définir (en partie) les options qu'elles se donnent ». En outre, la « co-construction » nous semble être un plafond dans l'autonomisation, car il est difficile pour une personne de reconnaître qu'elle a un problème puis de le définir sans la présence d'un tiers. Logiquement, si une personne arrive à reconnaître, définir et solutionner seule un problème, alors ce problème relève de la sphère privée et ne sera pas amener à devenir un *problème* public : un problème solutionné n'est plus réellement un problème. Il faut qu'à un moment donné, une situation « normale », c'est-à-dire considérée comme non-problématique, soit reconnue comme *étant problématique*. Finalement, l'imagination de dispositifs et de politiques publiques autorisant un engagement réel des valeurs et des besoins psychologiques profonds des individus est ainsi l'un des défis actuels que l'action publique doit chercher à relever pour résoudre les problèmes publics face auxquels l'approche instrumentale n'apporte pas de solutions efficaces.

En plus d'envisager un manque d'efficacité des politiques publiques – ce qui est à mettre en perspective vu l'incapacité des Etats à répondre au problème de l'obésité – la réflexion sociologique peut souligner des effets secondaires indésirables d'une approche unilatérale basée sur l'expertise technique. En s'appuyant sur une analyse fonctionnaliste des problèmes sociaux [37, p. 839], l'obésité semble ainsi définie comme un problème public qui s'apparente

Commenté [A9]: Des travaux de Saadi Lahlou suggèrent que l'environnement matériel et normatif est pourtant un déterminant très important des comportements, alimentaires en particulier. L'auteur fait ici comme si l'environnement pouvait se réduire à des actions fiscales, économiques ou à des nudges ponctuels, ce qui n'est pas une juste représentation des choses. Agir sur l'environnement peut aussi relever d'une action politique volontariste sur l'offre et le paysage alimentaire qui, si même si elle n'a pas été observée à grande échelle, pourrait agir efficacement sur les comportements. Il ne faut pas écarter cette option. Cf Lahlou Saadi, 2005, « Peut-on changer les comportements alimentaires? », Cahiers de Nutrition et de Diététique, vol. 40, n° 2 : 91-96. Et Lahlou, 2017, Installation Theory. J'imagine qu'il existe une littérature plus spécifiquement centrée sur l'obésité sur ce sujet.

Commenté [A10R9]: Ce commentaire m'a fait beaucoup réfléchir et il est vrai que dernièrement j'ai eu tendance à valoriser l'environnement alimentaire, ce qui m'a conduit à rééquilibrer ce paragraphe.

Commenté [A11]: Je m'étonne que l'auteur reprenne à son compte ce vocabulaire guerrier qui constitue sans doute une partie du problème soulevé et qui fait partie intégrante de la manière dont l'obésité est construite comme problème public

Commenté [A12R11]: L'idée est justement ici de montrer la différence entre l'outil « motivation intrinsèque » et la finalité « combattre » qui reste inaccessible. J'espère que la modification clarifie le propos.

à une « dysfonction sociale », qui « réfère à un ensemble déterminé de conséquences d'un pattern déterminé de comportements, de croyances ou d'organisations, qui interfère avec un besoin fonctionnel déterminé d'un système social déterminé ». Dans cette perspective, certains acteurs définissent quelles sont les conditions normales ou optimales de fonctionnement de la société, et proposent par référence à ce modèle un diagnostic ciblé assorti de solutions [21, p. 45]. Ainsi, le problème social apparaît en contraste relativement à un social sans problème, cependant que la personne en obésité est vue, et se perçoit elle-même, comme le problème en soi – ce qui peut mener à de la discrimination par les autres, et à de la culpabilisation chez les personnes en obésité. Cette remarque vaut tout particulièrement pour les femmes, notamment celles qui ont recours à la chirurgie bariatrique afin de pouvoir garder la santé, répondre à des injonctions esthétiques, mais aussi s'occuper des autres, et en particulier des petits enfants [38]. Finalement, en n'incluant pas les personnes en obésité dans la définition de leur problème, les politiques publiques, en plus d'apparaître comme inefficace, peuvent se dresser *contre* les personnes en obésité eux-mêmes, ce qui est un comble.

Commenté [A13]: Cette remarque vaut tout particulièrement pour les femmes, notamment celles qui ont recours à la chirurgie bariatrique : Cf Lepiller Olivier, 2015, « "Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36" : Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans », Journal des anthropologues, vol. Alimentation, arme du genre, n° 140-141 : 235-255.

Commenté [A14R13]: Apport intéressant, et intégré

Au renfort d'une sociologie fonctionnaliste, la sociologie critique qualifie plus précisément ce processus. Elle met à jour l'établissement d'une forme de déviance du « gros » (« *fat* ») par rapport à la norme [39]. La qualification d'une forme de déviance est socialement construite ; il n'y a pas d'objectivité de la déviance. En poussant l'argument à l'extrême, il est même possible d'aller jusqu'à interpréter la médicalisation et la « pathologisation » [40] du surpoids (identification d'un comportement ou d'un état comme étant maladif) comme une nouvelle forme du contrôle social, un « avatar d'un processus de différenciation sociale au service des élites sur une logique plus ou moins proche de la distinction » [41]. Cela ne veut pas dire que la comparaison d'une situation à des critères établis à l'avance ne peut pas être objective ; ni même que l'altération du corps par rapport à la norme sanitaire n'existe pas dans la réalité. Cependant, l'établissement des critères et de la norme est le résultat d'un processus social dont les conséquences dépassent parfois les intentions initiales.

Les déviants possèdent un point commun intrinsèque : leur faculté à être perçus et entendus est affectée par ce qualificatif même de déviant, qui les discrimine des normaux. Ils sont considérés en situation d'incapacité et d'anormalité par les autres. En conséquence, ils sont moins pris au sérieux, voire complètement disqualifiés. Ce procès a été analysé dans des cliniques pour personnes âgées au Canada. Certaines personnes sont qualifiées (pour des raisons supposées bien-fondés) de démentes, d'autres non [43]. L'étude montre que la qualification a un effet

important sur la manière dont les autres vont interpréter les actes de la personne. L'interprétation du comportement de la personne est renouvelée dans ce nouvel environnement cognitif (sans préjuger de la véracité ou fausseté du jugement). La maladie devient un préjugé, un présupposé qui précède l'interprétation ou le jugement d'une action. Cette interférence ne provient pas tant de la personne elle-même que de l'interlocuteur. Ces considérations font échos aux travaux de Howard Becker, d'après lequel le sens des actes se créé dans l'interaction entre ceux qui définissent les problèmes et les comportements sociaux, induisant des positions de domination. Il traite du thème de la déviance sur des sujets comme les fumeurs de marijuana ou bien les voleurs, et analyse comment la définition d'un problème peut ne pas prendre en compte les raisons qui poussent les personnes à agir d'une manière ou d'une autre [44].

Cette observation semble s'appliquer aux personnes en obésité, considérées comme déviantes par rapport à la norme du corps moderne [17]. En effet, les cliniciens n'agissent pas de la même manière avec les personnes en obésité ou normales ; ils ont moins d'empathie pour les personnes en obésité [45]. On ne compte pas les témoignages de personnes en obésité se plaignant de discrimination lors des diagnostics. Par ailleurs, les méfaits de la pathologisation sont un fait social qui a été largement exploré et exposé dans les arts, et en particulier au cinéma. On se référera par exemple à l'excellent film *A woman under influence* de John Cassavetes (1974) ou à *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (*Vol au-dessus d'un nid de* coucou) de Milos Forman (1975). Finalement, l'obésité est en partie construite socialement suivant un mécanisme propre à la déviance. On peut alors se demander quelles ont été les réactions des groupes concernés à cette définition technocratique du problème de l'obésité.

Commenté [A15]: Il serait utile de préciser de quels genres de médecins il s'agit dans cette étude, de manière à modérer la généralité du propos

Commenté [A16R15]: Ok : médecin < clinicien

III - La controverse de l'obésité : entre stigmatisation et pouvoir médical

L'obésité est un problème public qui ne s'épargne pas le luxe d'une « controverse » dont nous allons tenter de rendre compte. Conceptualisées, les controverses socio-techniques sont des phénomènes sociaux qui prennent la forme d'une contestation publique, sociale ou politique d'un processus technico-scientifique. Elles posent des questions de gouvernabilité et de décisions en démocratie [46]. Le concept a été largement discuté, utilisé et approprié par la philosophie des sciences [48] mais aussi de la sociologie politique [49].

Les controverses socio-techniques questionnent la place des savoirs techniques dans la démocratie. Elles mettent en lumière le poids hégémonique de la science sur les questions considérées comme techniques. Cette hégémonie peut cependant être critiquée et contestée par des acteurs sociaux, produisant des conséquences en termes de démocratie et de représentation. Par exemple, les modes de justification peuvent s'avérer pertinents dans l'analyse des controverses lorsqu'elles relèvent d'un régime de vérité ou d'un sens de la justice [50]. Quand on sait que la technique, sous couvert de neutralité, peut parfois entrainer des changements sociaux majeurs [28], il faut encore souligner l'importance de la possibilité de contester ces choix techniques. Toutefois, un problème récurrent est celui de l'invisibilité de certains publics, et de leur incapacité à surgir dans l'espace public [51], [52].

L'apparition des controverses est souvent actée là où la science ne peut trancher un problème de manière unilatérale, c'est-à-dire lorsque les scientifiques ne sont pas unanimes ou sont impuissants à apporter une solution. Dans ce cas-là, leur monopole sur le savoir peut être contesté : l'incertitude laisse ouvert un espace de débat sur la question de savoir « ce qu'est quelque chose » et « ce qu'elle a à nous dire » [48]. Le concept de controverse socio-technique souligne le poids de la science pour définir la nature et les choses : la technicité offre aux scientifiques « la plus fabuleuse capacité politique : dire le vrai sans être discuté » [46, p. 23]. Ce pouvoir peut bien sûr être contesté par de nombreux acteurs mais nécessitera des efforts, une mobilisation, la construction d'un rapport de force. Par exemple, les acteurs économiques peuvent imposer aux scientifiques de sortir du domaine de la vérité pour aller dans le domaine de l'industriel, de l'applicabilité et de l'utile [48].

Dans le cas de l'obésité, la controverse est attestée mais n'est pas parvenue à remettre en cause l'hégémonie de la science à cause d'un rapport de force asymétrique entre « experts » et « profanes ». La controverse se déploie tant à l'intérieur de la science, qu'à l'extérieur. Elle est incomplète parce que le consensus est suffisamment large entre les experts (principalement des médecins) pour démontrer que l'obésité est un facteur de risque grave pour de nombreuses maladies (cholestérol, diabète, maladie cardio-vasculaires, certains cancers) qui ne saurait être réellement questionné, et que la diffusion de l'épidémie de l'obésité (le terme épidémie est souvent utilisé bien que cette maladie soit non-communicable) connaît une forte tendance à la hausse. Ce consensus, tant qu'il n'est pas suffisamment remis en cause, a le pouvoir, si l'on s'en réfère les auteurs cités précédemment, d'inhiber le débat social, à moins que les personnes concernées n'arrivent à se mobiliser fortement. La position de la science reste relativement

unanime – sans que des solutions efficaces n'émergent. Sans doute ne s'agit-il pas tant de contester les faits statistiques (« ce que c'est »), que « ce qu'ils ont à dire » : les causes et les conséquences. Autrement dit, le monopole de la science à définir la notion d'obésité (quoi) et ses contours (qui, pourquoi, comment, quand etc.) lui confère *de facto* un même monopole sur la manière d'appréhender le problème et d'y répondre. La controverse de l'obésité a concerné ces deux facettes.

A l'intérieur du champ médical est apparu une controverse véhémente. Elle s'est développée dans les endroits où la médecine s'exprime en termes de risques, et ne détermine pas de seuils précis ou de limites exactes, parce que ces seuils sont spécifiques à chaque personne en fonction de différents critères. Cette imprécision inhérente à tout calcul de risque a servi de point de levier à certains chercheurs pour questionner l'unanimité scientifique. Ces chercheurs ont construit une « contre narrative » (« *counter-narrative* ») au discours dominant sur l'obésité, qu'ils décrivent comme étant rempli de biais idéologique :

« *Together, these [authors] have helped popularize obesity skepticism as a legitimate intellectual position ... Most crucial of all, they have each contributed to building the case against seeing obesity per se as a disease, demonstrating that the health risks of fatness are, at the very least, highly debatable ...* » [53].

Ces auteurs s'efforcent de mettre en avant le caractère construit de l'univocité du problème de l'obésité et de son univocité, ainsi que les éléments idéologiques, sociaux et culturels qui en sous-tendent la définition et les implications. Ils soulignent également des éléments de pouvoir politique et économique, dont des intérêts privés ainsi que la discipline normative auquel le corps se retrouve soumis :

« *The rhetoric of an obesity epidemic has spawned a global weight-loss industry that provide diet product, programs, counsellors and advisors to help people secure the ideal of a normative body weight* » [54, p. 45].

D'après le plus célèbre d'entre eux, Paul Campos, l'association entre les risques pathologiques et l'obésité est faible voire inexistante, ce qu'il tente de dénoncer dans son livre *The Obesity Myth* [55, p. 20]. D'une part, les solutions diététiques pour faire perdre du poids aux personnes en obésité ne fonctionnent pas ou trop peu. D'autre part, la corrélation entre l'état de santé et le poids ne serait pas suffisamment solide. Il va jusqu'à dire qu'il existe une guerre contre l'obésité menée par des « hystériques » qui ne s'appuient que sur des données scientifiques incomplètes :

« *In short, the current war on fat is an irrational outburst of cultural hysteria, unsupported by sound science* » *[55, p. 20]*. Son argument est le suivant :

« *I do not argue that there is no relationship between weight and health. I argue, rather, that the health risks associated with higher-than-average weight have been greatly exaggerated, while all sorts of related but far graver risks have been ignored. In particular, poverty, poor nutrition and a culture that makes it easy for Americans to be sedentary are important public health issues in America today* » [56, p. 5].

Son propos est donc de relativiser la place de l'obésité dans les problèmes de santé en général, en déclarant que l'obésité n'est pas un facteur de risque suffisant que pour déclencher une « guerre du gras » (*« a war on fat* ») et une discrimination contre la majorité des Américains. Il dit aussi que le problème est avant tout culturel : « *We live in a culture that tells the average American woman, dozens of times per day, that the shape of her body is the most important thing about her, and that she should be disgusted by it.* » Et rajoute que d'après lui, toute la population américaine est sujet à des troubles alimentaires (*« disorder eating* »). C'est toute l'approche autour de l'obésité qui serait finalement mal-fondée. Au lieu de chercher à améliorer le bien-être, les politiques de santé publique ne font qu'accroitre le stress et le mal-être. En mettant la pression sur les individus, elles se trompent de cible car l'obésité est une conséquence de la culture dans laquelle nous vivons, une culture de l'insatisfaction qui est perpétuellement à combler :

« *We have been encouraged to believe the propaganda of our public health authorities, instead of listening to the truth being told to them by their own bodies: that living a joyful, active life - one that includes the calm enjoyment of the many pleasures afforded by food - promotes health and longevity, while trying to conform to some arbitrary body 'ideal' does damage to both. Nothing less than a revolution is needed to overthrow America's eating-disordered culture, with its loathing of the most minimal body diversity, its neurotic oscillation between guilt-ridden bingeing and anorexic self-starvation, and its pathological fear of food, pleasure and life itself. Indeed, our whole diet culture is ultimately all about fear, and self-loathing, and endless dissatisfaction. That is the culture we live in. That is the culture we must change* » *[56, p. 3]*.

Dans ce paragraphe, il pose une équivalence intéressante, en déclarant que la lutte contre l'obésité est finalement contre-productive car elle empêche ce qu'elle prétend précisément faire : améliorer le bien-être des individus. On le voit, le débat part d'un point de vue médical pour être rapidement orienté vers des problématiques sociales et culturelles. Cette controverse médicale, à l'intérieur de la science, ne semble cependant pas avoir perturbé outre mesure le consensus scientifique ni les recommandations de l'OMS en la matière. En outre, le

développement de la chirurgie bariatrique a pu relativiser ou mettre de côté la partie des arguments de Campos qui sont basées sur la non-efficacité des solutions médicales individuelles, car elle revalorise la position technicienne grâce à l'efficacité dont elle peut se prévaloir là où le régime des diètes ne fonctionnait pas. En effet cette forme d'intervention a fait ses preuves et connaît des succès certains, bien qu'elle ne permette pas de supprimer la dimension sociale des comportements alimentaires en requérant un suivi post-opératoire très poussé et exigent. Toutefois, la chirurgie continue de s'apparenter à une solution technique qui n'en individualise ni n'en médicalise pas moins le problème de l'obésité. En ce sens, il continue de laisser les personnes en obésité en position de responsabilité face à ce qui est pourtant en partie un problème social, lequel ne serait être compris et appréhendé sans des politiques publiques adéquates. Finalement, la contestation n'aurait eu que peu d'impact sur l'ampleur et la définition du problème au niveau médical [18, p. 32], mais semble néanmoins avoir touchée l'espace public.

A *l'extérieur* de la science médicale cette fois, des questionnements ont également été soulevés par certaines recherches en sciences sociales, mais aussi par les organisations de personnes en obésité. Ces questionnements nous semblent avoir eu plus d'impacts que ceux suscités dans le champ médical, à l'instar de la popularisation du terme de « grossophobie ». Ils proposent de percevoir l'obésité non comme une maladie posant un problème public, mais plutôt comme une forme de discrimination sociale à l'égard des « gros ».

Loin d'un groupe de personnes qui essayerait d'attirer l'attention sur les problèmes qu'ils rencontrent et qui n'intéresseraient personnes (comme c'est par exemple le cas pour les paysans et ouvriers agricoles victimes de pesticide), les groupes de personnes en obésité se sont plutôt démarquées en instituant des groupements de défense de l'obésité dont la principale revendication est l'arrêt des discriminations à leur égard. D'après eux, le problème de l'obésité est complexe et ne sera pas résolu par des « campagnes d'éradication des gros ». Ces groupes demandent à être reconnus comme des acteurs sociaux, agissant et produisant des savoirs, et non uniquement comme des sujets déviants. L'association la plus connue d'entre-elles est née aux Etats-Unis et s'appelle *the National Association to Advance Fat Acceptance*. Voici ce qu'on peut en lire sur son site internet :

« *Fondée en 1969, NAAFA est une association sans but lucratif de promotion des droits civils visant à mettre fin à la discrimination sur la taille (size) dans toutes ses formes. Le but de NAAFA est d'aider à construire une société dans laquelle les gens de toutes tailles sont*

acceptés dignement et également dans tous les aspects de la vie » (http://www.naafaonline.com - consulté le 10 décembre 2018).

L'association se départit sensiblement par rapport à la vision médicale présentée plus haut. D'après elle, le fait que plus de 30% de la population soit en surpoids n'est pas un problème en soi. Au contraire, les personnes en obésité sont une grande partie de la population qui constituerait une minorité systématiquement discriminée. On peut lire sur leur site : « *this discrimination occurs despite evidence that 95 to 98 percent of diets fail over five years and that 65 million Americans are labeled "obese"* ». A l'appui de sa revendication, elle dénonce les lieux de cette discrimination à travers une série de notes thématiques. Celles-ci insistent sur le fait que les programmes diététiques sont souvent inefficaces, que les médias diffusent une vision conformiste et exigeante du corps, ou encore qu'il soit possible d'être gros et de vivre en bonne santé. Plus spécifiquement, l'une de ces notes expose les préoccupations des personnes en obésité dans le domaine de la recherche qu'il serait malvenu de négliger dans notre réflexion :

> « *NAAFA affirme que le principal objectif de la recherche sur l'obésité devrait être d'améliorer la santé et le bien-être des personnes grosses sans se focaliser sur la perte de poids. De plus, NAAFA condamne les chercheurs qui utilisent leur position de décideur en matière de santé publique pour poursuivre leurs propres intérêts économiques. De surcroit, NAAFA demande que les agences de santé publique du gouvernement fédéral et le secteur privé financent de nouvelles enquêtes et études ayant pour objectif de trouver des alternatives aux solutions basés sur les régimes alimentaires diététiques pour améliorer la santé et le bien-être des personnes grosses. Enfin, NAAFA demande que les personnes grosses aient une voix dans les domaines concernant la recherche, et le développement des politiques publiques concernant l'obésité* » (notre traduction. http://www.naafaonline.com/dev2/about/Policies/ - consulté le 14 décembre 2018).

La mise en garde est claire : il s'agit de pouvoir penser des politiques publiques qui puissent améliorer la santé des personnes en surpoids sans que la perte de poids soit considérée comme un objectif en soi. De plus, il s'agirait de développer des formes alternatives au « régime diététique » pour encourager l'amélioration de la santé des personnes en obésité. Enfin, il est revendiqué que les politiques publiques de santé doivent intégrer les personnes en surpoids, suggérant qu'elles en sont exclues – ce qui étaye nos conclusions précédentes. Selon nous, une politique publique intégrant l'ensemble des acteurs rassemble plus d'information, réduit les résistances des personnes, permet une internalisation des changements de comportement et permet d'affiner le couple fin/moyens. Il apparaît donc que les personnes en obésité semblent être demandeuses d'une telle approche.

La controverse ne s'est pas limitée aux Etats-Unis, et a notamment traversé l'Atlantique. A titre d'exemple, les « gros » sont représentés en France notamment grace à l'organisation *Allegro Fortissimo*. Si son origine est à trouver dans une critique de la mode qui n'offre pas de vêtements adéquats aux gros, et dont l'initiative est à remettre à Françoise Fraïoli et Anne Zamberlan, ses revendications se sont élargies. Elle propose d'aider, d'accompagner et de faire sortir du silence les personnes en surpoids. Son attention est tout particulièrement focalisée sur ce qui est appelé par l'association « le pouvoir médical ». De manière remarquable, elle pose le problème de l'expertise :

« *Aujourd'hui, nous avons rétabli avec le corps médical des relations à peu près normalisées. Le combat que la société et le corps médical mènent depuis 50 ans contre le poids aboutit à un constat d'échec. On nous a soumis à toutes sortes de tortures mais, partout dans le monde l'obésité est en augmentation. Partout dans le monde, on se trompe sur les pourquoi et les comment de la chose. Nous estimons donc que, devant ce constat d'échec, en matière d'obésité, les experts, c'est nous !* » (http://www.allegrofortissimo.com/ - consulté le 14 juin 2018).

L'association, en plus de proposer des aides directes aux personnes, a donc vocation à représenter les personnes en surpoids dans les instances politiques, et à exprimer l'avis de ces mêmes personnes, bien que cela ne soit pas toujours une exigence des politiques publiques. Le problème de représentation est rendu saillant à cause de la stigmatisation dont sont victimes les personnes en obésité. Cette stigmatisation s'opère en deux étapes. D'abord, la personne est réduite à sa caractéristique de personne grosse, ce qui va devenir « son statut principal, (…) occultant tous ses autres attributs et qualités personnelles ». Ensuite, elle en vient à considérer elle-même « comme normal de ne pas être considérée comme les autres (…). Honteuse et coupable, elle s'isole socialement » [57]. Les actions collectives, à l'instar de la participation à cette association, sont des moyens efficaces pour renverser un tel cycle de stigmatisation. Les liens avec les éléments développées précédemment sur la déviance sont remarquables dans ce témoignage.

L'association *Allegro Fortissimo* se dit en accord avec les recherches menés par le Groupe de Recherche sur l'Obésité et le Surpoids (le G.R.O.S.) qui regroupe des professionnels nutritionnistes, médicaux et diététiciens français. Cette déclaration souligne tout le potentiel du croisement entre science sociales, médicales et groupes de personnes concernées. Le G.R.O.S.

développe des solutions au problème de l'obésité en coopération avec les personnes en obésité. Cette hybridation est à souligner : il s'agit bien de professionnels, qui sont donc à inclure à *l'intérieur* du champ médical, et qui ne remettent pas en cause la définition de l'obésité comme étant un problème médical. En revanche, leur pratique intègre une perspective sociale incluant les personnes en obésité dans la résolution du problème : ils traitent les personnes en obésité comme des acteurs, des sujets humains, non comme des « sujets » médicaux. Ce positionnement est valorisé par l'association *Allegro Fortissimo*.

En Belgique francophone, une association représentant les patients en surcharge pondérale a vu le jour en 2005 à Wépion. Elle visait « à obtenir une reconnaissance de la maladie, éviter la stigmatisation des personnes en obésité, et favoriser l'aide entre patients » (http://www.lalibre.be/ - consulté le 15 décembre 2018). D'après Jean-Paul Allonsius, son président, la stigmatisation dont font l'objet les personnes en obésité rend leur mode de vie plus difficile : « *Il a ainsi été démontré que, à cause de la faible estime qu'il a bien souvent de lui du fait de son poids, l'obèse éprouve significativement plus de difficultés à accéder à l'enseignement supérieur ou à trouver un emploi* ». Malheureusement, l'ASBL a fermé ses portes en 2013 faute de soutien de la part des pouvoirs publics. Actuellement, une page Facebook dédiée à l'obésité en Belgique est suivi par plus de mille personnes : *Fat Positivity Belgium* ; - ce qui indique qu'une communauté existe qui n'est pas représentée.

Le croisement entre sciences médicales, sciences sociales et associations de personnes rend visible un certain nombre de questionnements dans l'espace public. Ces critiques restent relativement marginales au niveau de la communauté scientifique orthodoxe. Toutefois, cette controverse nous invite à envisager l'obésité comme un problème complexe, aux causes multiples qui engagent une multitude d'acteur, de définitions et d'épistémologies possibles (expertes, profanes…), et dont l'acteur principal – la personne en obésité – est souvent écarté. Ce résultat apparaît au fil de l'analyse des documents de l'OMS encadrant les politiques publiques traitant de l'obésité, mais aussi dans les prises de position des associations regroupant les personnes obèses ou de chercheurs s'intéressant à cette thématique. Finalement, une perspective inclusive n'apparaît pas dans les rapports de l'OMS. Cela ne signifie pas qu'il faille désespérer que les Etats engagés à mettre en œuvre la Stratégie de 2004 n'intègrent cette dimension sur le terrain.

Commenté [A17]: Serait-il possible de trouver un qualificatif francophone ? « Dominante » ? « Orthodoxe » ?

Commenté [A18R17]: Ok orthodoxe

IV. Dépasser la controverse par la participation

L'analyse menée autour d'une critique de l'expertise encourage à adopter une perspective réflexive en prenant en compte, d'une part, les causes et les effets relatifs à l'obésité basés sur des recherches scientifiques rigoureuses, et d'autre part, les effets d'une approche fondée uniquement sur ces données. Le fait que l'obésité soit un facteur de risque de maladies graves apparaît comme incontestable du point de vue des médecins et des experts. En même temps, les personnes en obésité peuvent être l'objet de discriminations relativement à une norme du corps exigeante, stigmatisante et culpabilisatrice. Ces deux positions ne sont pas contradictoires, mais nécessitent une réflexion méthodologique et des postures respectueuses et nuancées. L'approche par la controverse met en exergue que la négligence voire l'exclusion de personnes concernées par un problème public est susceptible de créer des tensions ou des inefficacités.

En somme, dans la controverse de l'obésité, bien que l'objectif d'une meilleure santé pour tous semble faire consensus, il n'en est pas moins que la forme et la nature de cette « santé » reste en discussion. La question cruciale est la suivante : une santé bonne est-elle conforme, ou pas, avec un corps en obésité ? Question qui portes conséquences sur la manière de reconnaître et percevoir le corps et la personne en obésité : comme une déviance, comme une maladie temporaire dont la personne est victime, ou comme un état acceptable voire souhaitable ? Alors que les médecins soulignent les liens entre obésité et les maladies associées, les collectifs de personnes en obésité pensent que bonne santé et obésité ne sont pas contradictoires (NAFAA), ou bien qu'il faut explorer, médecins et personnes en obésité de concert, les possibilités d'une meilleure santé et d'un meilleur bien-être pour les personnes (cf. *Allegro Fortissimo* et G.R.O.S). Ainsi, comment proposer des mesures de santé qui soient acceptables pour les personnes en obésité ? Et comment faire en sorte que ceux qui définissent le problème public de l'obésité ne soient pas les seuls responsables de sa résolution ? Car il ne s'agit pas seulement de trouver la bonne solution technique pour « lutter » contre l'obésité, mais aussi de trouver la perspective normative ou cognitive qui permette aux personnes de se sentir le mieux possible dans une situation qu'elles ne maîtrisent que rarement. En résumé, une vision technique s'appuyant sur un pouvoir médical relativement unanime et orientée vers des critères d'efficacité en finalité s'oppose à une vision inclusive et compréhensive qui invite à considérer les personnes en obésité comme des acteurs et des producteurs de savoir sur leur propre condition de vie et de santé.

Sans prétendre résoudre sur le fond cette controverse, des pistes méthodologiques sont envisageables pour améliorer la cohabitation des deux approches, ce qui aurait pour conséquence de réduire les zones de frottements et renforcer l'efficacité de l'action publique. D'un point de vue théorique, certains sociologues encouragent la mise en place de dispositifs participatifs, inclusifs et de concertation dont l'objectif est d'associer aux processus de décision les personnes concernées qui en sont néanmoins exclues [49]. Des mécanismes de retour d'information pourraient être envisagés afin de qualifier et de définir au mieux les capacités, les objectifs ou encore les attentes et possibilités de chaque acteur. Ces principes peuvent d'appliquer à différents niveaux. Au niveau des politiques publiques nationales par exemple, le PNNS français associe depuis l'origine le Collectif national des associations d'obèse (CNAO), lequel revendique sur sa page internet participer activement à la définition des politiques liées à la nutrition et l'obésité, et notamment au Plan Obésité (https://www.cnao.fr/plan-ob%C3%A9sit%C3%A9/ - consulté le 28 décembre 2018).

Plus généralement, la rationalité de l'action publique peut chercher à apprendre des pratiques des acteurs et des personnes agissantes, plutôt que de proposer uniquement des solutions technoscientifiques basées sur une approche verticale *top-down*. A cet égard, la proposition d'Olivier De Schutter de « l'Etat apprenant » [58] trouve ici un écho favorable, puisque dans celle-ci il ne s'agit pas d'orienter les individus à l'aide d'outils classiques de « *command and control* », mais d'être attentif à des pratiques réussies et prometteuses en vue de résoudre un problème concret, souvent construit au niveau local (les *initiatives sociales*), puis de les valoriser et de les accompagner – surtout là où les outils classiques sont insuffisants et inefficaces pour résoudre un problème déterminé comme c'est le cas avec l'obésité. A titre d'exemple, de nombreuses études, bien qu'encore peu systématisées, ont souligné les bienfaits du jardinage sur la santé des personnes, tant en ce qu'elle permet d'effectuer un exercice physique, qu'en ce qu'elle est un vecteur de convivialité ou permet de réfléchir à ses pratiques alimentaires [59]. Un autre exemple est celui d'ateliers cuisines, qui ont permis d'obtenir des résultats très positifs auprès de publics précarisés, la plupart du temps féminin, à l'instar de l'ASBL de promotion de la santé Li Cramignon à Liège, ou de l'ASBL d'éducation populaire Rencontre des Continents à Bruxelles.

La mise en place de tels dispositifs et d'une telle culture de gouvernement reste toutefois un vrai défi. En témoignent les tentatives de participation qui, parfois, ratent leur cible ou bien mettent un espoir déraisonnable dans la participation des acteurs [60]. Les dispositifs peuvent

Commenté [A19]: L'auteur propose une argumentation globalement convaincante, mais qui néglige un phénomène pourtant crucial, tant il a pris de l'importance depuis une dizaine d'année : la chirurgie bariatrique. En effet, l'argumentation tend à opposer, d'un côté, ce qu'on pourrait désigner par l'expression de « régime des diètes », qui ont fait la preuve de leur inefficacité à long terme, à, de l'autre côté, la recherche de solution participatives, inclusives des personnes obèses, et qui ne réduiraient pas le problème à celui du poids. Or, la chirurgie bariatrique représente une autre voie encore, qui fait toujours du poids et de son traitement médicalisé la question centrale (comme l'indique l'étymologie de bariatrique), qui représente une solution éminemment technique (et intrusive et provoquant des effets iatrogènes considérables) à ce problème, et dont les études montrent qu'elle a une certaine efficacité, y compris sur le long terme, tant en terme de perte de poids que de diabète de type II ou d'hypertension. Cette solution peut intégrer une démarche participative, par exemple lorsque des groupes de patients opérés participent à la préparation de patients qui vont l'être. Mais la dimension participative est loin d'être toujours présente. On aimerait que l'auteur prenne en considération, dans son argumentation, cette solution technique au problème de l'obésité, pour qu'il nous explique comment il l'analyse et où il la situe dans la réflexion qu'il propose.

Commenté [A20R19]: Commentaire très intéressant et exigeant. Il m'a obligé à supprimer le passage qui disait l'inefficacité des solutions techniques. Sur le fond, je pense que la chirurgie s'apparente à une solution technique, et en cela n'est pas distincte du « régime des diète ». Elle s'en distingue en revanche, il est très vrai, par l'efficacité. Cependant, on reste avec une solution technique qui a tendance à individualiser et médicaliser le problème de l'obésité et continue de laisser les personnes en obésité seule face à ce qui est pourtant un problème social, lequel ne sera réglé que par des politiques publiques adéquates. J'ai rajouté un paragraphe p.15.

Commenté [A21]: L'auteur peut-il fournir un exemple, même fictif ou virtuel, d'application concrète de ce genre de dispositif dans le domaine de l'obésité ?

Commenté [A22R21]: Oui, rajouté

Commenté [A23]: L'auteur peut-il donner un ou plusieurs exemples de ce que pourraient être de telles initiatives sociales porteuses de promesses dans le domaine de l'obésité ?

Commenté [A24R23]: Ok, ajouté ci-dessous.

s'adapter aux besoins et aux capacités des personnes, voire les placer au centre du processus de définition du problème. Les populations en obésité ne saisiront pas au vol un simple appel à participer. Il faudrait pouvoir aller les chercher, là où elles sont et telles qu'elles sont, dans la mesure où l'obésité est généralement une situation (un état temporaire, bien qu'il puisse être long) inconfortable, stigmatisé et symptomatique d'autres problèmes. A cet égard, il est possible d'imaginer une représentation des intérêts des personnes en obésité sans que cette situation ne les définissent complètement : il s'agit avant tout d'exposer des expériences vécues et partagées collectivement, non pas forcément de façonner ou défendre une identité. La plupart du temps, une approche collective permet de contrebalancer les effets d'une stigmatisation vécue au niveau individuel par l'échange, la complicité, la compréhension mutuelle et l'apprentissage. De tels dispositifs devraient de plus éviter de mettre en place des projections cognitives sur les personnes en obésité en toute impunité, mais aussi devraient chercher à les responsabiliser au fil des processus qui les concernent. Enfin, il faut réussir à articuler ces contraintes avec la dimension internationale du problème : la participation et la représentation ne peuvent pas être menées de la même manière à l'OMS et dans les terrains nationaux. L'une des difficultés est de hisser au niveau international des représentants des personnes en obésité ; une autre est de faire en sorte que ces personnes s'organisent aux niveaux nationaux et locaux, à la fois en vue des enjeux de représentation mais aussi comme malades et acteurs des politiques de santé publique. Ces deux dimensions sont liées, car une bonne organisation locale est en fait une condition d'une bonne représentation nationale ou régionale. Donner aux personnes en obésité les moyens de se rendre visibles dans le problème de l'obésité participerait sans doute à obtenir de véritables avancées puisque cela renforcerait l'efficacité des politiques et en affinerait les objectifs et les moyens en termes de santé. Des personnes actrices renforceraient certainement de tels dispositifs.

Commenté [A25]: D'autant plus qu'une identité communautaire « obèse », qu'un « nous » obèse n'existe pas spontanément, du fait qu'il est le fruit d'un processus de construction dont les acteurs sont, par exemple, l'AFERO ou le GROS. Par ailleurs, si elle peut parfois « écraser » toutes les autres, la qualité d'obèse est loin d'épuiser l'identité d'une personne, qui n'est jamais qu'obèse, mais qui a aussi un genre, un rôle familial, professionnel, une origine ethnique, des adhésions spirituelles, etc… Cela pose la question du porte-parolat et de la représentation d'une identité obèse qui n'existe pas nécessairement.
(copié collé du commentaire précédent)

Commenté [A26R25]: Commentaire très intéressant, auquel je pense répondre dans les phrases suivantes que j'ai rajouté. D'après moi, on peut se faire les porte-paroles d'une situation partagée, bien qu'elle ne soit pas ou pas complètement identitaire.

Conclusion

La construction de l'obésité comme *problème* public par des experts médicaux est le fruit d'un processus initié au niveau international. Elle exclut les personnes en obésité de la définition du problème, qui se focalise sur les aspects pathologiques et individuels liées à l'obésité, ce qui pousse à l'adoption de *solutions* techniques médicalisées, produisant une certaine violence sociale vécue au niveau des personnes, mais aussi un échec de cette approche en termes de résultat car elle néglige les aspects sociaux de l'alimentation et de la santé. Toutefois, il serait envisageable de donner une place plus forte aux personnes en obésité dans la définition du problème, ainsi que dans l'élaboration des solutions. Des dispositifs réellement participatifs

permettraient aux personnes en obésité de se projeter comme des acteurs de leur propre vie et des politiques qui les concernent. Ils permettraient notamment d'améliorer l'adéquation des solutions et des personnes, d'améliorer leur engagement personnel, de rassembler des informations de meilleure qualité ou encore d'offrir une vision systémique à un problème complexe. Néanmoins, ces dispositifs ne sont pas aisés à mettre en œuvre de façon à ce qu'ils rendent les services attendus ; ils nécessitent encore des expérimentations courageuses.

Alors que l'obésité s'inscrit dans un contexte culturel, social, historique [61] et économique [62] qui produit des contraintes fortes de normalisation des corps [1], il faut toujours rappeler que le corps en obésité exerce également une contrainte forte sur les déterminants de la santé. Cette tension est pour l'instant un obstacle à la mise en place de politique publique *de* l'obésité efficaces puisqu'elle relève de deux approches différentes sur un même problème public. Notre contribution invite à sa dépolarisation en incluant systématiquement les personnes en obésité dans la définition du problème public de l'obésité, ce qui aura des effets tant sur la perception de la situation que sur les solutions proposées et associées.

Commenté [A27]: Face à cette fragmentation politique du problème et de ses solutions, on attendrait de l'auteur qu'il explicite une proposition. Que signifierait prendre en compte de manière défragmenter la question de l'obésité ? Créer un ministère de l'obésité ? Ou du moins une agence dédiée dotée de pouvoirs d'action suffisants ?

Commenté [A28R27]: J'ai l'impression que formuler une telle proposition nécessiterait beaucoup de page, et ce n'est pas forcément l'objectif de l'article. En revanche je comprends l'attente suscité par ce dernier paragraphe. Je crois plus sage de le supprimer.

BIBLIOGRAPHIE

[*] Sur la base d'une recherche internet opérée le 7 février 2018, nous affirmons que la plupart des politiques nationales et internationales liées à l'obésité date en effte des années 2000. Au Canada, la première chaire de recherche sur l'obésité date de 1997 (http://obesite.ulaval.ca/index.php). Aux Etats-Unis, en 2001, The Surgeon General's Call To Action To Prevent and Decrease Overweight and Obesity se donne comme objectif de faire reconnaître l'obésité comme un problème de santé publique majeur (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44206/). Du côté européen, la Commission a rendu public le livre vert pour la prévention des surcharges pondérales qui lance de premières pistes de réflexion sur le sujet en décembre 2005. En France, le Programme National Nutrition Santé visant à réduire l'obésité date de 2000 (https://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008.html). En Belgique, un Plan santé est lancée en 2004, dont le texte final a été publié en 2006, pendant qu'une nouvelle politique est à la date de décembre 2018 en cours d'adoption.

[1] A. Corbin, J.-J. Courtine, et G. Vigarello, *Histoire du corps*. Le Seuil, 2016.

[2] A. M. N. Renzaho, « Fat, rich and beautiful: changing socio-cultural paradigms associated with obesity risk, nutritional status and refugee children from sub-Saharan Africa », *Health Place*, vol. 10, nº 1, p. 105-113, mars 2004.

[3] J.-P. Poulain, *Sociologie de l'obésité*. Presses Universitaires de France, 2009.

[4] Food and Drug Administration, « Open session of the Endocrinologic and metabolic drugs advisory committee », FDA, sept. 1995.

[5] World Health Organization, « Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale », Genève, 2003.

[6] World Health Organization, « Obésité et surpoids », Aide-mémoire 311, juin 2016.

[7] McKinsey Global Institute, « Overcoming obesity: an initial economic analysis ». nov-2014.
[8] OECD, « Obesity Update 2014 », juin 2014.
[9] C. De Batz, F. Faucon, et D. Voynet, « Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013 », Inspection générale des affaires sociales, Paris, Rapport public, oct. 2017.
[10] M. Chopra, S. Galbraith, et I. Darnton-Hill, « A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition », *Bull. World Health Organ.*, vol. 80, nº 12, p. 952-958, janv. 2002.
[11] L. Blondiaux, « La démocratie participative, sous condition et malgré tout », *Mouvements*, vol. 2, nº 50, p. 118-129, 2007.
[12] A. Moller, R. Ryan, et E. Deci, « Self-Determination Theory ad Public Policy: Improving the Quality of Consumer Decisions Without Using Coercion », *Am. Mark. Assoc.*, vol. 25, nº 1, p. 104-116, Spring 2006.
[13] R. Ryan et E. Deci, « Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being », *Am. Psychol.*, vol. 55, nº 1, p. 68-78, janv. 2000.
[14] T. Bossy et F. Briatte, « Les formes contemporaines de la biopolitique », *Rev. Int. Polit. Comparée*, vol. 18, nº 4, p. 7-12, 2011.
[15] J.-F. Bert, *Introduction à Michel Foucault*. La Découverte, 2011.
[16] B. Lucas, « Trois gouvernements des démences. Les biopolitiques à l'épreuve des réseaux d'action publique locaux », *Rev. Int. Polit. Comparée*, vol. 18, nº 4, p. 61-75, 2011.
[17] M. Foucault, *Surveiller et punir*. Gallimard, 1975. La norme est d'autant plus efficace que les corps sont disciplinés tant à l'école, à l'hôpital, en entreprise que dans l'espace public : « Le corps humain entre dans une machinerie de pouvoir qui le fouille, le désarticule et le recompose. Une 'anatomie politique', qui est aussi bien une 'mécanisme du pouvoir', est en train de naître ; elle définit comme on peut avoir prise sur le corps des autres, non pas simplement pour qu'ils fassent ce qu'on désire, mais pour qu'ils opèrent comme on veut, avec les techniques, selon la rapidité et l'efficacité qu'on détermine. La discipline fabrique ainsi des corps soumis et exercés, des corps dociles »
[18] J. Wright et V. Harwood, *Biopolitics and the « Obesity Epidemic »: Governing Bodies*. Routledge, 2012.
[19] F. L. Wachs et L. F. Chase, « Explaining the Failue of an Obesity Intervention: Combining Bourdieu's Symbolic Violence and the Foucault's Microphysics of Power to Reconsider State Interventions », *Sociol. Sport J.*, nº 30, p. 111-131, 2013.
[20] OMS, « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », OMS, 2004.
[21] D. Cefaï, « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux*, vol. 14, nº 75, p. 43-66, 1996.
[22] J. Gusfield, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*. Economica, 2009.
[23] M. Woollven, « Joseph Gusfield, La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique », *Lectures*, mai 2009.
[24] A. Basdevant, J.-L. Bouillot, K. Clément, J.-M. Oppert, et P. Tounian, *Traité médecine et chirurgie de l'obésité*, Médecine-Sciences. Paris: Lavoisier, 2011.
[25] B. Guy-Grand, « De l'obésité aux obésités : des concepts aux pratiques », *Ann. Endocrinol.*, vol. 64, nº 5-C2, févr. 2008.
[26] OMS, « Hiérarchiser les domaines d'action prioritaires pour prévenir l'obésité de l'enfant dans la population. », Organisation Mondiale de la santé, WD 210, 2012.
[27] J. Ellul, *La Technique : l'enjeu du siècle*. Economica, 2008.
[28] J. Ellul, *Le système technicien*. Paris: Le Chercher Midi, 2012.

[29] H. Simon, « A Behavioral Model of Rational Choice », in *Models of Man, Social and Rational: Mathematic Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting*, New-York: Wiley, 1957.
[30] E. Van Nieuwenhuyze, « Regulatin nutrition and health claims : EU Food Law's poisoned chalice? », Sciences juridiques, Université Catholique de Louvain, Louvain la Neuve, 2015.
[31] G. C. Williams, V. M. Grow, Z. R. Freedman, R. M. Ryan, et E. L. Deci, « Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance », *J. Pers. Soc. Psychol.*, vol. 70, nº 1, p. 115, 1996.
[32] L. G. Pelletier, S. C. Dion, M. Slovinec-D'Angelo, et R. Reid, « Why Do You Regulate What You Eat? Relationships Between Forms of Regulation, Eating Behaviors, Sustained Dietary Behavior Change, and Psychological Adjustment », *Motiv. Emot.*, vol. 28, nº 3, p. 245-277, sept. 2004.
[33] S. Lahlou, « Peut-on changer les comportements alimentaires? », *Cah. Nutr. Diet.*, vol. 40, p. 91-96, juin 2005.
[34] S. Lahlou, *Installation Theory, The Societal Construction and Regulation of Behaviour*. Cambridge University Press, 2017.
[35] R. H. Thaler et C. R. Sunstein, *Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision*, Vubert. Pocket, 2012.
[36] A.-L. Sibony, A. Alemanno, et G. Helleringer, « Brève introduction à l'analyse comportementale du droit », *Recl. Dalloz-Sirey*, vol. 16, nº 7685, 2016.
[37] R. K. Merton et R. A. Nisbet, *Contemporary social problems*. Harcourt, Brace & World, 1961.
[38] O. Lepiller, « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans », *J. Anthropol. Assoc. Fr. Anthropol.*, nº 140-141, p. 235-255, juin 2015.
[39] A. Hulme, *Fat as deviance: Fat phobia and the social control of women's bodies*. 1998.
[40] S. Murray, « Marked as "Pathologistical": Fat Bodies as Vistural Confessor », in *Biopolitics and the « Obesity Epidemic »: Governing bodies*, New-York: Routledge, 2009.
[41] A. Hoffman, « La construction de l'obésité », *Santé Conjug.*, nº 36, avr. 2006.
[42] L. Damay, B. Denis, et D. Duez, *Savoirs experts et profanes dans la construction des problèmes publics*. Bruxelles: Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 2011.
[43] S. L. Dupuis, E. Wiersma, et L. Loiselle, « Pathologizing behavior: Meanings of behaviors in dementia care », *J. Aging Stud.*, vol. 26, nº 2, p. 162-173, avr. 2012.
[44] H. Becker, « Les criminologues n'ont jamais rien fait à propos du problème du crime », *Cult. Confl.*, vol. 2014/2, p. 27-41, 2014.
[45] K. A. Gudzune, M. C. Beach, D. L. Roter, et L. A. Cooper, « Physicians build less rapport with obese patients », *Obesity*, vol. 21, nº 10, p. 2146-2152, oct. 2013.
[46] B. Latour, *Politiques de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie.* Paris: La Découverte, 1999.
[47] J. Peuch, « Une mobilisation environnementale anti-barrage en Chine. Cartographie des acteurs et de leurs interactions dans le Yunnan », *Diploweb*, févr. 2012.
[48] I. Stengers, *La vierge et le neutrino. Les scientifiques dans la tourmente.* Les empêcheurs de tourner en rond, 2006.
[49] M. Callon, P. Lascoumes, et Y. Barthe, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris: Le Seuil, 2001.
[50] L. Boltanski et L. Thévenot, *De la justification. Les économies de la grandeur*. Gallimard, 1991.
[51] J. Dewey, *Le Public et ses problèmes*. Gallimard, 2010.

[52] W. Lippmann, *Le public fantôme*. Demopolis, 2008.
[53] M. Gard, *The End of Obesity Epidemic*. Routledge, 2010.
[54] C. Halse, « Bio-Citizenship: Virtue discourses and the Birth of the Bio-Citizen », in *Biopolitics and the « Obesity Epidemic »: Governing bodies*, New-York: Routledge, 2009.
[55] P. Campos, *The Obesity Myth*. New-York: Gothams Book, 2004.
[56] P. Campos, « The Obesity Myth - interview », *Spiked*, p. 1-5, oct. 2005.
[57] C. Hoffman-Pijollet, « Notre société favorise l'obésité et la rejette », *Rev. Inf. Soc.*, vol. Solidarité et santé, févr. 2014.
[58] O. De Schutter, « La cage et le labyrinthe : s'évader de la religion de la croissance », *LPTransition Work. Pap.*, nº 2, 2016.
[59] M. Soga, K. J. Gaston, et Y. Yamaura, « Gardening is beneficial for health: A meta-analysis », *Prev. Med. Rep.*, vol. 5, p. 92-99, mars 2017.
[60] J. De Munck et M. Berger, « Participer, entre idéal et illusion », *Rech. Sociol. Anthropol.*, vol. 1, 2015.
[61] S. L. Gilman, *Fat: A Cultural History of Obesity*. Polity, 2008.
[62] C. Deverre et C. Lamine, « Les systèmes agroalimentaires alternatifs. Une revue de travaux anglophones en sciences sociales », *Économie Rurale Agric. Aliment. Territ.*, nº 317, p. 57-73, mai 2010.