UNIVERSITÉ LILLE - U.F.R. DE SCIENCES
ECONOMIQUES ET SOCIALES
École Doctorale SESAM
Laboratoire Clersé - UMR 8019 CNRS

Thèse de doctorat en

SOCIOLOGIE

préparée et soutenue publiquement par

Charlène LETOUX

Le 28 janvier 2021

Trajectoires d'adolescents en obésité dans le Nord et Pas-De-Calais comme reflets du processus des inégalités et de la stigmatisation

Thèse dirigée par DÉCHAMP-LE ROUX Catherine, Professeure émérite à l'Université de Lille

Composition du jury :

CARDON Philippe, *Maître de conférences HDR à l'Université de Lille.*
DÉCHAMP-LE ROUX Catherine, *Professeure émérite à l'Université de Lille, Directrice de thèse.*
DERBEZ Benjamin, *Maître de conférences à l'Université de Paris 8.*
DIASIO Nicoletta, *Professeure à l'Université de Strasbourg, Rapporteure.*
GOJARD Séverine, *Directrice de recherche à l'Institut National de la Recherche Agronomique, Rapporteure.*
TILLARD Bernadette, *Professeure à l'Université de Lille, Présidente du jury.*

UNIVERSITÉ LILLE - U.F.R. DE SCIENCES
ECONOMIQUES ET SOCIALES
École Doctorale SESAM
Laboratoire Clersé - UMR 8019 CNRS

Thèse de doctorat en

SOCIOLOGIE

préparée et soutenue publiquement par

Charlène LETOUX

Le 28 janvier 2021

Trajectoires d'adolescents en obésité dans le Nord et Pas-De-Calais comme reflets du processus des inégalités et de la stigmatisation

Thèse dirigée par DÉCHAMP-LE ROUX Catherine, Professeure émérite à l'Université de Lille

Composition du jury :

CARDON Philippe, *Maître de conférences HDR à l'Université de Lille.*
DÉCHAMP-LE ROUX Catherine, *Professeure émérite à l'Université de Lille, Directrice de thèse.*
DERBEZ Benjamin, *Maître de conférences à l'Université de Paris 8.*
DIASIO Nicoletta, *Professeure à l'Université de Strasbourg, Rapporteure.*
GOJARD Séverine, *Directrice de recherche à l'Institut National de la Recherche Agronomique, Rapporteure.*
TILLARD Bernadette, *Professeure à l'Université de Lille.*

Trajectoires d'adolescents en obésité dans le Nord et Pas-De-Calais comme reflets du processus des inégalités et de la stigmatisation

Résumé : Notre étude rend compte de la manière dont les inégalités et la stigmatisation peuvent être visibles, se façonnent et se mêlent tout au long de la trajectoire d'adolescents en obésité inscrits dans un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Nous participons à donner un éclairage nouveau à la question de la mise en œuvre et réception des normes médicales véhiculées lors de programmes d'ETP en adoptant une analyse en termes de « trajectoires » de maladie pour analyser différents points de vue : professionnels, adolescents et parents. L'étude des interactions sociales mêlées aux rapports sociaux, notamment de classes et de sexes, est mise à l'honneur et nous permet de mettre l'accent sur la dimension proprement sociale des comportements. Nous interrogeons les écarts entre les rôles attendus ou prescrits et les rôles effectivement endossés, les stratégies de négociation ou de résistance entre les acteurs afin de faire émerger les attentes normatives qui pèsent sur les malades jusqu'à parfois laisser apparaître une violence symbolique. Dans l'objectif de retracer le parcours des normes, nous adoptons aussi une approche sociohistorique en proposant une extension de la notion de « trajectoire de maladie » par celle de « trajectoire collective » (Carricaburu, 1997, 1999). Nous intégrons à cette recherche l'étude de la mise en forme de l'obésité effectuée historiquement par la médecine et les politiques de santé publique constituant les conditions de sa gestion, communes aux différents acteurs et influençant leurs interactions sur la scène médicale. En s'inspirant des *Fat studies*, ce travail a permis de saisir la corpulence comme une nouvelle variable permettant d'analyser sous un angle sociologique novateur, à la fois les discours, les pratiques et l'organisation sociale. Ce travail s'appuie sur une enquête qualitative mixte et multi-située : une analyse de corpus de discours médicaux et de santé publique, 38 entretiens semi-directifs avec des professionnels spécialisés dans l'éducation thérapeutique de l'adolescent en obésité (endocrinologue, nutritionniste, infirmière, éducateur médico-sportif, psychologue, etc.), 21 entretiens biographiques auprès d'adolescents et parents ainsi qu'une centaine d'observations au sein de programmes d'ETP (centres spécialisés, centres hospitaliers et réseaux de santé).

Mots-clés : Sociologie de la maladie ; inégalités sociales de santé ; obésité ; stigmatisation ; parcours des normes ; trajectoires ; rapports sociaux ; consubstantialité

Trajectories of obese adolescents in the Nord and Pas-De-Calais as a reflection of inequality and stigmatization processes

Abstract: Our study reports on how inequality and stigmatization may be visible, constructed and intertwined throughout the trajectory of obese adolescents enrolled in a therapeutic patient education program (TPE). We are helping to provide a new perspective on the issue of implementation and reception of medical norms transmitted during TPE programs by adopting an analysis in terms of disease "trajectories" to analyze different points of view: professionals, adolescents and parents. The study of social interactions involved in social relations, especially class and gender, is honored and allows us to focus on the social dimension of behaviors. We question the differences between the expected or prescribed roles and the roles actually adopted, the strategies of negotiation or resistance between the actors in order to bring out the normative expectations that affect the patients to the point of sometimes revealing a symbolic violence. We also adopt a sociohistorical approach with the aim of retracing the path of norms, by proposing an extension of the notion of "trajectory of illness" by that of "collective trajectory" (Carricaburu, 1999). We include in this research the study of obesity shaping historically conducted by medicine and public health policies that constitute the management conditions, common to the different actors and influencing interactions on the medical scene. Based on the *Fat studies* perspective, this work made it possible to understand corpulence as a new variable allowing an innovative sociological analysis of discourses, practices and social organization. This work is based on a mixed and multi-site qualitative survey: an analysis of corpus of medical and public health discourse, 38 semi-directive interviews with professionals specialized in the therapeutic education of adolescent obesity (endocrinologist, nutritionist, nurse, sports medicine educator, psychologist, etc.), 21 biographical interviews with adolescents and parents, as well as about 100 observations within FTE programs (specialized centers, hospital centers and health networks).

Keywords: Sociology of disease; social inequalities in health; obesity; stigmatization; pathways of norms; trajectories; social relations; consubstantiality

Remerciements

Lors de ces cinq dernières années de thèse, de nombreuses personnes ont participé à rendre ce travail possible, à en faire une expérience riche de partages et de soutiens bienveillants.

Je suis reconnaissante, tout d'abord, envers Catherine Déchamp-Le Roux d'avoir accepté de m'accompagner dans l'aventure de la thèse. Je la remercie pour sa disponibilité et ses recommandations avisées.

J'exprime également ma gratitude envers les membres du jury. Merci à Philippe Cardon, Benjamin Derbez, Nicoletta Diasio, Séverine Gojard et Bernadette Tillard d'avoir accepté de lire et de discuter mon travail. C'est un honneur de pouvoir vous le présenter.

Je remercie le Centre Lillois d'Études et de Recherches Sociologiques et Économiques (Clersé) et ses membres pour avoir soutenu cette thèse, ainsi que l'école doctorale SÉSAM. Merci notamment pour le bureau mis à ma disposition et pour avoir rendu possible ma participation à différentes journées d'études. Je remercie chaleureusement Blandine Mortain pour ses nombreux et précieux conseils durant la rédaction de la thèse, et également Bernadette Tillard et Manuel Schotté pour leur soutien. Je tiens également à exprimer ma gratitude à Catherine Clauw, Sophie Goyat et Dominique Mosbah pour leur appui logistique tout au long de la thèse. J'ajoute un grand merci à l'ensemble des personnes de l'Université de Lille qui se sont mobilisées durant le reconfinement afin que les dernières démarches de la thèse puissent aboutir malgré des conditions compliquées.

Mes remerciements s'adressent ensuite aux personnes rencontrées sur le terrain d'enquête. Même si l'anonymat est de rigueur, je remercie les professionnels qui m'ont accordé leur confiance et m'ont pleinement intégrée dans leurs programmes d'éducation thérapeutique. Je suis également particulièrement reconnaissante envers les parents et les adolescents, avec qui j'ai partagé de nombreux moments, qui ont accepté ma présence sur la scène médicale et qui m'ont accueillie à leur domicile. Merci d'avoir accepté de me restituer des instants de vos vies et merci pour les partages d'émotions intenses.

Il me tient à cœur de remercier aussi les personnes rencontrées lors de mon contrat d'ingénieure d'études à la Faculté des Sciences du Sport et de l'Education Physique de Lille, à l'Unité de Recherche Pluridisciplinaire Sport, Santé, Société (URePSSS). Un grand merci à Fabien Wille pour m'avoir offert l'opportunité d'une telle expérience professionnelle tout en prenant en compte mon statut de doctorante. Merci aussi à Agathe et Alessandro, maintenant Maîtres de Conférences, pour votre amitié.

Merci à l'ensemble de mes collègues doctorant(e)s (et parfois maintenant jeunes docteur(e)s) du Clersé, qui font vivre le SH1, pour avoir contribué à rendre ces cinq années agréables.

Je remercie tout particulièrement ceux et celles qui m'ont été d'une aide précieuse dans la relecture de la thèse : Germain, Julie, Lilian, Aurore, Sarah, Déborah et Vianney. Merci également à mon ami littéraire, Pépino, pour ses remarques minutieuses et à mon ami typographe, Lu, fidèle au poste. Merci à tous pour vos encouragements et à tous ceux que je ne cite pas mais qui ont participé à rendre le parcours de thèse tenable sur le long terme.

Merci à mes amies Maude, Claire, Gaby et Camille, toujours présentes, soutenantes et bienveillantes après ces longues années d'amitié. Merci à ma mère et mes grands-parents pour la confiance déconcertante avec laquelle vous croyez en moi et pour ces parties de belote me permettant de décompresser tout autant que de tricher avec mon coéquipier préféré! Merci à ma mère pour toutes les ressources qu'elle a mobilisées afin de m'offrir la liberté de poursuivre et choisir mes études. Je te suis reconnaissante à de trop multiples titres pour qu'ils puissent être détaillés ici. Pour finir, merci Hidéo. Merci pour ton enthousiasme contagieux à l'égard de ma recherche et ton soutien à toute épreuve durant ce parcours de thèse. Merci d'avoir rendu les mois de rédaction durant le confinement (et le renconfinement) plus légers. Merci pour ta force. Merci pour ces dix années à tes côtés, pour ton amour, l'équilibre que tu me procures, ta confiance mais aussi, et surtout, pour ton humour et ta spontanéité, qui m'ont aidée à surmonter bien des épreuves avec le sourire.

Sommaire

Liste des acronymes **15**

Propos introductifs **17**

I. L'obésité : d'une responsabilité individuelle à un fait social **18**

Représentations autour de l'obésité : entre moralisation et stigmatisation 18

L'obésité, un objet politique et médical qui repose sur la responsabilisation individuelle 21

Une répartition inégale de l'obésité 26

L'obésité, un marqueur social ? *26*

Les différences hommes-femmes face à l'obésité *28*

Des inégalités sociales qui apparaissent tôt dans le parcours des jeunes *31*

Enquêter sur des adolescents en obésité 32

L'obésité : légitimité de cet objet d'étude pour le sociologue *32*

Une enquête qui prend place dans le Nord et le Pas-de-Calais *34*

Une enquête qualitative mixte et multi-située *36*

II. Fondements du cadre théorique **37**

Une étude autour de l'expérience de la maladie 37

Une étude en termes de trajectoires de maladie 41

III. Architecture de la thèse **45**

Partie 1 — Porter un regard sociologique sur l'obésité des adolescents : cadre théorique et méthodologique **49**

Chapitre 1 — État des lieux des connaissances scientifiques **50**

1.1. Construction de l'obésité comme objet d'étude sociologique 51

1.1.1. L'obésité au prisme de la sociologie et de l'histoire 51

1.1.2. L'apport de la récente sociologie de la corpulence 55

1.1.3. L'analyse de l'obésité à travers le concept de stigmate 57

1.1.4. L'analyse de l'obésité à travers la focale des inégalités sociales 63

1.1.5. L'Apport du courant des Fat studies pour éclairer la sociologie de l'obésité en France 65

1.2. La maladie chronique d'un adolescent comme objet sociologique 72

1.2.1. La gestion médicale et institutionnelle d'une maladie chronique 73

1.2.2. La gestion familiale d'une maladie chronique 81

1.2.3. Permettre la mise en visibilité des rapports sociaux et de la stigmatisation 86

1.3. Alimentation, corps et normes dans la littérature sociologique 90

1.3.1. Différenciation sociale et rapport au corps 91

1.3.2. L'apport de la sociologie de l'alimentation 95

1.3.3. Normes publiques et comportements privés 103

1.3.4. Adolescence, alimentation, corps et normes 106

Chapitre 2 — Enjeux méthodologiques d'une enquête socio-ethnographique sur les adolescents en obésité 110

2.1. La phase exploratoire et ses tâtonnements incontournables 112

2.1.1. Le collège, un terrain d'enquête révélateur d'un objet d'enquête tabou.....115

2.1.2. La légitimité d'une sociologue remise en question sur la scène hospitalière. 118

2.1.3. La délicate entrée de la sociologue au domicile familial : l'obésité comme sujet intime .121

2.2. Corpus de discours médicaux et entretiens auprès de professionnels 126

2.2.1. Enquêter en milieu d'interconnaissance professionnelle 127

2.2.2. Constituer un corpus de discours médicaux 130

2.2.3. Des entretiens semi-directifs et la concrétisation d'une enquête ethnographique 132

2.3. Observations ethnographiques sur la scène de l'éducation thérapeutique 134

2.3.1. Une entrée sur la scène médicale limitée au nom de la protection des patients 136

2.3.2. L'ethnographe à l'hôpital, témoin des interactions entre sphère familiale et médicale 139

2.3.3. L'ethnographe et la sphère médicale.....144

2.3.3. L'ethnographe et la sphère familiale 147

2.4. Réalisation de portraits de familles 150

2.4.1. Négocier des entretiens auprès de patients sur différentes scènes médicales 152

2.4.2. La posture de la sociologue au domicile familial 157

2.5. L'analyse des données d'enquête 160

2.5.1. Faire l'inventaire des données collectées 161

2.5.2. Des méthodes d'analyse plurielles pour une enquête mixte et multi-située 164

Partie 2 — Au commencement du parcours des normes médicales 169

Chapitre 3 — La construction de l'obésité comme objet médical, politique et de santé publique.....170

3.1. Analyser la construction sociale de la santé publique à travers les processus de médicalisation et mise sur agenda politique.....170

3.1.1. Analyser l'obésité à travers le processus de médicalisation 171

3.1.2. L'obésité analysée à travers le processus de mise sur agenda politique 173

3.1.3. L'obésité, une question de santé publique 175

3.2. L'obésité, d'une question morale à une question médicale et de santé publique .178

3.2.1. Une lecture moralisatrice de l'obésité 178

3.2.2. L'obésité comme maladie et épidémie mondiale 180

3.2.3. Médiatisation et dramatisation de l'obésité 187

3.3. Une politisation de l'obésité à l'échelle nationale centrée sur la modification des comportements individuels 189

3.3.1. Programme national nutrition santé : priorité aux inégalités sociales ? 189

3.3.2. Remise en question du programme national nutrition santé 191
3.3.3. Quelle prise en compte de la stigmatisation et des inégalités dans le Plan Obésité ? 193
3.3.4. L'année 2019, naissance du quatrième programme national nutrition santé 195
3.4. L'institutionnalisation médicale de l'obésité à l'échelle nationale 200
3.4.1. Naissance d'une médecine de l'obésité en France 200
3.4.2. L'éducation thérapeutique du patient et l'adolescent en obésité 208
3.4.3. L'homo medicus au sein de l'éducation thérapeutique 216
Chapitre 4 — Analyser le contexte et les modalités de transmission de la norme médicale à l'échelle du Nord et du Pas-de-Calais.....222
4.1. L'obésité, une thématique primordiale pour les politiques locales 224
4.1.1. Un programme régional spécifique dédié à l'obésité 224
4.1.2. L'obésité dans les Hauts-de-France à travers le Projet régional de santé 226
4.2. Situations de travail et dimensions officielles du travail.....229
4.2.1. Les différents types d'accompagnements pour l'obésité des adolescents 230
4.2.2. Représentations autour de l'organisation de la prise en charge 236
4.3. Culture professionnelle et représentations 243
4.3.1. Historique et représentations de l'éducation thérapeutique des jeunes en obésité 244
4.3.2. La place de l'alimentation intuitive dans la prise en charge de l'obésité 248
4.3.3. La notion de « restriction cognitive » décomposée par la sociologie 252
4.3.4. Quelle considération pour les facteurs sociaux dans l'accompagnement thérapeutique ? 255
Partie 3 — Des portraits singuliers et des problématiques récurrentes ..259
Chapitre 5 — Mettre en mots « le social à l'état incorporé » à travers des tableaux de familles.....260
5.1. Portrait de la famille Leroy 262
5.1.1. Rencontre avec Emma, Chloé et leur mère.....262
5.1.2. Portrait des parents et de la fratrie Leroy 269
5.1.3. Portrait d'Émma 272
5.1.4. Portrait de Chloé 277
5.2. Portrait de la famille Lefebvre 280
5.2.1. Contextualisation du recueil des données 280
5.2.2. Un père effacé, une mère désemparée et un frère déscolarisé 291
5.2.3. Camille au centre d'un cercle vicieux 295
5.2.4. Représentations familiales autour de l'alimentation 299
Chapitre 6 — Cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité chez l'adolescent 304
6.1. Stigmatisation des corps sur la scène scolaire.....306

6.1.1. Harcèlement scolaire et stigmatisation des corps gros 307
6.1.2. Les stratégies d'évitement mis en place par les adolescents en obésité à l'école 310
6.1.3. Stigmatisation, difficultés scolaires et renforcement des inégalités 313
6.2. Manque d'estime de soi et disqualification : conséquences de la stigmatisation.317
6.2.1. Disqualifié par la société et hors norme aux yeux des autres 317
6.2.2. Décalage entre l'identité attribuée par autrui et l'identité revendiquée par soi 322
6.2.3. « Isolement » et « repli sur soi » 325
6.3. Pratiques alimentaires bouleversées et conflits autour de l'alimentation 327
6.3.1. Des tensions familiales autour de l'alimentation 327
6.3.2. Manger en cachette, manger à l'extérieur avec les copains et voler dans la cuisine 329
6.4. La place de la mère et du père dans les soins domestiques de santé 333
6.4.1. Présence prépondérante de la mère : entre assignation et choix 334
6.4.2. Comprendre l'invisibilité des pères sur la scène médicale 340
6.4.3. Faire entrer son enfant dans la norme pour le protéger de la stigmatisation 343
Partie 4 — Négociation des normes médicales au sein de l'accompagnement thérapeutique 349
Chapitre 7 — l'annonce de l'obésité comme négociation des normes médicales et du stigmate 350
7.1. L'annonce de l'obésité non sollicitée et l'autrui illégitime : entre rejet et incorporation du discours 350
7.1.1. L'infirmière scolaire : mise en visibilité d'un rejet des normes 351
7.1.2. Le professionnel non-spécialisé : mise en forme de l'incorporation de la stigmatisation 355
7.2. L'annonce sollicitée et le professionnel spécialisé : médicaliser pour déstigmatiser ? 362
7.2.1. Une annonce médicale cadrée et une courbe de poids comme outil principal 362
7.2.2. Ajustements de la catégorisation obésité et théories diagnostiques 365
7.2.3. L'obésité, une catégorie médicale négociée constamment : normale ou pathologique ? ..373
7.3. Négocier les causes de l'obésité : déculpabiliser ou faire prendre conscience ? .377
7.3.1. La cause génétique comme outil de déculpabilisation 378
7.3.2. Les comportements individuels mis en cause 380
7.3.3. La psychologisation de la maladie comme outil pour donner sens à la trajectoire 384
Chapitre 8 — Normes institutionnelles, pratiques de professionnels et comportements privés des familles 390
8.1. Négociations des objectifs thérapeutiques et des résultats 391
8.1.1. Des objectifs thérapeutiques différents : comportements individuels vs poids 392
8.1.2. Des trajectoires en « dent de scie » et des patients « perdus de vue » 395
8.1.3. Individualisation et psychologisation des enjeux sociaux 400

8.2. L'éducation thérapeutique au nom de la santé ? Des normes en concurrence 414

8.2.1. Le culte de la santé et la culture du risque 414

8.2.2. Modifier les comportements de tous au nom de la santé de toute la famille 425

8.2.3. Des adolescents et des parents qui contournent les normes 433

8.3. Composer avec différentes normes institutionnelles : de la santé physique au bien-être psychologique.....440

8.3.1. Écarter la quête de la santé, et lutter contre la restriction cognitive 441

8.3.2. Des normes institutionnelles en concurrence 443

8.3.3. Le rapport à l'alimentation au corps genré et socialement différencié 450

Conclusion générale 457

L'expérience du cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité des adolescents 458

Responsabilisation individuelle et attentes normatives 460

Responsabilisation, culpabilisation et stigmatisation 465

Perspectives de recherche pour des prolongements 468

Bibliographie.....473

Annexes.....507

Liste des acronymes

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

CSSR : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation

DGS : Direction Générale de la Santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPODE : Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GROS : Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids

HCSP : Haut conseil de la santé publique

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RéPPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

Propos introductifs

La trajectoire de maladie de Manon

Avant tout propos, nous décidons de commencer par la présentation d'un extrait de la trajectoire d'une adolescente en obésité afin de plonger le lecteur dans les réalités du terrain d'enquête.

Manon est âgée de 15 ans et habite dans le département du Pas-de-Calais, à Lens. Elle ne se sent pas « *normale* ». Elle est en situation d'obésité depuis ses 6 ans, âge auquel ses parents ont divorcé. Lors de l'année de ses 7 ans, durant un cours d'éducation physique et sportive, elle se blesse à la cheville. Les professionnels de santé, chargés d'examiner sa cheville foulée aux urgences, lui conseillent de consulter au plus vite une pédiatre endocrinologue pour son « obésité ». Pour la première fois, le mot « obésité » est posé. De ses 7 ans à ses 12 ans, Manon et sa mère consulteront trois pédiatres endocrinologues différents. La mère de Manon est souvent déçue et parfois choquée par les propos des médecins à l'égard de la corpulence de sa fille : « *le médecin touchait des parties du corps de Manon en disant qu'elle avait beaucoup de gras. J'avais l'impression qu'il la traitait comme un animal. Je ne sais pas s'il s'est rendu compte de ses mots blessants* ». Elle préfère alors interrompre les deux premiers suivis : « *il fallait encore et toujours que Manon se prive davantage, et nous en tant que parents on ne faisait jamais assez bien toute façon. Donc un jour je me suis dit, on arrête tout et tant pis elle sera comme elle sera puis c'est tout* ». Ces médecins interdisent par exemple à Manon de manger des bonbons et gâteaux, y compris durant les anniversaires de ses camarades d'école. Manon se sent différente des autres et exclue à de nombreuses reprises. Le troisième pédiatre rencontré, après plusieurs consultations, conseille à Manon de se faire suivre dans un centre spécialisé. Malgré différents accompagnements sur la scène médicale spécialisée dans la prise en charge de l'obésité depuis ses 12 ans, elle ne perçoit pas de changements. Ses accompagnements sont entrecoupés de plusieurs mois de pause pour souffler et essayer de vivre « *comme les autres* » sans que tout son quotidien ne tourne autour de son poids, parce que « *c'est usan*t » dit-elle. Manon cumule depuis deux ans les régimes restrictifs, malgré la mise en garde des professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité. Cela contribue a un effet « yoyo » sur son poids. La mère retrouvait fréquemment des paquets de gâteaux salés ou sucrés, vides, cachés dans sa chambre, sous son lit. Elle a alors installé des serrures sur les placards où se trouvent tous les « *mauvais* » aliments qui, selon elle, font grossir. Les disputes au sujet de l'alimentation sont fréquentes dans la famille, notamment à table. Sa mère est inquiète pour la santé physique de sa fille et encore plus de son mal-être. Elle relate les agressions de ses camarades de classe : « *cachalot* », « *saute du pont* », « *suicide-toi* ». La jeune fille souffre du regard et des moqueries récurrentes de ses pairs. Elle ne pratique plus de sport à l'école depuis son entrée en 6ème où le harcèlement s'est renforcé, car cela lui déclenchait des crises d'angoisses. Ses résultats scolaires fluctuent selon l'intensité des périodes de harcèlement. Elle passe beaucoup de temps sur les réseaux sociaux, où elle peut parler comme elle le souhaite et « *rencontrer plein de gens* » dit-elle. Elle sort de moins en moins. Elle aimerait faire du *shopping* avec les autres filles mais elle se sent trop complexée pour porter les mêmes vêtements que les autres. Au collège, les rendez-vous avec les infirmières scolaires ont toujours été sous « *tension* » d'après la mère. Cette dernière ne supporte pas que l'on s'immisce dans leur vie privée, surtout pour donner des conseils sur l'alimentation, la perte de poids, sans connaitre les démarches déjà engagées à ce sujet. La jeune peut compter sur le soutien de sa mère, qui l'accompagne à chaque rendez-vous médical et l'encourage continuellement. La mère travaille à temps partiel comme agent d'entretien pour pouvoir s'occuper de sa fille et gérer les nombreuses démarches autour de sa santé et ses difficultés scolaires. La mère est également en obésité. Selon elle, cela est génétique, puisque tout le monde est « *bien en chair* » dans la famille. Son père en revanche, lui-même en obésité, sans montrer d'opposition formelle à ses démarches est « *peu encourageant* » selon la mère. Les parents étant séparés, l'adolescente se rend un week-end sur deux chez son père, quand ce dernier, chauffeur routier, n'est pas en déplacement professionnel. Leur relation est conflictuelle, la jeune fille le voit de moins en moins. Lorsque Manon se fait hospitaliser plusieurs semaines en centre spécialisé, elle perd du poids et elle s'y sent bien parce que, selon elle, les adolescents y sont « *comme elle* » et peuvent alors « *la comprendre* ». Mais aussitôt le retour à la maison, la jeune reprend tout le poids perdu et même davantage.

Ce récit de vie est fictif. Cette jeune fille n'existe pas. En revanche, les problématiques évoquées existent vraiment. Ce portrait regroupe des éléments du terrain de différents portraits réalisés auprès des adolescents et de leurs parents. Il fait la synthèse des thématiques les plus fréquemment soulevées en mettant entre guillemets les paroles de divers enquêtés.

I. L'obésité : d'une responsabilité individuelle à un fait social

Afin de dévoiler la construction de la problématique, nous allons étudier la manière dont l'obésité est perçue à travers les croyances générales, puis à travers les politiques de santé publique et la sphère médicale, qui la considère comme « maladie chronique ». L'exposition de la logique de distribution inégalitaire sur laquelle repose la prévalence de l'obésité viendra s'opposer aux premiers constats précédemment cités. Cela nous conduira à exposer la légitimité de la sociologie à enquêter sur l'obésité et à révéler notre méthodologie qualitative.

Représentations autour de l'obésité : entre moralisation et stigmatisation

Les représentations sociales autour de l'obésité sont, comme celles autour du surpoids, profondément liées à la « moralisation du corps » (Carof, 2017, p.4). Les représentations sociales se définissent comme « des phénomènes cognitifs [qui] engagent l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensées » (Jodelet, 1991, p.36). L'obésité, souvent réduite à une nature préexistante, souffre de nombreuses idées reçues. On pourrait représenter un grand nombre de ces stéréotypes par la phrase suivante : « l'obésité ne serait que d'origine alimentaire et les obèses des êtres faibles sans volonté » (Borys, 2007, p.9). L'obésité est parfois même surnommée « maladie de la volonté » (Marx & Perez-Bello, 2018, p.15) ou synonyme de « carence de volonté » (Deydier, 2017, p.17). De nombreux témoignages de personnes en obésité mettent en avant le fait qu'elles sont considérées comme incapables de se prendre en main, se laissant aller, sans contrôle de soi (Zermati, 2004). Dans l'imaginaire collectif, le poids semble reposer sur une responsabilité individuelle et des traits de caractère personnels (De Saint Pol, 2013, p.19), il serait corrélé à un acte individuel et rationalisé, fruit du libre arbitre. Il suffirait d'écouter les experts et d'appliquer leurs techniques pour voir son corps se transformer. Autrement dit, il suffirait à l'individu d'augmenter son stock d'informations nutritionnelles, de pratiquer plus d'activités sportives, pour pouvoir adopter aisément de nouveaux comportements inscrits durablement dans le quotidien et qui *in fine* moduleraient le corps.

De ces croyances plus ou moins prononcées découlent différentes formes de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes en obésité. Depuis 2019, le terme de « grossophobie » apparaît notamment dans le Petit Robert et se définira tel que : « attitude de stigmatisation, de

discrimination envers les personnes obèses ou en surpoids ». Les actes de stigmatisation peuvent se distinguer de ceux de discrimination portés à l'égard des personnes en obésité :

> Les situations de stigmatisation rassemblent les remarques, insultes, moqueries, regards ou gestes d'évitements qui tendent à manifester à l'individu concerné qu'il est porteur d'un stigmate. Les situations de discriminations regroupent, quant à elles, le refus d'un droit ou d'un bien ou l'interdiction d'accéder à un espace ou à un travail. (Carof, 2019, p.287)

Notre enquête s'intéresse davantage à l'étude de la stigmatisation décrite initialement par Goffman (1963) comme un processus de discréditation qui touche un individu considéré comme « anormal ». C'est au cours d'interactions sociales que le label de « déviant » est attribué à un individu par d'autres individus, supposés « normaux ». La stigmatisation attachée à la corpulence se distingue d'autres types de stigmatisation liés à des traits physiques tout aussi visibles (sexe, origine ethnique, âge ou handicap par exemple) par le fait que l'on considère que le poids corporel dépend largement de la conduite individuelle et relève donc de la responsabilité personnelle, ou plus précisément d'un défaut de cette dernière (Vandebroeck, 2015). La stigmatisation de l'obésité serait la résultante d'un regard posé au travers d'une grille de lecture implicite qui considère la personne comme responsable de sa condition (Poulain, 2009). Ce procédé repose sur un conception du « risque de maladie » en termes de cause et de responsabilité *a priori* et de culpabilisation de la victime.

Des travaux ont récemment pointé du doigt le fait que la stigmatisation des personnes en obésité touchait d'une manière d'autant plus importante certaines catégories de population. Vandebroeck (2015) met en avant une « stigmatisation sociale » de la corpulence plus prononcée à l'égard des personnes issues de milieux sociaux défavorisés et plus encore des femmes de ces milieux. Les travaux de Carof (2017), qui concernent l'étude de la stigmatisation de l'obésité sur la scène hospitalière, permettent de souligner l'intérêt d'analyser les rapports sociaux au sein des interactions médecins-patients. Selon Carof, ces actes de discrimination ou stigmatisation dépendent non seulement des spécialités des soignants, mais aussi des caractéristiques des patients. Les plus corpulents et les plus défavorisés seraient ainsi les plus stigmatisés. Cela est encore plus visible lorsqu'il s'agit de femmes, sachant qu'il existe une corrélation entre l'obésité et le niveau d'éducation ou la position sociale chez les femmes dans les pays développés. Cette stigmatisation des fortes corpulences sous-tend alors une forme de paternalisme médical, plus prégnant envers les milieux populaires et les femmes (*ibid.* p.14). Carof (2019) analyse également le « sentiment de stigmatisation et de discrimination » que vivent les femmes en surpoids et en obésité dans toutes les

sphères de leur vie quotidienne. Elle montre que les personnes obèses, les femmes, les personnes défavorisées ou les plus jeunes se disent les plus souvent stigmatisées. Les travaux anglo-saxons issus du courant des *Fat studies* (Rothblum & Solovay, 2009 ; Saguy, 2013 ; Boero & Thomas, 2016) permettent de gagner en visibilité sur ce sujet peu étudié en France. À titre d'exemple, il est pertinent de mobiliser le concept de *mother blame* signifiant qu'il existe un lien fort entre stigmatisation, genre, « race »[1] et classes sociales, les mères étant souvent considérées comme responsables du poids de leurs enfants (Boero, 2009). La grossophobie, autrement dit la discrimination et stigmatisation que peuvent subir les personnes en obésité, semble être un angle mort de la recherche comme des politiques publiques et l'une des stigmatisations les plus socialement acceptées (Amadieu, 2002, 2016, 2019). Ces situations sont à rapprocher des stigmatisations et discriminations liées à l'apparence physique de manière plus générale à travers notamment le travail d'Amadieu. Il rappelle qu'en France, bien que la vie quotidienne fournisse toutes sortes de preuves de l'importance du paraître, du poids des apparences, trop peu d'études sociologiques s'y attardent, (2002, pp.9-11) comme si le sujet était tabou. Pourtant, dès les années 1970, Bourdieu signalait déjà que l'apparence physique constituait l'un des ingrédients de la reproduction sociale. Amadieu (2002) s'attache donc à montrer comment l'apparence physique peut constituer l'une des discriminations sociales les plus obscures qu'il ne faut ni ignorer ni minimiser.

En plus de l'importance du « style », la corpulence et la taille sont énoncées comme des critères de jugement encore plus importants chez les jeunes (Galland, 2006). L'obésité est devenue une cause de stigmatisation plus importante chez les adolescents que chez les adultes (*ibid.*). Dès le plus jeune âge, les stéréotypes semblent intériorisés. À ce propos : « une étude sur des enfants de 4 à 6 ans montre qu'ils décrivent les gros comme méchants, stupides, négligés et bruyants » (Marx & Perez-Bello, 2018, p.20).[2] L'obésité et le surpoids sont envisagés par les enfants et les adolescents comme la preuve d'une incapacité individuelle, psychologique et morale à se maîtriser (Diasio, 2010, 2014). L'impact de la stigmatisation pourrait être particulièrement important chez les adolescents, car cette dernière pèse sur la scolarité qui elle-même influe sur les trajectoires professionnelles

[1] Nous avons choisi d'utiliser ici le terme de « race » que nous placerons entre guillemets pour souligner qu'il s'agit d'une construction sociale qui est aussi une catégorie de pouvoir et non un critère objectif de classification des groupes humains (Garcia, 2012, p.148). Cette notion éclaire des effets sociaux, en particulier en termes d'inégalités sociales et de discriminations. C'est d'ailleurs pour cela que la notion de « racisme anti-blanc » n'a pas de sens en sociologie car le racisme ne consiste pas uniquement en des remarques racistes, mais il constitue un système social inégalitaire qui structure encore actuellement les sociétés. En employant le mot « race » nous renvoyons à la construction théorique de Guillaumin (1972), ce n'est pas la « race » qui est à l'origine du racisme, mais bien le racisme qui produit la « race ». L'intérêt du néologisme racisation tient précisément au fait qu'il permet d'insister sur cette production sociale de la « race » et sur sa dimension dynamique.

[2] En dehors de la France, sur le même thème, plusieurs études anglo-saxonnes ont mis en avant ces stéréotypes et attitudes négatives à l'égard du surpoids dès le plus jeune âge (Latner & Stunkard, 2003 ; Solbes & Enesco, 2010 ; Burmeister et *al*., 2016).

(Sobal, 1991a ; Tibère et *al*., 2007). En ce qui concerne les enfants, l'influence de la stigmatisation sur leurs trajectoires sociales est plus considérable que chez les adultes car elle intervient au moment de la socialisation alimentaire, des apprentissages scolaires et de la construction de la personnalité ainsi que des rôles sociaux et sexuels (Poulain, 2009 p.114). La dévalorisation de soi et la désocialisation qui accompagnent la stigmatisation pourraient, en effet, avoir un impact sur l'échec scolaire et se répercuter sur leur socialisation alimentaire (*ibid.*).

L'obésité, un objet politique et médical qui repose sur la responsabilisation individuelle

Qualifiée de « maladie » par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997, l'obésité acquiert une visibilité au sein du monde médical qui serait justifiée par les nombreuses maladies qui lui sont associées. Le « surpoids » et l'« obésité » chez l'adulte sont définis médicalement comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.3). Une classification des obésités est faite (modérée, sévère, très sévère/ morbide) en fonction des seuils d'augmentation significative de la mortalité qui ont été fixés selon les études épidémiologiques. L'obésité est médicalement mesurée *via* l'indice de masse corporelle (IMC) pour les adultes (Cf. encadré : « Comment mesurer l'obésité chez les adultes »), indice correspondant au rapport du poids (kg) de l'individu sur le carré de sa taille (m^2). C'est ainsi que la sphère médicale distingue le surpoids de l'obésité.

Comment mesurer l'obésité chez les adultes

Mesurer l'obésité de l'adulte consisterait à évaluer cette masse grasse, au centre de la définition mais cette dernière se mesure très difficilement, il a donc fallu un indice de corpulence plus simple et moins coûteux (Basdevant & Guy-Grand, 2004, pp.3-4). L'OMS a proposé d'utiliser l'IMC c'est-à-dire l'indice de masse corporelle (BMI, *Body Mass Index*), ou encore, l'indice de Quetelet, nom de son inventeur. Cela correspond au rapport du poids (kg) sur le carré de la taille (m^2). C'est le calcul de l'IMC qui définit si un adulte est considéré comme ayant une « corpulence normale », est en « surpoids » ou en « obésité ». Pour les deux sexes, de 18 à 65 ans, la « norme » se situe de 18,5 à 24,9 (kg/m^2). En dessous de 18,5 (kg/m^2), on parlera de « maigreur » voire de « dénutrition ». Pour le surpoids, l'IMC est situé entre 25,0 et 29,9 (kg/m^2). Ensuite, il existe différents stades pour décrire l'obésité. L'obésité I (modérée) se situe entre 30,0 et 34, 9 (kg/m^2), l'obésité II (sévère) entre 35,0 et 39,9 (kg/m^2) et enfin l'obésité III (très sévère ou morbide selon les appellations) est au-dessus de 40. À titre d'exemple, une personne d'un âge situé entre 18 et 65 ans, homme ou femme, mesurant 1m75 et pesant 76,5 kilos, aura un IMC de 25 et sera donc considérée comme appartenant à la catégorie « surpoids ». Si elle pèse 92 kilos, elle aura un IMC de 30, et sera donc considérée comme étant en « obésité modérée ». Il faudra que la personne pèse plus de 107,3 kilos pour être considérée comme étant en « obésité sévère ». Si l'on fait varier la taille, une personne qui mesure 1m60 sera considérée en « surpoids » à partir de 64 kilos, en « obésité modérée » à partir de 76,7 kilos et en « obésité sévère » à partir de 89,5 kilos. Notons que l'IMC chez l'adulte comporte des limites, notamment le fait qu'il ne prend pas en compte l'âge, le sexe, ni même le poids de la masse osseuse et de la masse musculaire des personnes (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.4-5).

Pour les enfants, il est plus difficile pour les acteurs médicaux de trouver un consensus sur la manière de définir et mesurer l'obésité, car il n'y a pas de données épidémiologiques qui permettent de situer les conséquences à moyen et long terme sur la santé (*ibid.* p. 5). De plus, l'organisme des enfants et adolescents subit continuellement un certain nombre de changements physiologiques au cours de la croissance et les différences entre garçons et filles sont marquées (*ibid.* p. 6). Il n'est ainsi pas possible de se reporter, comme chez l'adulte, à l'IMC. Pour situer la corpulence des enfants, il existe donc les courbes de corpulence ou les seuils de l'*International Obesity Task Force* (IOTF) qui se trouvent, par exemple, dans les carnets de santé. Le carnet de santé a été créé en 1939 avec comme information de santé à reporter, entre autres, le poids et la taille, car l'enjeu est de surveiller la bonne croissance de l'enfant, en particulier durant la guerre et juste après du fait des pénuries. Le carnet de santé est devenu un véritable « instrument de santé publique et de gestion des populations » (Rollet, 2008). Ce n'est que dans les années 70 que les courbes de croissance et de poids seront introduites. Le milieu médical est cependant en constante négociation en ce qui concerne la distinction entre « surpoids » et « obésité ». Il y a toujours discussion entre les professionnels de santé quant à l'appellation médicale qui doit être donnée aux différents niveaux de corpulence de l'enfant (Cf. encadré : « Surpoids ou obésité ? Comment définir la corpulence des enfants et adolescents ? »). Ce débat illustre bien la fragilité de la frontière entre responsabilisation et culpabilisation.

Surpoids ou obésité ? Comment définir la corpulence des enfants et adolescents ?

Pour les jeunes de moins de 18 ans, il existe différentes courbes permettant de juger de la corpulence. Les plus utilisées en France sont les courbes de corpulence françaises et les seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF). Les courbes de corpulence françaises figurent depuis 1997 dans le carnet de santé des enfants (Tounian, 2008, p.89) et elles sont établies en centiles. Ces références ne fournissaient pas de seuil pour différencier « obésité » et « surpoids » parmi les enfants, seul le terme de « surpoids » apparaissait sur la courbe. En 2002, dans le cadre du PNNS, des courbes de corpulence adaptées à la pratique clinique ont été diffusées par le ministère de la Santé et ont fait disparaître le mot « surpoids » pour le remplacer par « obésité degré 1 » et « obésité degré 2 ». Cette modification a divisé les professionnels du milieu médical et a été jugée par certains comme « stigmatisante » et « trop alarmante » avec des résultats « peu bénéfiques » qui auraient eu tendance à enfermer les enfants et leurs familles dans un cercle vicieux contre-productif. Le Docteur Tounian (2008) annonçait avoir arrêté d'utiliser les termes « obésité de type I » et « de type II » et les courbes où ils figuraient dans le cadre de sa prise en charge des jeunes. Il témoignait de la nécessité de reconsidérer l'emploi du mot « obésité » et sa transmission dans la collectivité profane pour éviter de culpabiliser et responsabiliser les parents : « Nous disposions de courbes où figuraient les termes "obésité de degré 1" et "obésité de degré 2". Lorsque nous placions l'IMC d'un enfant à peine en surpoids et montrions le document aux parents, ils concluaient d'eux-mêmes : "Mon enfant est donc obèse." Nous avions beau leur dire : "oui, mais seulement de degré 1", trop tard ce mot tant redouté, mis au rang des maladies honteuses, avait été prononcé. » (Tounian, 2008, pp.88-89) En 2010, ces courbes de corpulence ont été réactualisées et ces termes « obésité degré 1 » et « obésité degré 2 » ont été remplacés par le terme de « surpoids », internationalement utilisé. Ce changement a été possible grâce à la fusion des courbes de référence françaises et des seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF). En s'appuyant sur l'IMC, des seuils internationaux du surpoids et de l'obésité chez l'enfant de 2 ans à 18 ans sont élaborés par l'IOTF en 2000. Selon la définition de l'IOTF, on parle de surpoids (dont obésité) pour un IMC supérieur au centile IOTF-25, de surpoids (non-obèse) entre le centile IOTF-25 et le centile IOTF-30 et d'obésité pour un IMC supérieur au centile IOTF-30. Les chiffres sont similaires à ceux des adultes sauf que, chez l'enfant, on retient l'âge, le poids, la taille et le sexe. La politique de santé à destination des enfants fait depuis peu l'objet d'une attention particulière au sein de la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022. Dans ce cadre, en avril 2018, le ministère des Solidarités et de la Santé publie de nouveaux modèles du carnet de santé de l'enfant dans lesquels les courbes de corpulence sont à nouveau modifiées et où les mots « surpoids » et « obésité » cohabitent. On peut se demander quelles seront les conséquences de cette distinction faite entre surpoids et obésité et donc de la réapparition du mot « obésité » lors de l'annonce du diagnostic.

Depuis que l'Organisation mondiale de la santé a qualifié l'augmentation de l'obésité de « première épidémie mondiale non virale » à la fin des années 1990, la corpulence fait régulièrement la une des journaux et l'objet d'une très forte médiatisation (De Saint Pol, 2013, p.19). Qualifier l'obésité d'épidémie non infectieuse montre à quel point le sujet préoccupe les politiques de santé publique par son acuité et par son ampleur et se place au centre d'un discours d'urgence à agir. Les campagnes de promotion pour une « alimentation saine » mises en œuvre, par exemple, par le Programme National de Nutrition et de Santé (PNNS) dans le but de veiller à la lutte contre l'obésité, s'appuient sur le paradigme de l'éducation pour la santé qui vise à transformer les individus en acteurs de leur propre santé. Dans le domaine de la prévention, cette éducation cherche à développer la « capacité » des personnes à s'autoréguler en suivant les recommandations de santé publique en matière de risques et de bénéfices associés à divers comportements. Ce principe participe à éclairer de nouvelles formes de la gouvernance des corps pour lesquelles gouverner, c'est faire en sorte que les individus se gouvernent eux-mêmes (Fassin & Memmi, 2004). Les politiques de santé publique s'adressent ainsi à un sujet idéal, nommé par certains chercheurs *homo*

medicus (Pinell, 1992). Cet idéal est défini par les acteurs de l'éducation pour la santé comme un individu complètement conscient de l'importance de ses choix et adoptant des comportements favorables à sa santé.

L'obésité repose sur une définition médicale et elle est considérée comme une maladie chronique nécessitant une prise en charge de type éducation thérapeutique du patient (ETP) :

> L'obésité est une maladie chronique dont le développement est fortement associé au mode de vie et donc au comportement de la personne dans son environnement. Ce sont là précisément les cibles de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui est considérée comme la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité dans le Plan obésité (PO). (Ziegler et *al*., 2014)

Selon le rapport de l'OMS-Europe publié en 1996, l'ETP a pour objectif d'aider les patients à :

> Acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. (HAS Recommandations Éducation Thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation, juin 2007)

Le milieu médical, qui prend en charge l'obésité *via* l'éducation thérapeutique du patient, semble envisager le patient selon la même logique que l'éducation à la santé c'est-à-dire comme un *homo medicus*. Plusieurs études récentes pointent du doigt les limites de l'éducation thérapeutique comme le fait qu'il existe des écarts entre les rôles attendus et les rôles effectifs des patients contemporains, des mécanismes de résistance ou encore des blocages structurels et contextuels (Foucaud et *al*., 2010 ; Bureau & Hermann-Mesen, 2014 ; Godfroid, 2016). Les patients issus de classes sociales modestes disposent d'une moins grande « capacité d'action » sur leurs trajectoires et répondent moins facilement aux normes des professionnels comme cette demande d'autonomie que l'on retrouve dans les programmes ETP.

Les initiatives qui prennent la forme de cours d'« éducation à la santé » afin de lutter contre l'obésité favorisent de fait la diffusion des modèles dominants de soins corporels notamment au sein des catégories dominées. « En outre, même s'il s'agit d'efforts tout à fait sincères de maîtrise des effets négatifs de l'obésité, ces initiatives viennent ajouter leur propre force symbolique […] à la stigmatisation morale des plus démunis. » (Vandebroeck, 2015, p.39) Au-delà de recouvrir des agressions verbales, ou du harcèlement, la stigmatisation existe sous différents degrés qu'il faut prendre en compte et les « conseils bienveillants » peuvent en faire partie (Carof, 2019). Les conseils sur la manière de perdre du poids sont omniprésents dans notre société et laissent à penser qu'il suffirait de mieux manger et bouger plus pour ne pas être en surpoids ou en obésité. Ces conseils qui émanent des médias, de programmes de santé publique, de l'entourage proche, du milieu scolaire, du milieu médical, professionnel comme de stricts inconnus *via* les réseaux sociaux, ont tendance à entraîner les personnes cherchant à perdre du poids dans un flou et *in fine* dans un processus de culpabilisation lorsqu'elles échouent à appliquer ces recommandations. Ce témoignage d'une auteure et documentariste, l'exprime au mieux :

> Face aux grosses, il n'y a pas de filtre. En permanence, les gens se permettent des intrusions. L'argument classique des grossophobes, c'est de dire que s'ils nous font des réflexions, c'est pour notre bien. Il faudrait nous secouer. Les médecins, eux, n'ont pas réussi à nous faire maigrir. La majorité des régimes font grossir. Malgré cela, n'importe quel passant a une idée pour nous faire perdre du poids. (Deydier[3], 2017)

Le témoignage de Léna permet également de mettre en visibilité les successions d'épisodes de discrimination et stigmatisation qu'il peut y avoir au cours d'un parcours de vie. Léna est une femme en obésité âgée de 35 ans, rencontrée lors d'une « conférence gesticulée »[4] sur la thématique de l'obésité, avec qui nous avons réalisé un entretien par la suite. Quelques passages de la conférence gesticulée sont retranscris en annexe (Annexe n°1 : « Mon corps : une arme de résistance massive »), spécifiquement ceux qui mettent en avant les différents moments dans sa vie où elle a été jugée et culpabilisée pour son poids.

[3] L'ouvrage de Gabrielle Deydier (2017), femme en obésité, témoigne de son parcours de vie de l'enfance à l'âge adulte. Elle montre à quel point les jugements stigmatisants, discriminants et blessants sont fréquents à l'égard de son poids. Elle fait l'objet de plusieurs remarques, provenant aussi bien de sa mère, son père, sa nutritionniste endocrinologue, l'infirmière scolaire, etc. Son témoignage reflète à quel point la stigmatisation peut aussi bien provenir du cercle familial, que scolaire (ou secteur professionnel pour les adultes), ou encore médical.

[4] Une « conférence gesticulée » est une forme de spectacle qui mêle le théâtre et la conférence. Elle se caractérise par l'association d'expériences vécues par le « conférencier-gesticulant » (savoir chaud) et des connaissances théoriques, universitaires (savoir froid), avec souvent de l'humour et de l'autodérision.

Les croyances générales à l'égard de l'obésité et la logique sur laquelle reposent les politiques de santé publique et l'éducation thérapeutique, semblent faire de la personne en obésité l'unique responsable de ses pratiques alimentaires et d'activités physiques, de son poids et de ses échecs à en perdre. La personne en obésité semble tant responsable que coupable et, en ce qui concerne les adolescents en obésité, les parents sont également concernés par ces croyances. Pourtant, face à ces représentations, force est de constater que la prévalence de l'obésité en France ne cesse de croître, pour les adultes comme pour les enfants ou adolescents. Cette prévalence suit une logique inégalitaire de distribution aussi bien pour les territoires que les classes sociales ou encore les sexes.

Une répartition inégale de l'obésité

En France, la prévalence de l'obésité chez les adultes ne cesse d'augmenter. En 2012, l'obésité est de 15 % en France (Obépi, 2012[5]). « En 2009, la prévalence des Français obèses est de 14,5 % +/- 0,4 %. Elle était de 13,1 % en 2006, de 11,9 % en 2003, de 10,1 % en 2000 et de 8,5 % en 1997. » (Obépi, 2009, p.21). Il existe donc une évolution de la prévalence d'environ 76 % entre 1997 et 2012 (Obépi, 2012).

L'obésité, un marqueur social ?

Si l'augmentation de l'obésité touche tous les milieux sociaux, de grandes différences demeurent (De Saint Pol, 2007). En France, que cela soit au regard des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)[6], des niveaux de vie ou des niveaux de diplômes, les disparités de répartition de l'obésité sont importantes au sein de la population adulte (De Saint Pol, 2007 ; Obépi, 2012). L'écart entre classes sociales face à la prévalence de l'obésité est avéré.

Après les agriculteurs, les PCS les plus touchées par l'obésité sont les ouvriers puis les artisans, commerçants et chefs d'entreprise et, suivant de peu ces derniers, les employés. En 2003, moins de 6 % des cadres et professions intellectuelles sont touchés par l'obésité contre plus de 16 % pour les agriculteurs, 13 % pour les ouvriers et 8 % pour les employés (De Saint Pol, 2007, p.3). Les écarts

[5] Cette enquête nationale Obépi ne possède pas de données plus récentes à ce jour, mais, selon d'autres sources, en 2015 le taux de l'obésité a encore augmenté puisqu'il serait de 17 % (Etude ESTEBAN 2014-2016).

[6] Les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) sont une nomenclature statistique permettant de classer des métiers. Cette classification a été créée par l'Institut national de la statistique et des études économiques en 1982 et remplace anciennement la CSP, catégories socioprofessionnelles établie en 1954.

se creusent au fil des années entre les agriculteurs, catégories socioprofessionnelles les plus touchées par l'obésité et les cadres et professions intellectuelles supérieures, les moins touchés par l'obésité (De Saint Pol, 2007 ; Obépi, 2012).

On peut également observer une distinction relative aux niveaux de diplôme (De Saint Pol, 2007, p. 3 ; Obépi, 2012). La corrélation la plus significative est d'ailleurs celle entre prévalence de l'obésité et niveau de diplôme : « 15 % des individus sans diplôme ou ayant au plus un brevet des collèges sont obèses, tandis que seulement 5 % des diplômés du supérieur le sont. L'écart est de 10 points : il a doublé entre 1981 et 2003 » (De Saint Pol, 2007, p.3). En 2012, l'écart est toujours important : 24,5 % des personnes ayant un niveau d'instruction qui s'arrête à l'enseignement primaire sont en situation d'obésité alors que seulement 7,3 % de celles qui ont un niveau supérieur de 3ème cycle sont dans cette situation (Obépi, 2012).

L'obésité est, par ailleurs, inégalement répartie selon les niveaux de vie (De Saint Pol, 2007 ; Obépi, 2012). En 2003, environ 12 % des individus appartenant au quart des ménages ayant le niveau de vie le plus faible sont en obésité contre 8 % chez les ménages appartenant au quart du niveau de vie le plus haut (De Saint Pol, 2007, p.3). En 2012, la répartition de la population adulte obèse par niveau de revenus mensuels du foyer est assez significative. Ceux dont le revenu net du foyer est de moins de 900 euros sont 25,6 % à être en situation d'obésité et ceux dont le revenu net du foyer est de plus de 5301 euros sont 7 %.

Différents auteurs participent à mettre en lumière un important « gradient social de l'obésité » (Caillavet et *al*. 2005 ; De Saint Pol, 2007 ; N. Darmon, 2002, 2008 ; Cardon, 2014) pour désigner le fait qu'en France les inégalités sociales sont très prononcées en ce qui concerne l'obésité. Comme le souligne N. Darmon[7] : « l'augmentation des inégalités de revenus observée depuis la fin des années 70 dans divers pays industrialisés, y compris la France, a été accompagnée d'une augmentation du gradient social de l'obésité et des inégalités sociales de santé » (2002, p. 111). Les classes sociales dites « classes populaires » sont donc les plus touchées (Cf. encadré ci-dessous : « Définir les "classeS populaireS").

[7] Dans ce paragraphe, il ne s'agit pas de la sociologue Muriel Darmon, mais de Nicole Darmon, Directrice de Recherche à l'INRAE. Une distinction sera faite tout au long de la thèse pour préciser s'il s'agit de Muriel Darmon (M. Darmon) ou Nicole Darmon (N. Darmon) étant donné qu'elles sont fréquemment citées toutes les deux.

Définir les « classeS populaireS »

Nous utilisons le terme de « classes populaires » tout au long de la thèse, qui fait débat en sociologie, principalement pour désigner de façon commune l'ensemble de groupes sociaux caractérisés par une position dominée à l'échelle de l'espace social et partageant ainsi un avenir probable ou des chances de vie similaires et limitées. De plus, cette notion implique de considérer ces groupes sociaux comme partageant des traits communs en termes de cultures, modes de vie, représentations, qui les différencient des autres (Schwartz, 2011, cité par Siblot et *al*., 2015, p.39). Nous déclinons cette notion au pluriel « classeS populaireS » pour souligner la diversité interne de cette catégorie : ouvriers et employés, femmes et hommes, qualifiés et non-qualifiés, stables et précaires, urbains et périurbains ou ruraux, immigrés ou non-immigrés (*ibid.* p.300). Ces clivages peuvent se superposer. Même si la disparité interne est forte, cela n'empêche pas que les modes de vie populaires ne sont pas assimilables à ceux des classes moyennes, ou aisées, ne serait-ce que parce qu'ils conservent les marques d'une condition économique laborieuse, décrite finement tout au long de l'ouvrage *Sociologie des classes populaires contemporaines* (Siblot et *al*., 2015). Nous choisissons la définition de classes populaires de Schwartz selon qui elles désignent les groupes et les individus caractérisés par la petitesse de leur statut professionnel et social, l'étroitesse de leurs ressources économiques et leur éloignement par rapport au capital culturel (Collovald & Schwartz, 2006). Cette définition permet d'élargir la définition de classes populaires et de prendre en considération tous ces gens qui, dans la société française d'aujourd'hui, parviennent encore à « s'en sortir », ou qui s'en sortent encore à peu près, mais qui occupent pourtant des positions peu élevées dans la distribution des richesses (*ibid.*)

À ce propos, Vandebroeck attire l'attention sur les inégalités en termes de classes sociales notamment parce qu'elles sont trop peu abordées dans la recherche :

> Il est d'autant plus étonnant que les sociologues n'aient jusqu'ici prêté que peu d'attention à la façon dont les inégalités de classes se sont, littéralement, matérialisées dans les dimensions physiques des corps. Même si l'émergence notoire de la sociologie du corps a donné lieu à une impressionnante littérature sur l'obsession du poids, les régimes ou les troubles de l'alimentation ; le rôle de la dynamique des relations de classes dans la production de la dimension physique des corps et dans la manière dont ceux-ci sont perçus et évalués est souvent remarquablement absent de ces études. (Vandebroeck, 2015, p.16)

Les différences hommes-femmes face à l'obésité

En France, en 2012 et depuis 2003, la prévalence de l'obésité chez les adultes est plus élevée chez les femmes (15,7 %) que chez les hommes (14,3 %). Si l'obésité est inégalement répartie selon les classes sociales, elle l'est également selon les sexes. Ce qu'il faut cependant surtout noter, c'est que la différence entre les sexes s'observe davantage quand elle est couplée à une différence entre classes sociales. Il existe peu d'analyses de données multivariées qui viennent étudier finement les liens entre obésité, classes sociales et sexes mais bien davantage d'analyses de variables prises successivement et indépendamment. En 2003 en France, selon le sociologue De Saint Pol :

> La prévalence de l'obésité chez les ménages les plus modestes (premier quartile) est de 10 % pour les hommes et de 13 % pour les femmes, alors qu'elle est

> respectivement de 9 et 6 % chez les plus aisés (dernier quartile). La différence observée vaut donc surtout pour la population féminine. (De Saint Pol, 2007, p.3)

De Saint Pol s'intéresse à la thématique du genre au croisement avec celle des inégalités face au corps selon les milieux sociaux :

> Les inégalités sociales sont beaucoup plus grandes dans la population féminine. C'est le cas en particulier pour le diplôme, indicateur du niveau culturel de l'individu. Plus le niveau d'études est élevé, plus la corpulence est faible, et ce quel que soit le sexe. Mais l'écart entre les moins diplômés et les plus diplômés est beaucoup plus élevé pour les femmes que pour les hommes. (De Saint Pol, 2010, p.132)

Selon De Saint Pol (2010), la stigmatisation sociale de l'obésité peut alors être perçue comme une stigmatisation de la pauvreté, doublée d'une domination de genre. Les corps des classes populaires, en particulier des femmes, sont les plus discrédités. Loin d'être libérés, les corps des femmes et particulièrement ceux des plus défavorisées d'entre elles, sont des vecteurs de domination sociale. Si l'étude de la distribution générale de la masse corporelle en fonction de la classe sociale révèle effectivement des différences en termes de variation des corps au sein des différents groupes ou classes sociales, cette constatation est encore plus nette chez les femmes (Vandebroeck, 2015).

Les approches de Carof (2019), Vandebroeck (2015), De Saint Pol (2010) et Amadieu (2002, 2016, 2019) invitent à mêler finement l'étude de différentes inégalités à la question de la stigmatisation. Cette recherche est envisagée dans la continuité de ces travaux tout en se réclamant d'adopter une perspective « consubstantielle » (Kergoat, 2009, 2011, 2012 ; Galerand, E. & Kergoat, D.,2014). Elle s'inscrit également dans la lignée des récents travaux anglo-saxons des *Fat studies* (Rothblum & Solovay, 2009 ; Saguy, 2013; Boero & Thomas, 2016) qui permettent de mettre en avant les questions de classe, genre et « race » et de faire de la corpulence une nouvelle variable permettant d'analyser à la fois les discours, les pratiques et l'organisation sociale sous un angle sociologique novateur. Néanmoins, si les *Fat studies* se revendiquent d'une approche « intersectionnelle », cette étude préfère adopter une perspective davantage « consubstantielle ». Les différentes inégalités imbriquées les unes dans les autres sont trop peu souvent analysées en France et permettraient pourtant une étude en termes de « consubstantialité » et « rapports sociaux ». Les rapports sociaux de sexe/genre, de racisation et de classe ne doivent pas être simplement additionnés, comme le

sous-entend initialement l'usage de la notion de « l'intersectionnalité »[8], ils doivent être compris comme intriqués. On ne peut dissocier les catégories sociales des rapports sociaux à l'intérieur desquels elles ont été construites. Dès lors, travailler sur des catégories, même reformulées en termes d'intersection, c'est prendre le risque que des points demeurent invisibles, points qui peuvent être les aspects les plus forts de la « domination » comme ils peuvent être ceux qui sont potentiellement porteurs de « résistance ». Le concept de consubstantialité est alors plus pertinent pour cette recherche puisqu'il intègre davantage une vision dynamique en termes de rapports sociaux. Comme le souligne Pfefferkorn (2007), « ces rapports sont mêlés de façon inextricable, ils interagissent les uns les autres et structurent ensemble la totalité du champ social » (Pfefferkorn, 2007, cité par Kergoat, 2011, p.19). En s'appuyant sur les travaux de ce dernier, Kergoat apporte une définition de la consubstantialité pertinente à mobiliser : « c'est l'entrecroisement dynamique complexe de l'ensemble des rapports sociaux, chacun imprimant sa marque sur les autres ; ils se modulent les uns les autres, se construisent de façon réciproque » (Kergoat, 2009, pp.119-120).

Concernant les enfants et adolescents, la prévalence de l'obésité en France est encore moins connue et étudiée que chez les adultes (Borys, 2007, p.18). Nous nous basons sur les enquêtes nationales de santé de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)[9] réalisées en milieu scolaire, alternativement en grande section de maternelle, en classe de CM2 et surtout sur celles réalisées au sein des classes de 3ème puisque cette tranche d'âge correspond le mieux à celle de nos enquêtés. La répartition de l'obésité suit la même logique inégalitaire pour les plus jeunes.

[8] Pour approfondir le débat entre la notion d'intersectionnalité et consubstantialité, se référer à Kergoat, 2009 ; Galerand & Kergoat, 2014 ; Pfefferkorn, 2011 ; Chauvin & Jaunait, 2015.

[9] Menées depuis les années 2000, ces enquêtes nationales de santé scolaire permettent de suivre l'évolution de l'état de santé des enfants et adolescents. Fruit d'un partenariat entre les ministères chargés de la Santé et de l'Éducation nationale en collaboration avec Santé publique France, les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont réalisées par les médecins et infirmiers de l'Éducation nationale. Elles fournissent régulièrement des estimations de la prévalence du surpoids et de l'obésité à partir du poids et de la taille mesurés le jour de l'examen de santé. Nous faisons une synthèse des différents résultats, à travers l'étude de cinq enquêtes produites par la DREES. Pour cela, nous nous référons à la dernière enquête publiée pour les élèves scolarisés en grande section de maternelle (De Saint Pol, Chardon & Guignon, 2015) et pour les élèves scolarisés en CM2 (Guignon et *al*., 2017). Les élèves de troisième, soit des jeunes majoritairement âgés de 14 et 15 ans, feront l'objet d'une plus grande attention puisqu'ils correspondent davantage à notre coeur d'enquête. Nous décidons alors de nous appuyer sur trois enquêtes réalisées à des années différentes ; 2000-2001 (De Peretti & Castetbon, 2004), 2008-2009 (Chardon & Guignon, 2014) et 2016-2017 (Guignon et *al*., 2019). Les cinq études citées sont référencées en bibliographie et leurs pdf. y sont disponibles.

Des inégalités sociales qui apparaissent tôt dans le parcours des jeunes

Concernant les adolescents, les élèves scolarisés en classes de troisième sont 3,3 % à être en obésité en 2001, 3,9 % en 2009 et 5,2 % en 2017 (Guignon et *al*., 2019). On voit bien que, pour les adolescents de troisième, la prévalence augmente au fil des années. Si l'on compare ces données avec celles de la prévalence de l'obésité chez les adultes, on constate que cette prévalence est inférieure chez les adolescents et encore plus chez les enfants[10]. Cependant, un adolescent obèse présente une probabilité élevée de le demeurer à l'âge adulte. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50 % avant la puberté et à 50 à 70 % après la puberté (HAS, 2011).

L'inégale répartition de l'obésité se perçoit assez tôt. Dès l'âge de 6 ans, indicateurs de santé et habitudes de vie rendent compte de fortes disparités selon le milieu social. Les inégalités persistent par la suite chez les adolescents. Ces différences chez les jeunes reflètent l'impact de la catégorie socioprofessionnelle des parents, qui apparaît comme le critère le plus discriminant. Selon l'enquête de 2000-2001, 3,3 % des adolescents de classe de troisième sont concernés par l'obésité et moins de 1 % des adolescents issus de parents cadres sont en situation d'obésité contre 6,8 % des adolescents issus de parents ouvriers. La situation est similaire lorsque l'on considère la catégorie socioprofessionnelle maternelle, avec une prévalence de l'obésité minimale lorsque la mère est cadre et maximale lorsqu'elle est ouvrière non qualifiée (De Peretti & Castetbon, 2004). En 2008-2009, sachant que la moyenne est légèrement plus élevée, c'est-à-dire que 3,9 % des jeunes sont obèses, il existe toujours une distinction selon les PCS. En effet, 2,3 % d'adolescents issus de parents cadres sont en obésité contre 6,5 % d'adolescents issus de parents ouvriers (Chardon & Guignon, 2014). En 2016-2017, la prévalence de l'obésité chez les troisièmes est toujours en augmentation avec un taux de 5,2 % est une nouvelle fois marquée par de fortes inégalités sociales. Ainsi, 7,5 % des adolescents issus de parents ouvriers sont en obésité, contre 2,7 % des adolescents issus de parents cadres (Guignon et *al*., 2019). Ces inégalités se retrouvent également si on observe les zones d'éducation prioritaire où la prévalence de l'obésité chez les adolescents est plus élevée que dans les autres zones. En 2000-2001, parmi les adolescents scolarisés en classe de troisième, la

[10] Concernant les enfants, en 2013, les élèves scolarisés en classes de grande section de maternelle sont 3,5 % en situation d'obésité (De Saint Pol, Chardon & Guignon, 2015). En 2015, les élèves scolarisés en CM2 sont 3,6 % en situation d'obésité (Guignon et *al*., 2017).

prévalence s'élève ainsi à 5,6 % en zone d'éducation prioritaire (ZEP)[11] contre 3 % dans les autres zones (De Peretti & Castetbon, 2004, p.5). En 2017, les élèves scolarisés en éducation prioritaire sont 7,7 % à être en obésité contre 4,5 % pour les élèves non-scolarisés en éducation prioritaire (Guignon et *al*., 2019).

Si l'on observe maintenant l'imbrication des critères de classes sociales et sexes, les inégalités sont à nouveau davantage marquées. À ce titre, en 2000-2001 chez les élèves de troisième, 6,3 % de filles en ZEP sont concernées par l'obésité contre 2,7 % hors ZEP, alors que la moyenne des filles et garçons additionnés est respectivement de 5,5 % et 3 % (De Peretti & Castetbon, 2004, p.5).

Au vu de la fréquence d'observation de la relation entre inégalités et obésité, il est juste de considérer que l'obésité n'est pas seulement un acte individuel mais un « fait social » au sens de Durkheim. Les antécédents génétiques et les caractéristiques psychologiques individuelles ne peuvent pas suffire à en expliquer la distribution inégale et l'évolution. L'obésité est un phénomène complexe qui a de multiples causes dont différentes causes sociales. Il nous reste, à présent, à étudier comment ces inégalités s'inscrivent dans les corps et donnent l'impression de reposer sur l'individu. Autrement dit, il convient d'expliquer la trame sociale des comportements.

Enquêter sur des adolescents en obésité

L'obésité : légitimité de cet objet d'étude pour le sociologue

La génétique a un rôle à jouer mais n'empêche pas la sociologie de se pencher sur la question au vu du caractère multifactoriel des causes de l'obésité (De Saint Pol, 2010, p.37). Lorsqu'un seul des parents est obèse, l'enfant a 40 % de risques de le devenir et, lorsque les deux parents le sont, il en a 80 %. Le risque tombe à 10 % pour l'enfant quand les deux parents ne sont pas en obésité (Apfeldorfer, 1991 cité par De Saint Pol, 2010, p.37). Rappelons-nous cependant que dans une famille, outre les gènes, on partage aussi un environnement : des habitudes alimentaires, un mode de vie plus ou moins actif, des représentations en matière de corpulence, d'alimentation, de santé,

[11] Les zones d'éducation prioritaires sont, dans le système éducatif français, des zones créées en 1981 dans lesquelles sont situés des établissements scolaires (écoles ou collèges) dotés de moyens supplémentaires et d'une plus grande autonomie pour faire face à des difficultés d'ordre scolaire et social. Depuis 2014, on parle de « réseaux d'éducation prioritaire » (abrégé en REP). Désormais, le ministère de l'Éducation nationale classe les établissements en fonction d'un « indice social » qui comprend quatre paramètres : le taux de catégories socio-professionnelles défavorisées ; le taux d'élèves boursiers ; le taux d'élèves résidant dans une zone urbaine sensible (ZUS) ; le taux d'élèves ayant redoublé avant la sixième.

des normes, etc. Reconnaître l'existence d'une prédisposition génétique n'empêche donc pas de développer un discours sociologique. L'argument génétique ne va pas à l'encontre du discours sociologique, au contraire : s'il existe bien une prédisposition génétique, cette dernière n'a pas changé au cours des dernières décennies et il faut alors s'intéresser à l'environnement dans lequel vivent les individus pour expliquer sa forte évolution mondiale. L'idée est, dans la lignée de De Saint Pol, de percevoir les disciplines comme complémentaires et non concurrentielles ou antinomiques. Il s'agit de poursuivre les travaux autour de la sociologie de la corpulence que propose de Saint Pol refusant « le présupposé selon lequel le fondement [des inégalités de corpulence] se trouverait dans une sorte d'essence biologique de l'être humain, inaccessible aux sciences sociales » (De Saint Pol, 2010, p.38). Plus généralement, cela rejoint le postulat selon lequel les inégalités ne reposent pas sur des causes « naturelles ». Chercher à expliquer des phénomènes sociaux par des phénomènes exclusivement biologiques, tend à engendrer l'ignorance de la complexité du comportement humain et de ce qui se cache derrière ces différences de « nature ». Il va s'agir de rendre compte de ce que Fassin désigne comme « l'incorporation de l'inégalité » (Fassin, 1996), c'est-à-dire de l'inscription de l'ordre social dans les corps. Nous allons participer à montrer comment le social et le biologique sont imbriqués : « les expériences sociales passées s'inscrivent dans la physiologie et la pathologie du corps. Le social est littéralement incorporé » (Blane, 1999, cité par Aïach, 2004, p.41). Nous nous inscrivons également dans la même lignée que Loretti (2017) qui s'attache à rendre compte du processus d'incorporation des inégalités à travers une analyse comparée des trajectoires de cancer en mettant l'accent sur la dimension proprement sociale des comportements et sur les effets de la structure sociale et des rapports sociaux sur ces comportements. Ses travaux représentent un apport considérable à la question des inégalités sociales et leur mise en visibilité au sein de trajectoires de maladie.

Dans la lignée des travaux de M. Darmon (2008) sur l'anorexie, notre pari est de montrer que les méthodes et concepts sociologiques peuvent s'appliquer à des domaines qui leur sont ordinairement étrangers, en particulier le psychologique et le pathologique. La seule manière d'envisager sociologiquement l'obésité ne doit pas se cantonner au niveau de ses récurrences macrosociologiques, exposées notamment à travers les statistiques précédemment citées. On ne doit pas considérer qu'à tous les autres niveaux d'analyse le « psychologique » et le « pathologique » reprennent leurs droits exclusifs. Ordinairement, l'anorexie comme l'obésité ne semble appeler l'analyse sociologique que sous la forme d'une mise au jour d'éléments socioculturels, par exemple la place de la femme dans la société, les canons historiquement constitués de la beauté féminine, les

modifications des pratiques alimentaires, etc. Ces éléments sociologiques ne sauraient jouer qu'un rôle contextuel, il s'agirait moins d'une approche que d'un éclairage sociologique qui replacerait la pathologie dans un univers historiquement et socialement construit, où elle existerait en tant que « boîte noire » située mais fermée (*ibid.* pp.11-12). Pour remédier à ce constat, M. Darmon (2008) propose d'aller plus loin que de considérer la pathologie uniquement comme « fait social » et d'adopter une approche sociologique de la maladie « en pratiques ». Nous adoptons donc une approche qui éclaire le point de vue de ceux qui font l'expérience de l'obésité :

> en mettant en lumière les institutions, les interactions, les normes et les dispositions qui structurent une expérience extrême, l'approche sociologique donne les moyens de la comprendre et de la faire comprendre […] et de prendre conscience de la trame sociale des conduites les plus singulières (M. Darmon, 2008, p.16).

Notre problématique vise à comprendre la manière dont le processus des inégalités sociales et le processus de stigmatisation s'expriment dans la trajectoire d'adolescents en obésité.

Une enquête qui prend place dans le Nord et le Pas-de-Calais

Notre recherche s'inscrit dans le Nord et le Pas-de-Calais, zone géographique la plus touchée par l'obésité en France. En 1981, la prévalence de l'obésité chez les adultes était de 8 % dans le Nord et de 4% en Île-de-France. En 2003, elle est de 14 % dans le Nord et 8 % en Île-de-France (De Saint Pol, 2007, p.2). En 2012, la prévalence de l'obésité est de 21,3% dans le Nord et Pas-De-Calais et 14,4 % en région parisienne (Obépi, 2012). La prévalence du Nord et Pas-de-Calais est près de 40 % plus élevée que la moyenne (*ibid*.). Ces inégalités régionales s'appliquent aussi pour les adolescents pour lesquels la prévalence varie sensiblement sur le territoire. Elle est presque quatre fois plus élevée chez les élèves scolarisés en classe de 3ème dans les Zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT)[12] du Nord (5,5 %) que dans la ZEAT du Sud-ouest (1,5 %) (De Peretti & Castetbon, 2004).

[12] Zone d'études et d'aménagement du territoire : instaurées en 1967, les ZEAT constituent un découpage du territoire métropolitain en huit grandes zones géographiques. Chaque ZEAT est composée d'un ensemble d'une ou plusieurs régions administratives. Cela se découpe ainsi : REGION PARISIENNE : Île de France. BASSIN PARISIEN : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute Normandie, Picardie. NORD : Nord Pas-de-Calais, EST : Alsace, Franche-Comté, Lorraine. OUEST : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes. SUD-OUEST : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées. CENTRE-EST : Auvergne, Rhône-Alpes. MEDITERRANEE : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse.

Ce territoire présente également certaines spécificités comme un état sanitaire et social globalement dégradé en comparaison du reste de la France métropolitaine. En 2012, le Nord-Pas-de-Calais est la région[13] où l'espérance de vie est la plus faible et où la surmortalité est la plus importante, suivie par la Picardie (Atlas Régional et territorial de santé du Nord-Pas-de-Calais, ARS, 2015). Cette surmortalité régionale est principalement marquée par la pathologie cancéreuse puis par les maladies cardiovasculaires. Récemment, une étude de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE, 2018) consacrée à la région des Hauts-de-France pointe du doigt différentes formes de fragilités sociales. Les indicateurs socio-économiques sont inquiétants. Les Hauts-de-France sont, après la Corse, la deuxième région métropolitaine la plus touchée par la pauvreté en 2014. Le taux de chômage est le plus élevé de France métropolitaine au 3ème trimestre 2017 : 11,9 % (contre 9,4 % en moyenne). De nombreuses personnes sont sans diplôme : en 2014, 21 % de la population adulte (contre 18 % en moyenne). Les jeunes de la région sont confrontés à d'importantes difficultés d'insertion : 29 % des 18-25 ans sont sans emploi et ne suivent pas de formation (23 % en France métropolitaine).

L'obésité est devenue depuis plusieurs années un enjeu primordial pour les politiques locales de santé de cette région. Dans le contexte d'une prévalence régionale élevée du surpoids et de l'obésité, l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Nord-Pas-de-Calais a réalisé un travail approfondi sur la thématique à travers la mise en œuvre locale du Plan National Nutrition Santé (PNNS) et du Plan Obésité National (PO). L'ARS du Nord-Pas-De-Calais a ensuite décidé d'aller plus loin et consacre un programme régional dédié à cette pathologie : *Programme Régional Obésité 2014-2018*. Le constat de l'inégale répartition de l'obésité est repris dans les politiques locales : « les personnes les plus touchées sont les plus vulnérables socioéconomiquement, en particulier les femmes » (Programme Régional de lutte contre l'Obésité 2014-2018, p.2). Cette région représente donc un terrain d'étude tout à fait riche et pertinent au vu de son contexte sanitaire, social, de son taux de prévalence de l'obésité et de sa prise en compte à travers les politiques locales.

[13] Depuis la réforme territoriale de 2014, le Nord-Pas-de-Calais a fusionné avec la Picardie et se dénomme à présent les « Hauts-de-France ». Nous parlerons tout de même de la « région Nord-Pas-de-Calais » pour désigner des études réalisées avant la mise en place de cette réforme territoriale. Le reste du temps, nous parlerons simplement de territoire du Nord et du Pas-de-Calais, où l'enquête s'est effectuée. Il faut tout de même noter que la Picardie est très proche du Nord et Pas-de-Calais en termes d'inégalités sociales de santé.

Une enquête qualitative mixte et multi-située

Pour explorer la mise en forme du processus des inégalités, une méthodologie qualitative est impérative (Fassin, 2000). En effet : « l'approche qualitative [...] offre par rapport à la lecture quantitative [...] une forme distincte d'intelligence des inégalités sociales de santé » (Fassin, 2000, p.127). Contrairement à l'épidémiologie, les méthodes qualitatives permettent d'identifier l'impondérable et de dévoiler l'invisible (Fassin, 2000, p.128). Un travail d'enquête approfondi, c'est-à-dire par observation participante ou encore exploration biographique, est irremplaçable pour saisir à la fois la manière dont les inégalités sociales de santé s'inscrivent dans les corps et les mécanismes qui sont liés à la stigmatisation.

Notre enquête de terrain se centre sur l'éducation thérapeutique du patient à destination des adolescents en obésité, principale prise en charge proposée par le milieu médical. Notre collecte de données a dû correspondre à une méthodologie qualitative mixte et multi-située : analyse de corpus de discours médicaux (littérature médicale, littérature spécialisée, etc.) et de politiques de santé publique (PNNS, PO, etc.), entretiens auprès de professionnels, entretiens de types biographiques auprès de familles (adolescents et parents) et observations sur différentes scènes où se déroulent l'accompagnement thérapeutique de l'adolescent (réseaux de santé, hôpitaux et centres spécialisés accueillant des adolescents en obésité en séjours de plusieurs semaines). L'intégralité de la méthodologie d'enquête et ses enjeux sont retracés dans le Chapitre 2.

Afin d'ouvrir notre recherche à une étude en termes de « consubstantialité », nous proposons une lecture de l'imbrication des rapports sociaux et interactions sociales sur la scène médicale entre professionnels, parents et adolescents. Pour cela, une étude en termes de « trajectoires » de maladie est éclairante : elle nous permet de nous focaliser tant sur la gestion médicale de l'obésité que sur sa gestion parentale ou encore sur celle du jeune lui-même et donc d'exposer leurs interdépendances puisque nous considérons que tous les acteurs mentionnés participent à co-construire la trajectoire de maladie. De plus, sachant qu'il existe une distinction sociale des comportements alimentaires et corporels, et que l'ETP à destination d'adolescents en obésité s'attarde principalement sur les thématiques de l'alimentation et de l'activité physique, il est d'autant plus intéressant de mettre en lumière les normes qui entrent en concurrence entre professionnels, parents et adolescents. Cela nous permet d'observer l'affrontement normatif sur la scène de l'éducation thérapeutique et de mettre l'accent sur la dimension proprement sociale des comportements.

II. Fondements du cadre théorique

La problématique vise à rendre compte du processus de mise en forme des inégalités et de la stigmatisation. Nous souhaitons éclairer ces processus à travers une étude en termes d'« expérience » d'adolescents en obésité inscrits dans une démarche d'accompagnement thérapeutique sur le territoire du Nord et du Pas-de-Calais, et en termes de « trajectoire » de maladie. Conformément à nos méthodes d'enquête qualitatives mixtes et nos appuis théoriques et conceptuels divers, ce travail de recherche reflète le choix de s'inscrire dans une sociologie que nous qualifierons d'« unifiée »[14]. Même si l'intégralité du cadre théorique sera dévoilé lors du Chapitre 1, nous décidons de poser dès à présent les bases de sa constitution.

Une étude autour de l'*expérience* de la maladie

Notre analyse prend en compte l'« expérience de la maladie » de l'adolescent (Conrad, 1987). Ce concept privilégie le point de vue des personnes concernées par la maladie pour identifier les ressources et stratégies adoptées face à elle. Loin d'être uniquement centrée sur une sociologie de l'adolescence, cette thèse vient tout de même participer à éclairer quelques concepts propres à cette thématique en donnant de l'importance au travail effectué par l'adolescent lui-même dans la gestion de sa maladie chronique, de son stigmate, à son expérience et son vécu. L'impact désorganisateur des maladies chroniques et les tentatives de réponses multiples des sujets face à ces maladies, ont conduit la sociologie à s'interroger sur ce que signifiait « vivre avec » et à se centrer sur l'expérience du sujet :

> Une perspective en termes d'expérience de la maladie doit considérer les vies quotidiennes des gens vivant avec et en dépit d'une maladie... Quelles sortes de théories et d'explications profanes développent-ils pour donner un sens à de tels évènements étranges et effrayants, comment en viennent-ils à chercher une aide médicale, avec quels soucis et quelles explications ; quel impact a pour eux la découverte du diagnostic et comment font-ils face à l'étiquette et aux instructions

[14] Il s'agit de scientifiquement ne pas s'enfermer dans un unique courant de pensée se définissant par des auteurs et concepts précis. En se cantonnant à un unique courant de pensée, nous pourrions courir le risque de négliger des éléments qui pourraient pourtant être pertinents dans notre analyse. La sociologie unifiée ne rend pas moins pertinente la recherche et n'ébranle pas la cohérence globale d'une enquête. Au contraire, elle permet de considérer l'intérêt de la complémentarité des approches. Les concepts sont choisis méticuleusement, d'autant plus que le chercheur se doit de les sélectionner parmi un très vaste choix qui s'offre à lui. Pour opérer cette sélection, il doit alors continuellement se justifier sur le fait que chaque concept mobilisé puisse s'intégrer et participer à l'analyse avec comme objectif de renforcer la cohérence générale de la recherche. Ce n'est pas la théorie qui vient définir des méthodes d'enquête et orienter l'écriture de la recherche. Le terrain, les méthodes d'enquête choisies, les résultats nous orientent vers la mobilisation de différents cadres théoriques et conceptuels, par des allers-retours constants, dans la logique d'une démarche inductive.

> médicales pour gérer la maladie ? Il faut examiner les relations avec les membres de la famille, les amis, les camarades de travail. Considérer comment les gens combattent les interdictions formelles et informelles basées sur le diagnostic, à quoi cela ressemble de faire des visites régulières à un médecin ou à un hôpital, comment ce personnel médical voit le patient plutôt que l'inverse et quelles stratégies les gens utilisent simplement pour "s'en sortir". Une vision de l'intérieur sur la maladie devrait se demander comment les gens sentent que la maladie les a changés à leurs propres yeux et à ceux des autres. Elle devrait, en définitive, faire face aux questions de maladie, de perception de soi et de sa propre valeur. » (Conrad & Schneider, 1983, pp.9-10)

Sans prétendre à une histoire de la construction de la catégorie « adolescence » ni à une revue de littérature sociologique exhaustive sur cette thématique, il nous semble important de souligner que l'adolescence relève d'une construction sociale, d'une catégorie d'âge variable, flexible, changeante selon les époques, les sociétés, etc. Il ne s'agit pas d'une catégorie « naturelle » au sens biologique du terme. Cette construction sociale est historiquement assez récente et n'existe pas dans certaines sociétés (Bedin, 2009, p.87). L'adolescence est une notion inventée au début du XXème siècle par les psychologues. Psychologues, médecins, psychiatres ont conservé longtemps le monopole intellectuel du traitement de la question adolescente (Galland, 2008, p.819) mais des écrits majeurs de la sociologie française (Galland, Singly, Le Breton) ont réfuté cette prédominance de la biologie et de la psychologie dans la compréhension de l'adolescence. Pour ces sociologues, l'expérience adolescente doit au contraire mettre en avant des processus hétérogènes et tenir compte de la grande variabilité des contextes socioculturels, de l'époque, des conditions de vie, des caractéristiques et des trajectoires personnelles. Même si ces sociologues ont des approches différentes, ils insistent tous sur la « construction sociale » de l'adolescence toujours contingente à la société et à l'époque qui la produit (Soulière, 2013, p.111). L'adolescence moderne se distingue par une nouvelle « autonomie » qui ne permet plus, sur le plan sociologique, de l'assimiler à l'enfance (Galland, 2008, p.819). L'adolescence est une construction sociale et scientifique définie par un moment d'apprentissage de l'autonomie qui a lieu sans indépendance matérielle à l'égard des parents (Galland, 2010). Cette définition se distingue de celle de l'enfance en reposant principalement sur l'autonomie (Galland, 2008).

D'autres travaux viennent préciser cette catégorie. On citera par exemple les concepts de pré-adolescents, post-adolescents ou encore d'adonaissants qui soulignent un certain « allongement de l'adolescence » (Goguel d'Allondans & Lachance, 2014). La « préadolescence » désigne la période entre enfance et adolescence. L'utilisation de ce terme de préadolescent mériterait d'« entourer son

usage de certaines précautions, c'est-à-dire à le considérer plutôt comme un synonyme d'entrée dans l'adolescence » (Mardon, 2010, p.46). La « post-adolescence » pourrait être vue comme une période entre l'adolescence et la jeunesse. Les « adonaissants », concept proposé par de Singly (2006), regroupent des jeunes en demande de petits gestes de flexibilité de la part de leurs parents mais qui ne sont pas à même d'opposer à l'identité familiale une originalité personnelle : « ce n'est ni la rupture du lien de filiation ni le maintien de cette identité dominante » (Singly, 2006 cité par Bedin, 2009, p.60). En somme, il revient au chercheur d'utiliser ou non le concept d'adolescence ou un autre et d'en délimiter les seuils. Cette définition peut s'appuyer sur des critères d'âge, des critères biologiques ou des critères de statut. Par exemple, le début de l'adolescence est actuellement approché par différents seuils selon les travaux : soit des étapes biologiques (puberté pour les femmes), soit des critères d'âge (11-12ans), soit encore le statut scolaire (l'entrée au collège) (Van de Velde, 2015, p.12). Pour notre part, nous utiliserons le terme d'« adolescents » tout au long de la thèse. Les adolescents enquêtés (entretiens et observations) ont entre 10 ans et 17 ans. Ils sont en général au collège ou au lycée, à l'exception d'une enquêtée qui est en CM2. La majorité des jeunes enquêtés ont entre 13 ans et 15 ans. Ils sont également désignés comme « adolescents » par les programmes thérapeutiques qu'ils suivent et qui sont organisés d'une autre manière que les programmes réservés aux « enfants ».

Cette étude sociologique de l'obésité des adolescents nous permettra de comprendre un peu plus cette phase de la vie lorsqu'elle est bouleversée par une maladie chronique : l'obésité. On s'aperçoit que, dans le cadre d'une maladie chronique, le concept d'autonomie est doublement sollicité. L'éducation thérapeutique du patient considère l'autonomie comme un objectif à part entière. Parents comme professionnels demandent à l'adolescent d'être « autonome » par exemple dans ses choix alimentaires et d'exercices physiques, tout en exerçant un certain contrôle sur ces derniers. Ces jeunes sont soumis à des exigences aussi puissantes que contradictoires, celles du groupe de pairs, celles de la maladie chronique, celles des parents et donc du monde familial, celle des soignants et donc du monde médical. Les adolescents doivent composer avec les normes de différentes sphères. Ils doivent apprendre à dire « je », devenir autonomes et se construire dans un contexte de dépendance renforcé par la maladie. Les enjeux de la maladie et ceux de l'adolescence s'affrontent. Il existe une certaine « tyrannie de la majorité » (Pasquier, 2005) qui désigne les fortes pressions au conformisme observées dans le milieu scolaire où les contrôles du groupe de pairs sont permanents et la tolérance aux différenciations individuelles est faible. Pour les adolescents, « pour être soi, il faut d'abord être comme les autres » (Dubet & Martuccelli, 1996). Pourtant, pour de

nombreux jeunes, l'obésité est « vécue et décrite comme un handicap, mais aussi comme une source de souffrance » (Tibère et *al*., 2007). Leurs corps sont stigmatisés par leurs groupes de pairs, ils sont jugés « déviants » et « anormaux ». L'obésité à l'âge de l'adolescence semble particulièrement violente, cause de stigmatisation, décrochage scolaire et harcèlement.

Depuis la fin des années 1980, on assiste à l'émergence d'une perspective d'étude qui s'intéresse à l'expérience subjective des jeunes et à leurs points de vue propres, les *critical youth studies* (Best, 2007) ou encore les *social studies of chilhood* (Christensen et James, 2000). Dans cette lignée de travaux, nous considérons l'adolescent comme participant à la construction de sa propre trajectoire de maladie et non comme un acteur passif, entièrement dépendant des professionnels et de ses parents. La thèse en cours de Bichet[15] accorde, par exemple, davantage de place au jeune dans le triptyque professionnel-parent-adolescent sur la scène médicale en mobilisant le terme de « compétences ». Sa thèse a pour objectif de saisir les diverses compétences (savoirs, savoirs-faire, savoirs-être) que les enfants et jeunes acquièrent dans et par leur « expérience » de la maladie chronique, le diabète, ainsi que la façon dont leurs compétences et leur autonomie sont négociées dans leurs interactions quotidiennes, notamment avec les parents et professionnels de santé.

Nous considérons l'adolescent en obésité comme un être multisocialisé et multidéterminé, autrement dit comme un « acteur pluriel » (Lahire, 1998, 2013). Les individus rencontrent dans leur vie une pluralité d'influences diverses qui peuvent être contradictoires entre elles, dissonantes. Les acteurs sont alors amenés à mobiliser telle ou telle disposition selon le contexte dans lequel ils se trouvent. L'accompagnement thérapeutique d'une maladie chronique, peut également être considéré comme une expérience socialisatrice contribuant à construire la trajectoire de l'adolescent. En articulant le concept de socialisation et mondes sociaux, nous considérons que l'adolescent est un individu pluriel et que « tout corps individuel plongé dans une pluralité de mondes sociaux est soumis à des principes de socialisation hétérogènes et parfois mêmes contradictoires qu'il incorpore. » (Lahire, 1998, p.35). Nous participons à l'articulation d'une recherche sur l'individu et le collectif en cherchant à comprendre « les forces et contre-forces, internes (dispositionnelles) et externes (contextuelles) […] qui nous font sentir ce que nous sentons, penser ce que nous pensons et faire ce que nous faisons » (Lahire, 2013, p.47).

[15] Inscrite en thèse depuis 2016 à l'Université de Strasbourg sous la direction de Nicoletta Diasio. Thèse intitulée : « Compétences enfantines dans la maladie chronique et son traitement : le cas du diabète de type 1 en Alsace et Lorraine ».

Une étude en termes de *trajectoires* de maladie

Grâce à la mobilisation du concept de « trajectoire » (Strauss, 1978, 1992), nous visons la compréhension de la gestion de l'obésité des adolescents par les différents acteurs impliqués (parents et professionnels) qui participent finalement d'une manière interactive à la construction de cette trajectoire de maladie. Baszanger (1986) s'empare des travaux de Strauss autour des maladies chroniques et de l'ordre négocié pour redonner une place importante au patient au sein de ce qu'elle nomme le « travail médical ». Le malade est perçu comme un acteur à part entière, il faut penser « non en termes de bonne ou mauvaise volonté des malades à coopérer, mais en termes de production de soins » (*ibid.* p.12). La maladie chronique provoque l'apparition de « désordres » dans la vie sociale du malade qui doit alors sans cesse travailler à « recomposer » une forme d'ordre pour assurer la continuité de sa vie sociale. La négociation est par ailleurs perçue par Baszanger comme un moyen pour maintenir un certain « ordre social ». Le « malade-acteur » au carrefour de différentes « sphères » serait à l'initiative de ces « recompositions négociées » (Baszanger, 1986, p. 10). Focaliser notre travail de recherche sur ces « phénomènes de négociations » permet, dans la continuité de la logique du concept de trajectoire, de saisir quels sont les différents acteurs d'une prise en charge et le travail de chacun. Nous participons à montrer l'existence d'une construction sociale négociée de la trajectoire de la maladie d'un adolescent. Nous considérons la construction sociale de l'obésité en tant que maladie comme un processus à aborder comme une suite de négociations qui se donne à voir au sein d'une « succession d'interactions » entre professionnels de santé, parents et adolescents. Des sociologues comme M. Darmon (2003) ou Jacolin (2012) préfèrent la notion de « carrière »[16] à celle de « trajectoire ».

Il est d'autant plus intéressant d'utiliser cette notion de « trajectoire » sachant que, lors des accompagnements thérapeutiques de l'adolescent en obésité, l'investissement des parents est désigné comme primordial par les professionnels comme par les recommandations officielles de la Haute Autorité en Santé (HAS, 2011). Ils sont destinataires d'un certain nombre de recommandations et sont jugés en partie garants de la réussite ou de l'échec de la prise en charge de

[16] Jacolin étudie à travers sa thèse (2012) les conditions sociales d'une sortie de « carrière d'obèse » par l'intermédiaire de divers dispositifs de prise en charge médicalisés ou non. Jacolin montre 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. Comme M. Darmon (2008 [2003]) à travers son ouvrage sur l'anorexie, elle préfère le concept de « carrière » notamment parce que son travail de terrain repose principalement sur le point de vue des « patients », alors qu'en ce qui concerne notre travail, nous croisons les regards des professionnels, parents et adolescents. La différence significative entre l'approche de M. Darmon et la notre sera de ne pas uniquement se centrer sur les pratiques et discours des jeunes, sur leur expérience de la maladie, mais d'intégrer davantage à l'enquête ethnographique les parents et professionnels. M. Darmon consacre un chapitre à la notion de carrière et à son usage dans le cas de l'anorexie ainsi qu'aux différences entre la notion de « carrière » et celles de « trajectoire ».

leurs adolescents. Ce concept de trajectoire appliqué à une maladie chronique telle que l'obésité d'un adolescent permet de reconnaître le travail parental de gestion de la maladie et le travail de l'adolescent autant que celui des professionnels de l'éducation thérapeutique. Le parent d'adolescent « malade » est au centre des négociations sur les différentes scènes du monde social. Il est acteur dans la construction du nouvel « ordre social » (Strauss, 1992, pp. 87-112) et dans la gestion de la maladie chronique de son enfant. Lors de l'accompagnement thérapeutique pour l'obésité des jeunes, un certain nombre de « changements » sont attendus dans « plusieurs domaines d'interventions » qui vont forcément impliquer les parents : « l'alimentation, l'activité physique, la lutte contre la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, dont le sommeil et les aspects psychologiques et socio-économiques » (HAS, 2011). Une équipe pluridisciplinaire est alors nécessaire et regroupe en général un médecin pédiatre, un éducateur médico-sportif, une diététicienne, une psychologue et une infirmière[17]. Soignants comme patients sont amenés à négocier. Ils n'ont pas la même conscience de la maladie, de la santé, de l'alimentation, du corps et de ses représentations. La médecine fait, par ces recommandations, intrusion dans la vie quotidienne privée des personnes y compris dans leurs activités corporelles, puisqu'elle prescrit notamment des normes d'habitudes de vie alimentaires et d'exercice physique. Les jeunes doivent s'approcher des « repères nutritionnels » pour « mieux manger » et « bouger plus » illustrant ainsi le processus de normalisation des activités corporelles relevant de la sphère privée. La vie quotidienne devient alors le support d'une thérapeutique à moduler en permanence. Ces normes viennent cependant heurter des habitudes de vie profondément ancrées socialement.

Cette étude participe à approfondir l'analyse de chacun de ces « mondes sociaux » et leurs articulations. Par mondes sociaux, on entend : « l'ensemble des individus et des organisations dont l'activité est nécessaire pour produire les évènements et les objets qui sont caractéristiques de ce monde » (Becker, 1983, p.404). Il peut ainsi exister une « multiplicité de mondes » qui coexistent et peuvent « s'ignorer, être en conflit, entretenir une relation de symbiose, etc. […] être durables ou éphémères » (*ibid.*). On s'attardera sur l'étude de la reconfiguration des formes de contrôle et d'autonomie, de dépendance et de domination, de normalisation, socialisation et médicalisation dans ces différents mondes : médical et familial.

[17] Le féminin est utilisé pour qualifier différentes fonctions professionnelles presque exclusivement occupées par des personnes de sexe féminin lors de nos diverses observations comme l'infirmière, la diététicienne et la psychologue. Les fonctions de médecin et d'éducateur médico-sportif sont en revanche exercées tant par des hommes que des femmes.

Nous prenons en compte le fait que les « relations sociales » à l'œuvre dans l'ETP sont liées aux « rapports sociaux », notamment de classes et de sexes, et que ces deux niveaux sont totalement imbriqués (Kergoat, 2009, 2011, 2012). Le rapport social correspond à une « tension antagonique se nouant en particulier autour de l'enjeu de la division du travail et qui aboutit à la création de groupes sociaux ayant des intérêts contradictoires » (Kergoat, 2012, p.126). Cette définition autour de la division du travail nous éclaire bien sur la répartition du travail de gestion de la maladie d'un adolescent, entre parents et professionnels. La notion de rapport social renvoie à une division sociale inégalitaire macrosociologique alors que la notion de relation sociale, qui désigne les interactions entre individus, se situe au niveau microsociologique. La distinction entre relations sociales et rapports sociaux permet une articulation, dans le cadre d'une sociologie pragmatique, entre deux niveaux d'analyse. Une sociologie qui s'inspire d'une approche pragmatiste a différents objectifs dans lesquels cette thèse s'inscrit. Elle participe d'une part à étudier les stratégies collectives mises en œuvre par les groupes sociaux dominants pour imposer leur domination. En cela, cette recherche étudie la gestion médicale et politique, son organisation et ses contraintes, non seulement grâce à des entretiens réalisés auprès de professionnels de la scène médicale mais aussi grâce à l'analyse de corpus de discours médicaux et de santé publique effectuée dans une perspective sociohistorique. Elle étudie d'autre part, la reproduction des rapports sociaux inégalitaires au sein des relations sociales et la manière dont, dans les relations interindividuelles, les rapports sociaux sont subvertis : soit par coopération, soit par conflit. En cela, grâce à un travail d'observation, cette thèse analyse différents moments d'interaction sur la scène médicale entre adolescents, parents et professionnels. La sociologie pragmatique permet, enfin, l'étude des stratégies collectives de résistance des groupes sociaux dominés face aux groupes sociaux dominants. Pour mettre cela en évidence, cette thèse complète les observations par des entretiens à caractère biographique auprès d'adolescents et de leurs parents.

Le concept de trajectoires de maladie permet de valoriser les travaux autour de la gestion parentale de la maladie ou, pour le dire autrement, des soins domestiques de santé. Il permet ainsi de participer un peu plus à la construction d'un point de vue autonome de la sociologie sur les évènements pathologiques. La « maladie » a longtemps été l'objet légitime de la seule discipline médicale qui a construit de manière dominante sa définition. Une étude en terme de « trajectoires » de maladie permet à notre étude de s'inscrire dans une sociologie de la santé qui s'éloigne des cadres de la pensée médicale pour analyser la maladie sous différentes logiques. Cela permet de rendre compte de l'aspect dynamique de la construction sociale de la maladie et participe à rendre

visible le travail domestique de santé effectué par la famille lors de la prise en charge de la maladie chronique d'un adolescent. Cela participe dans le champ de la sociologie de la santé au croisement de la sociologie de la famille, à éviter l'écueil de se centrer davantage sur le point de vue des professionnels de santé, mais aussi de « penser en termes de substituabilité entre leurs contributions et celles de la famille » (Cresson & Martin, 1995, p.63). Plus encore que le rôle de la famille, c'est également l'« impensé » du travail des mères qui est mis en valeur (Graham, 1984, Saillant, 1992 ; Cresson, 2001 ; Weber et *al*., 2003), le travail sanitaire familial n'étant actuellement toujours pas partagé également entre les sexes (Cresson, 2006). Le but n'est pas ici de porter un jugement sur l'univers médical ou les pratiques et savoirs des professionnels mais d'éclairer la réception, la négociation et l'appropriation faites par les adolescents et parents de l'accompagnement thérapeutique. Cette manière d'envisager les parents et adolescents comme producteurs de soins à part entière ne doit pour autant pas masquer les différents rapports de pouvoir ou encore de domination à l'œuvre au sein de l'ETP. Cette analyse permet d'appréhender les expériences d'adolescents atteints de maladie chronique en intégrant des variables structurelles (organisation médicale, offre de soins, etc.) et subjectives (vécu de la maladie, rapport aux soins, etc.).

III. Architecture de la thèse

La démonstration se déroulera en quatre parties qui retraceront un certain « parcours des normes » (Maurice, 2014). La conception, diffusion et réception des normes médicales constitueront le fil directeur de la thèse. Il s'agira de conduire le lecteur à emprunter ce parcours pour étudier, à différentes échelles d'analyse, différents acteurs, leurs représentations, leurs pratiques formelles et informelles pour finir par se focaliser sur l'étude de leurs « interactions sociales » et « rapports sociaux » au sens de Kergoat (2009, 2011, 2012). Nous étudierons la production des normes institutionnelles, politiques, médicales, leur déploiement local, la manière dont les professionnels s'en emparent, les transmettent aux familles et la manière dont ces dernières s'approprient et négocient les normes sur la scène médicale, à l'intérieur de la sphère privée et enfin, en bout de chaîne, comment l'adolescent compose avec tout cela. L'étude du parcours des normes comme fil directeur nous permettra d'éclairer l'affrontement normatif existant sur la scène de l'éducation thérapeutique, la trame sociale des comportements, sans négliger l'influence des processus de médicalisation et politisation de l'obésité.

La première partie invitera à un cadrage théorique et méthodologique de l'objet d'enquête. Dans le premier chapitre, nous proposerons un état des lieux des travaux sociologiques menés autour de l'obésité et plus spécifiquement de son lien avec les thématiques des inégalités sociales et de la stigmatisation. Au-delà de nous inscrire uniquement dans une sociologie de l'obésité inspirée des travaux de recherche des *Fat studies*, nous mobiliserons le concept de « trajectoire » de maladie afin d'éclairer d'un côté les travaux sociologiques autour de la gestion médicale de la maladie chronique et, d'un autre côté, ceux autour de sa gestion familiale. Nous proposerons, enfin, d'ouvrir notre recherche aux travaux de recherche appartenant à la sociologie du corps et de l'alimentation avec un regard porté sur les normes. En effet, les pratiques alimentaires constituent un espace où se forgent goûts et identités de classe, auxquelles les normes véhiculées lors de l'éducation thérapeutique peuvent se heurter. Après avoir évoqué les travaux autour de la différenciation sociale des consommations alimentaires et du rapport au corps, il sera alors pertinent de mobiliser des études permettant l'analyse de l'affrontement normatif entre professionnels, parents et adolescents. Dans le second chapitre, nous présenterons notre démarche de recherche. Nous montrerons notamment l'intérêt d'une enquête qualitative mixte et multi-située menée au sein de programmes d'éducation

thérapeutique à destination d'adolescents en obésité afin d'éclairer au mieux les interactions sociales et rapports sociaux qui se jouent entre les professionnels, les adolescents et leurs parents.

La seconde partie, composée de deux chapitres analysera le « parcours des normes » à son commencement. À ce niveau de la thèse, il s'agira de comprendre la vision institutionnelle, c'est-à-dire la production des normes à l'égard de l'obésité, dans les champs médical et politique. Nous analyserons tant l'organisation nationale de l'offre de soins et des politiques de santé publique, que leur déclinaison locale et la manière dont les professionnels de la prise en charge de l'obésité des adolescents s'approprient ces normes et entendent les diffuser au sein de l'éducation thérapeutique du patient. Le troisième chapitre commencera par une analyse éloignée de l'échelle de l'individu (niveau macrosocial). Il s'agira de mettre en relation différents processus qui éclairent la manière dont l'obésité est passée d'une question morale et esthétique à un objet médical et politique : médicalisation (Conrad & Schneider, 1980), mise sur agenda politique (Kingdon, 1984 ; Hassenteufel, 2010) et médiatisation de l'obésité (Csergo, 2009) voire sa « dramatisation » (Poulain, 2009). Nous verrons comment l'obésité est devenue une question de santé publique, en considérant cette dernière comme une « construction sociale » qui passe par « une double opération de médicalisation et de politisation des faits sociaux » (Fassin, 1998, p.30). Nous tendrons ensuite vers une analyse au plus proche de l'individu (niveau microsocial) dans le quatrième chapitre. L'objectif sera d'étudier l'appropriation des normes institutionnelles produites par le milieu médical et politique à une échelle plus locale, celle du Nord et Pas-de-Calais, à travers l'organisation locale du milieu médical, les « situations de travail » (Avril, Cartier & Serre, 2010), les politiques de santé publique régionales ainsi que les discours et les représentations des professionnels impliqués dans l'éducation thérapeutique à destination des jeunes en obésité.

La troisième partie se divisera également en deux chapitres, complémentaires. Centrée sur la sphère familiale, elle permettra de comprendre comment les adolescents vivent leur obésité et l'impact qu'elle peut avoir sur leurs parents. Le concept d'« expérience » (Conrad, 1987) de la maladie de l'adolescent sera mis en avant, à travers l'analyse de problématiques récurrentes et de portraits singuliers (Lahire, 1998, 2013). Au sein du cinquième chapitre, deux « tableaux de familles » au sens de Lahire (1995) seront dépeints, permettant de saisir finement l'entrelacement du biologique et du social incorporés au sens de Blane et *al.* (2013)[18]. Le sixième chapitre analysera les

[18] Le *process of social-biological* évoqué au sein de l'article de Blane et *al.* (2013) permet d'insister sur l'importance d'examiner les voies entre le social et le biologique et de se demander comment le social devient biologique, pour contribuer ainsi à une littérature internationale croissante sur le sujet.

problématiques des adolescents et de leurs parents, qui se présentent de manière récurrente d'une famille à l'autre, sous forme de « cercle vicieux » (Poulain, 2009). Il s'agira de décrire les épisodes de stigmatisation répétitifs sur la scène scolaire et l'impact engendré sur la scolarisation ou plutôt sur la déscolarisation, tout en prenant en compte les inégalités sociales en termes de classes sociales et sexes. Il s'agira également de décrire l'impact de la maladie, des inégalités et de la stigmatisation sur l'estime de soi des adolescents, leur manque de confiance et la souffrance due au regard des autres. Ce chapitre présentera, enfin, les comportements alimentaires bouleversés des adolescents et les conflits familiaux qu'ils engendrent.

La quatrième partie mettra à l'honneur le concept de « trajectoire » (Strauss, 1978) en articulant l'expérience de l'adolescent avec la gestion de la maladie par les parents et par les professionnels. Cette dernière partie mêlera l'analyse des interactions sociales et des rapports sociaux (Kergoat, 2009, 2011, 2012), notamment de classe sociale et sexe, dans le triptyque adolescents, parents et professionnels, tout en accordant une place importante au processus de stigmatisation. Nous analyserons comment les interactions entre parents, adolescents et professionnels co-construisent la « trajectoire » des jeunes en obésité tout en plaçant au centre de la négociation la gestion du « stigmate » (Goffman, 1963). Nous mettrons donc en lumière la manière dont les adolescents, parents et professionnels négocient les « normes médicales », c'est-à-dire la définition de l'obésité, de ses causes et conséquences, mais aussi le déroulement de la prise en charge et la manière de donner du sens aux résultats. Nous considérons la production familiale de soins comme un processus en constante négociation des normes médicales diffusées lors de l'accompagnement thérapeutique et en constante gestion du stigmate. Le septième chapitre se consacrera à l'entrée dans l'accompagnement thérapeutique, c'est-à-dire aux premières consultations individuelles, aux journées de bilan et à l'annonce du diagnostic de l'obésité. Le huitième chapitre ciblera le cœur de l'ETP, c'est-à-dire les ateliers mis en place au sein des réseaux de santé et centres hospitaliers, ainsi que l'hospitalisation de plusieurs semaines en ce qui concerne les Centres de Soins de Suite et de Réadaptation (CSSR).

Partie 1 — Porter un regard sociologique sur l'obésité des adolescents : cadre théorique et méthodologique

La première partie invite à un cadrage théorique et méthodologique de l'objet d'enquête, et se découpe en deux chapitres. Le Chapitre 1 propose un état des lieux des travaux sociologiques menés autour de la thématique de l'obésité, de la gestion médicale d'une maladie chronique, de sa gestion familiale mais également des travaux de recherche appartenant à la sociologie du corps, la sociologie de l'alimentation, avec un regard porté plus spécifiquement sur les adolescents ainsi que la diffusion et réception des normes. Le Chapitre 2 présente la démarche de recherche et l'intérêt d'une enquête qualitative mixte et multi-située menée au sein de programmes d'éducation thérapeutique à destination d'adolescents en obésité afin d'éclairer au mieux les interactions sociales et rapports sociaux qui se jouent entre les professionnels, les adolescents et leurs parents.

Chapitre 1 — État des lieux des connaissances scientifiques

L'objectif de ce chapitre est de questionner la place faite dans la littérature sociologique à l'étude de l'obésité, et plus particulièrement son lien avec les problématiques des inégalités sociales et de la stigmatisation.

La littérature sociologique dédiée à l'obésité étant relativement peu développée, l'objet de recherche doit être analysé en conséquence. Cette étude invite alors le chercheur à se positionner au carrefour de plusieurs autres thématiques : la sociologie de la santé et de la maladie, la sociologie de la corpulence, les *Fat studies*, la sociologie du corps et de l'alimentation, la sociologie de la famille, de l'adolescence, mais aussi la sociologie des politiques de santé publique. Ce chapitre est organisé selon une analyse par thématique pour montrer les différents apports de chacune.

Ce chapitre débute par un état des lieux de la littérature sociologique à l'égard de l'obésité, de la corpulence et des *Fat studies*, tout en portant une attention particulière aux thématiques de la stigmatisation, des inégalités sociales, de l'adolescence et de la parentalité (1.1). Les propos introductifs ont montré que l'obésité reposait sur une définition médicale, et qu'elle était considérée comme une maladie chronique nécessitant une prise en charge de type ETP :

> L'obésité est une maladie chronique dont le développement est fortement associé au mode de vie et donc au comportement de la personne dans son environnement. Ce sont là précisément les cibles de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui est considérée comme la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité dans le Plan obésité (PO). (Ziegler et *al*., 2014)

L'intérêt d'une étude portant sur le concept de « trajectoire » de maladie a également été démontré. Cela nous conduit à réaliser une deuxième partie qui vient distinguer d'un côté les travaux de recherche sur la gestion médicale et institutionnelle d'une maladie chronique, et de l'autre, sur la gestion familiale d'une maladie chronique (1.2). Pour clôturer ce chapitre, nous souhaitons montrer qu'il est important de s'ouvrir à la littérature sociologique de l'alimentation, du rapport au corps, et des normes toujours avec une lecture en termes d'inégalités et de stigmatisation (1.3).

1.1. Construction de l'obésité comme objet d'étude sociologique

Cette partie permet un état des lieux des travaux sociologiques qui abordent l'obésité. Quelques travaux clés qui se consacrent entièrement à la thématique de l'obésité seront tout d'abord énoncés, permettant de mettre en avant la socio-histoire tout autant que la sociologie. Il s'agira, ensuite, d'étudier la thématique de l'obésité à travers la sociologie de la corpulence, puis, à travers les travaux sociologiques qui mêlent à la thématique de l'obésité celle de la stigmatisation et celle des inégalités sociales, au centre de nos préoccupations scientifiques. Cet état de l'art sur l'obésité se clôturera par l'apport des *Fat studies*, puisqu'il s'agit des travaux les plus récents mais aussi ceux que cette recherche souhaite mettre en avant pour signifier son inscription dans la continuité de ces études et participer à développer cette approche dans la littérature sociologique française.

1.1.1. L'obésité au prisme de la sociologie et de l'histoire

1.1.1.1. Une sociologie de l'obésité naissante

L'ouvrage *Sociologie de l'obésité* de Poulain (2009) est incontournable pour incarner les travaux sociologiques français dédiés à l'obésité. Spécialisé dans les thématiques de l'alimentation, l'ambition de Poulain est de problématiser la question de l'obésité d'un point de vue sociologique et anthropologique. Trois approches sont mises en avant dans l'ouvrage qui désigne les différentes manières dont la sociologie peut aborder l'obésité. Il propose, dans un premier temps, une sociologie « de » l'obésité c'est-à-dire une réflexion sur ses déterminants sociaux. Cette « sociologie de l'obésité » se met en quelque sorte au service de l'épidémiologie en mobilisant les cadres théoriques et les outils des sciences humaines et sociales afin d'identifier les déterminants sociaux de l'obésité. Il recommande, dans un second temps, une sociologie « sur » l'obésité c'est-à-dire qu'il s'attache à décrypter la médicalisation de l'obésité et le développement de controverses scientifiques à son sujet, cela permet de retracer « le long processus qui a permis de faire reconnaître l'obésité comme un problème médical » (*ibid.* p.152). Cette « sociologie sur l'obésité » étudie dans une perspective historique la transformation du regard scientifique et social sur la corpulence et dans la perspective de la sociologie des sciences s'intéresse au fonctionnement des sciences de l'obésité (épidémiologie, nutrition, chirurgie, psychiatrie…). Il propose, dans un dernier temps, une sociologie de la connaissance sur l'obésité en exposant des éléments de réflexion pour contribuer à la mise en place de politiques de l'obésité. En partant du constat que les politiques de

lutte contre l'obésité n'ont pas marqué par leurs résultats probants, il envisage deux grilles de lecture qui s'opposent : la dénonciation de l'industrie agroalimentaire d'un côté et des comportements individuels jugés irresponsables de l'autre. Cette thèse montre notamment que si les professionnels du milieu médical développent, parfois, une réflexion critique à l'égard de l'industrie agroalimentaire, ils n'ont en revanche pas conscience de la responsabilisation individuelle qui incombe aux personnes en obésité. Nous verrons tout au long de la thèse comment, les politiques de santé publique et l'ETP peuvent participer dans une certaine mesure à renforcer cette « hyper responsabilisation » des comportements individuels. Cette recherche combine les différentes approches évoquées qui, selon nous, doivent s'imbriquer : une réflexion sur les déterminants sociaux de l'obésité et la construction médicale et politique de l'obésité. Le souhait d'être trop exhaustif est, parfois, reproché à l'ouvrage de Poulain, cela entraînerait un certain nombre des données présentées à être trop peu explicitées (Blatgé, 2010). Ce reproche de l'exhaustivité paraît presque insurmontable étant donné les nombreuses problématiques soulevées par la question de l'obésité. Bien que le sociologue ne puisse prétendre faire le tour de la question, cela méritait tout de même à juste titre un premier ouvrage sociologique dédié entièrement à cet objet d'étude. Ce reproche a l'avantage de soulever néanmoins la difficulté à laquelle l'objet d'étude confronte le chercheur qui veut l'investiguer.

1.1.1.2. Une histoire de l'obésité

La même année que la publication de l'ouvrage de Poulain (2009), c'est l'ouvrage *Trop gros ? L'obésité et ses représentations* dirigé par l'historienne Csergo (2009) qui marque la recherche sur l'obésité. Elle entend faire dialoguer sciences humaines et sociales, biologiques et médicales pour interroger la signification sociale et culturelle de la norme corporelle, de la mesure et de la tolérance dans un contexte où lesdits « risques » sanitaires liés à l'obésité sont devenus de vives préoccupations. La chercheuse dénonce notamment la médicalisation de la corpulence et la production de normes sujettes à des dérives hygiénistes et moralisatrices. La profondeur historique de cet ouvrage permet d'inscrire l'obésité dans le temps et de donner de la visibilité à l'élaboration de sa norme, mais aussi d'interpréter le degré de tolérance ou d'intolérance à l'égard de groupes sociaux et de communautés. L'ouvrage est néanmoins à mobiliser avec parcimonie en ce qui concerne sa contribution à la littérature sociologique, puisque parmi les auteurs y ayant contribué,

aucun n'est désigné sociologue[19]. Nous retenons particulièrement la contribution de Csergo elle-même, qui fait état de la médiatisation croissante de l'épidémie mondiale de l'obésité dans la presse française (*ibid.* pp.7-11) et celle de l'historien Vigarello (*ibid.* pp.123-135) qui depuis plusieurs décennies travaille sur le corps et dont les thématiques abordées au sein de l'ouvrage de Csergo feront l'année suivante l'objet d'un livre : *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité* (2010).

Les travaux socio-historiques de Vigarello sur l'obésité (2009, 2010) dressent une histoire de l'obésité du Moyen Âge à aujourd'hui et représentent une contribution importante pour nombres de sociologues qui s'intéressent à cet objet d'étude. Il faut d'ores et déjà préciser que malgré des différences de représentations autour du corps au fil de l'histoire, il existe toujours une frontière au-delà de laquelle la représentation de l'obésité se transforme et où la personne « grosse » devient celle qui ne respecte plus les règles, qui mange plus que sa part et qui est moralement condamnable (Fischler, 1990). Le travail de Vigarello (2010) montre comment la frontière entre « gros » et « obèse » et les représentations qui l'accompagnent se sont déplacées au fil des siècles. Nous distinguerons d'un côté les représentations portées à l'égard des personnes en « surpoids » et de l'autre, celles à destination des personnes en « obésité » afin que le lecteur puisse comprendre les différences. Ces termes sont des catégories médicales mais qui illustrent bien la distinction existante, notamment au sein des représentations. Le regard médiéval sur l'obésité évoque la gourmandise et la gloutonnerie. En revanche à cette époque avoir un « embonpoint » est associé à la force, au pouvoir, à l'abondance, à la santé. Dans des périodes où famine et disette sont courantes, avoir des rondeurs signifie avoir suffisamment de nourriture et être en bonne santé. À la Renaissance, époque qui valorise l'efficacité et l'activité, la personne en obésité est nommée « le balourd » et devient synonyme de lourdeur et de paresse. En ce qui concerne le surpoids, le regard change et se rapproche progressivement de celui de l'obésité, synonyme de lenteur, fainéantise et inintelligence. Les banquets énormes ne disparaissent pas à cette époque et, rappelant les famines ou la peste, le maigre fait toujours peur. Cependant, le surpoids est tout de même progressivement stigmatisé. Au XVIIIème siècle, à l'époque des Lumières, ce sont les représentations autour de l'impuissance et l'insensibilité qui dominent en ce qui concerne l'obésité. Le siècle des Lumières stigmatise fortement les excès de poids et des distinctions existent. Une première s'établit selon le

[19] Pour citer tous les contributeurs à l'ouvrage, nous retrouvons : Apfeldorfer G., désigné psychiatre et psychothérapeute, Basdevant A. est professeur de nutrition, Becker K. enseigne la littérature française, Brocard F. est cuisinier, gastronome et économiste, Christin O. est historien, Csergo J. est maitre de conférences en histoire contemporaine, Desbuissons F. est maitre de conférences en histoire de l'art contemporain, Franc M. est historien, Guichard-Anguis S. est géographe et japonologue, Le Paroles S. est maitre de conférences en histoire contemporaine et communication, Lévine J. est docteur en psychologie et psychanalyste, Martin L. est historien, Picq P. est maitre de conférences à la chaire de paléanthropologie et de préhistoire, Hambourg p. est historien, Vecchio S. est professeur d'histoire, Vigarello G. est historien, et Viltard H. a réalisé une thèse en histoire de l'art.

sexe : la grosseur chez la femme demeure inacceptable alors que celle de l'homme est plus tolérée. Une seconde est liée à la catégorie sociale : l'embonpoint masculin signifiant opulence financière alors que le pauvre en surpoids est considéré comme abusant de « nourritures grossières et dépréciées » (*ibid.* p.187). L'ambiguïté est à son comble. Début du XIXème une ambivalence est toujours latente entre le gros qui représente la force et qui peut séduire, et le gros qui suscite des moqueries et qui représente la faiblesse. À la fin du XIXème siècle et début du XXème, « la pression du gras a gagné en intensité » (*ibid.* p.217) et touche essentiellement les femmes. Vigarello montre que ce dernier siècle, les représentations péjoratives à l'égard des personnes en obésité sont marquées par leur caractère psychologique et plus intime : « ce malheur se dit plus aisément dans une société favorisant confession intime et psychologisation » (*ibid.* p.15). La personne est accusée de non-maîtrise, de défaillance du pouvoir sur soi, autrement dit de manque d'« *empowerment* ». Au fur et à mesure du XXème siècle, l'obsession du couple grosseur/minceur se démocratise, jusqu'à arriver à aujourd'hui où la prétendue « menace » est devenue collective et sanitaire, au point de parler d'épidémie mondiale de l'obésité et d'en faire un problème de santé publique. Les politiques publiques déclarent mener une « lutte » contre l'obésité, un « combat », voire une « guerre ». Ce que Vigarello met en avant, finalement, c'est que la dictature de l'apparence est ancienne, et qu'elle a toujours été liée au genre et à la classe sociale.

Il est important de distinguer « surpoids » et « obésité », car comme le montre Fischler (1990) et Vigarello (2010) les représentations à l'égard des corpulences varient différemment au fil des années, mais il y aurait depuis toujours un « seuil de tolérance de l'obésité » qui sépare son acceptation et sa valorisation de sa dévalorisation (Fischler, 1990, cité par Poulain, 2009, p.121). Même lorsque l'embonpoint est valorisé, les représentations sociales de l'obésité sont marquées par l'ambivalence. Si nous reprenons cette distinction dans l'écriture de la thèse, faite également par le milieu médical à travers l'IMC, ce n'est pas pour légitimer l'emploi de ces catégories médicales mais parce qu'il existe également dans les représentations de réelles différences. Le seuil socialement défini de l'obésité s'est abaissé et continue de s'abaisser au fil des années (Fischler, 1990). Cela nous amène à considérer *a minima* un certain nombre de travaux sociologiques qui portent plus généralement sur la corpulence. Il est important de mobiliser cette récente sociologie de la corpulence d'autant plus en sachant qu'aujourd'hui la « guerre »[20] contre l'obésité (voire la

[20] Pour reprendre les termes employés dans le courant des *Fat Studies* qui évoquent une certaine « *war against fat* » (Boero, 2012 ; Herndon, 2014).

guerre contre la personne en obésité) devient progressivement une guerre contre le surpoids participant à montrer l'évolution d'une certaine dictature de la minceur.

1.1.2. L'apport de la récente sociologie de la corpulence

La thèse du sociologue De Saint Pol (2008a) et son ouvrage (2010) intitulé *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids,* sont cruciaux dans l'apport à une certaine sociologie de la corpulence. Dans la même lignée, nous pouvons également citer la thèse de Carof (2015a) intitulée *Le « surpoids », un stigmate acceptable ? : représentations, discriminations et réappropriations des rondeurs féminines en France, en Allemagne et en Angleterre*.

La notion de « corpulence » dans les travaux de De Saint Pol englobe la question du « surpoids » et également celle de l'« obésité »[21]. La sociologie de la corpulence proposée par De Saint Pol (2008a, 2010) mobilise autant une sociologie du corps qu'une sociologie de l'obésité. Elle cherche à déterminer dans quelle mesure le mode de vie, les habitudes, les représentations façonnent la corpulence au cours de la vie mais aussi, si elle agit sur eux en retour. À cette définition il ajoute, et c'est là le cœur de son ouvrage, qu'à travers la sociologie de la corpulence, il cherche à comprendre les différences hommes-femmes dans ces mécanismes (2010, p.43). Il consacre en effet une partie entière sur quatre aux questions de genre (*ibid*. pp.129-191). Ajoutons à cela que la sociologie de la corpulence peut également prendre en compte d'autres inégalités et même intégrer la question des rapports sociaux, de sexe, de classe, de « race » et voire d'âge. L'avantage pour la sociologie de se centrer sur la corpulence c'est qu'elle soulève bien des enjeux : « s'il est bien un caractère corporel sur lequel s'exerce aujourd'hui la tyrannie des normes du beau et du sain, c'est bien la corpulence » (*ibid.* p.36). En effet, difficile pour un adulte de modifier sa taille, ou bien sa couleur de peau, en revanche toute une série de recommandations sont données pour moduler son poids. Cela amène le chercheur à s'interroger sur la diffusion et réception des normes en matière de corpulence, en complémentarité avec le concept de « représentation » central dans son approche. La corpulence est un objet d'attention permanente où de nombreuses stratégies sont mises en place pour se rapprocher du corps jugé « désirable » et « idéal ». Outre la considération pour la thématique du genre fortement marquée, l'auteur ne néglige pas non plus la question des inégalités sociales face au corps selon les milieux sociaux :

[21] Nous rappelons que cette distinction se base sur celle effectuée par le milieu médical en référence à l'IMC, nous ne l'utilisons pas pour témoigner d'une quelconque posture en faveur d'une définition médicale.

> « *Les inégalités sociales sont beaucoup plus grandes dans la population féminine. C'est le cas en particulier pour le diplôme, indicateur du niveau culturel de l'individu. Plus le niveau d'études est élevé, plus la corpulence est faible, et ce quel que soit le sexe. Mais l'écart entre les moins diplômés et les plus diplômés est beaucoup plus élevé pour les femmes que pour les hommes.* » (De Saint Pol, 2010, p.132)

L'auteur mêle finement les inégalités sociales de genre et de classe. Dans ses propos introductifs, il pose des questions que notre recherche soulève également : le discours médical sur la corpulence ne contribuerait-il pas à stigmatiser le corps des dominés ? Est-ce que la stigmatisation de l'obésité ne serait pas une stigmatisation de la pauvreté doublée d'une stigmatisation de genre ? (*ibid.* p.12) Cet ouvrage s'appuyant tant sur la sociologie du corps que de l'obésité et intégrant une focale sur les inégalités de classes sociales et de genre, est un ouvrage fondamental pour notre recherche.

Quelques années plus tard, les travaux de thèse de Carof (2015a) entendent poursuivre cette logique. Selon la sociologue, la catégorie médicale de « surpoids » est souvent amalgamée avec celle d'obésité, pour accentuer l'idée d'une épidémie des fortes corpulences. Cette catégorie paraît aussi confuse socialement qu'elle est controversée médicalement et représente donc un objet d'étude particulièrement intéressant pour analyser le passage social et médical entre des corpulences jugées « normales » et d'autres, catégorisées comme « inacceptables ». Ses recherches se sont intéressées plus particulièrement aux femmes en surpoids dans trois pays, la France, l'Allemagne et l'Angleterre. La sociologue rappelle alors que les corps désignés comme « trop gros » diffèrent selon le genre, l'origine socio-économique et culturelle, ainsi que selon le pays de résidence.

Ce que l'on constate, outre ces ouvrages spécialisés et « généralistes »[22] sur l'obésité et la corpulence présentés ci-dessus, c'est que cette thématique a fait l'objet de deux ensembles de travaux (Merlaud, 2014) et ce sont *via* ces deux thématiques que nous allons poursuivre et approfondir l'étude de la littérature sociologique sur l'obésité. La première, principalement issue d'articles anglo-saxons, s'est intéressée à l'influence des déterminants sociaux sur le développement de l'obésité. La seconde étudie l'influence de l'obésité sur les trajectoires sociales en faisant appel aux concepts de stigmatisation et de discrimination. C'est à travers cette thématique de la stigmatisation que nous allons poursuivre l'analyse. À ce stade de l'état de l'art, nous pouvons souligner que les ouvrages spécialisés sur la sociologie de l'obésité, ou de la corpulence, ce sont peu

[22] Ils sont « généralistes » dans le sens où ces ouvrages abordent en priorité la thématique de l'obésité et de la corpulence, sous différents angles, et représentent en quelques sortes des synthèses sur l'ensemble des réflexions sociologiques à cet égard.

intéressés à l'âge de l'adolescence. Nous débuterons par une présentation générale des travaux sociologiques autour du concept de stigmatisation avant de montrer l'intérêt de le mobiliser dans l'étude de l'obésité.

1.1.3. L'analyse de l'obésité à travers le concept de *stigmate*

1.1.3.1. Le processus de stigmatisation

Les travaux autour de la notion de déviance de Goffman (*Asiles*, 1961) et Becker (*Outsiders*, 1985 [1963]) permettent d'éclairer le concept de stigmatisation. La sociologie interactionniste de la déviance, tel que l'ont pratiquée ces deux chercheurs, a démontré que le caractère pathologique d'un comportement, loin d'être un obstacle, est une invitation au regard sociologique qui ne prétend pas ramener la pathologie à une cause sociale mais mettre entre parenthèses la distinction entre le normal et le pathologique pour identifier les processus par lesquels des comportements vont être identifiés comme déviants. C'est d'ailleurs ce à quoi s'attelle la sociologue M. Darmon (2008 [2003]) à travers sa recherche sur l'anorexie. Formulé par Goffman le concept de stigmatisation se définit comme « la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société » (Goffman 1975, p.7). C'est au cours d'interactions sociales que le label de déviant est attribué à un individu par d'autres individus, supposés « normaux ». Cette étiquette justifie alors une série de discriminations sociales, voire d'exclusions. La stigmatisation devient un véritable cercle vicieux qui tend à transformer les victimes en coupables. Cela amène à accepter et considérer comme « normaux » les traitements discriminatoires et les préjudices subis. Cela produit une dépréciation personnelle, qui débouche sur une altération de l'estime de soi et un renforcement de l'état déviant (Goffman, 1963). La Partie 3 et Partie 4 de la thèse éclaireront l'expérience des adolescents en obésité et ce sentiment d'être en dehors de la norme et disqualifié par les regards et les mots des autres, surtout de leurs pairs.

Dans la lignée de Goffman, cette recherche invite à considérer la stigmatisation comme un processus social relationnel, continu, c'est-à-dire qu'elle se construit par une succession d'interactions et de négociations. Le processus se construit au carrefour de trois types d'identités : l'« identité sociale », l'« identité personnelle » et l'« identité pour soi ». Un élément de l'« identité personnelle » (ce que l'on est de manière visible) vient bouleverser l'« identité sociale virtuelle » (le rôle que l'on était censé incarner aux yeux des autres), disqualifiant ainsi la personne en révélant

une « identité sociale réelle » dépréciée (ce que l'on devient alors réellement aux yeux des autres). Ce processus engendrant des conséquences dommageables pour l'« identité pour soi » (ce que l'on ressent de ce que l'on est) de la personne stigmatisée (Goffman 1975, pp.73-74, pp.127-128, cité par Vienne, 2004, pp.178-179). D'après l'article rédigé par Dubar (2020) au sein de l'édition électronique de l'*Encyclopædia universalis*, la stigmatisation au sens de Goffman revient à une forme de typification d'autrui qui est faite dans le but d'identifier la personne par un stigmate, qui éloigne l'individu de la norme. Il peut alors exister un décalage entre l'« identité attribuée par autrui » et l'« identité revendiquée par soi » pouvant entraîner de la souffrance chez la personne stigmatisée. Il s'en suit des stratégies de « gestion du stigmate », c'est-à-dire de l'étiquette posée sur elle : notamment « l'affrontement, la fuite, la négociation ou la résignation », qui sont des stratégies visibles au sein de nos constats empiriques dans le cas de la prise en charge de l'obésité et que nous développons dans les Partie 3 et Partie 4.

Dans la lignée des travaux de Goffman, un ouvrage récent vient approfondir ce concept (Héas & Dargère, 2014) en montrant les différentes manières de dire la stigmatisation. Cet ouvrage nous permet de nous appuyer sur une véritable analyse de la discrimination due à l'apparence. L'ouvrage est le fruit d'une articulation entre « des témoignages de personnes ayant vécu ou vivant toujours aujourd'hui des situations stigmatisantes et des analyses de ce processus et parfois de cette institutionnalisation du stigmate » (*ibid.* p.11). La gestion du stigmate peut prendre différentes formes et constitue ainsi une expérience plurielle et paradoxale : « attrait vs répulsion, activité vs sédentarité, colère vs résignation, exposition vs dissimulation de soi et/ou de son stigmate, expression vs silence, etc. » (*ibid.* p.13). Les travaux qui mêlent ce concept de stigmate à l'étude de l'obésité vont maintenant être approfondis.

1.1.3.2. L'étude de l'obésité à travers la focale de la stigmatisation

En ce qui concerne plus spécifiquement l'obésité, des travaux sociologiques majoritairement anglo-saxons ont permis un ancrage théorique en mobilisant le concept de Goffman (Cahnman, 1968, Allon, 1973 ; Tobias & Gordon, 1980 ; De Jong, 1980, Sobal, 1991a). Ces différents travaux montrent que la stigmatisation repose sur un système de représentations et de croyances qui font de l'obésité un reflet des qualités morales de la personne. Il existe un jugement moral de la personne, de ses pratiques, qui la condamne à être véritablement coupable de son excès de poids. L'existence d'attitudes négatives à l'égard des obèses peut également provenir de la part de personnel médical

ou paramédical à l'intérieur des institutions de santé (Sobal, 1995). Ces travaux montrent la perméabilité du milieu médical aux valeurs dominantes de la société comme l'idéal de minceur et l'influence déterminante de celles-ci sur les rôles professionnels des acteurs du système de santé. Comme l'avait déjà montré Goffman pour la maladie mentale, les membres de l'appareil médical peuvent assurer une fonction de « grands stigmatisateurs » (Goffman, 1963). L'idéologie médicale peut participer à la justification de l'étiquetage comme déviant et contribue à la dépréciation des personnes en obésité. Cahnman (1968) apporte une précision en ce qui concerne l'adolescent qui serait « triplement victime » : « premièrement parce qu'il est discriminé ; deuxièmement parce qu'il est incité à comprendre qu'il est le responsable de ce qui lui arrive et enfin parce qu'il en vient à accepter son traitement comme normal et juste » (Cahnman, 1968, cité par Poulain, 2009, p.114). Les enfants jouent un rôle de premier plan dans le phénomène de stigmatisation, étant donné qu'ils sont la première source de stigmatisation déclarée. Cramer et Steinwert (1998) ont montré que dès trois ans, les enfants manifestent des comportements de stigmatisation à l'égard des personnes en surpoids et en obésité, adultes comme enfants.

La littérature sociologique française peine à s'emparer de ces thématiques, en particulier à l'âge de l'adolescence. Les travaux de Poulain mettent au goût du jour cette notion de stigmate concernant les personnes en obésité et servent d'appui à notre recherche. Poulain (2009) formule un processus de stigmatisation qui se déroule en cinq étapes. Le label de déviant est, tout d'abord, attribué à la personne en obésité par d'autres individus au cours d'interactions sociales. Ensuite, la personne en obésité se retrouve réduite à son excès de poids, son stigmate, et toutes ses autres qualités sociales passant au second plan. Puis, l'étiquette rend possible et justifie certaines discriminations sociales. Enfin, la personne en obésité intériorise la dévalorisation de soi, et *in fine*, considère comme normal et justifie le sort qui lui est réservé (*ibid.* p111-112). Il explique notamment qu'en ce qui concerne les enfants, l'influence de la stigmatisation sur leurs trajectoires sociales est plus considérable que pour les adultes, car elle intervient au moment de la socialisation alimentaire, des apprentissages scolaires et de la construction de la personnalité, des rôles sociaux et sexuels (*ibid.* p.114). La dévalorisation de soi et la désocialisation qui accompagnent la stigmatisation pourraient donc avoir un impact sur l'échec scolaire et participer à impacter la socialisation alimentaire (*ibid.* p.114). La stigmatisation de l'obésité est notamment abordée par Poulain (2000) à travers la théorie du « cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité ». Cependant, il ne prend pas en compte l'âge de l'adolescence et c'est pour cela que lors du Chapitre 6, une relecture de son cercle vicieux sera proposée en y intégrant la variable de l'âge et celle de la classe sociale. Mobiliser une grille de

lecture en termes de cercle vicieux — « obésité, stigmatisation, dévalorisation de soi, pratiques alimentaires compensatoires et ainsi de suite » (Poulain, 2009) — apparaît totalement fécond pour notre recherche, d'autant plus que les parents, adolescents, tout autant que les professionnels évoquent, eux aussi, ce terme de « cercle vicieux ». L'article de Tibère et *al.* (2007) fait partie des rares recherches qualitatives qui traitent de la stigmatisation des adolescents en obésité. En travaillant à partir d'échanges d'adolescents en obésité sur un forum[23], les auteurs permettent d'éclairer la spécificité de l'adolescence et le vécu de la stigmatisation par ces jeunes, ainsi que les enjeux liés à l'école et au groupe de pairs, ces éléments étant plutôt absents de la littérature sociologique française.

En ce qui concerne l'étude de la stigmatisation de l'obésité sur la scène hospitalière, ce sont les travaux de Carof (2017), en France, qui permettent de souligner l'intérêt d'analyser les rapports sociaux au sein des interactions médecins-patients. Carof n'aborde pas l'âge de l'adolescence, mais nous permet de distinguer les actes de stigmatisation des actes de discrimination. Les actes de stigmatisation se révèlent sur la scène médicale par des moqueries, des remarques négatives, des insultes ou par des gestes d'évitement, de peur ou des regards critiques. Les discriminations se manifestent, quant à elles, directement par des refus de soin, ou indirectement par l'utilisation d'objets inadaptés à la corpulence des patients. Il nous faut prendre de la distance face à ces travaux qui n'ont pas lieu sur la scène spécialisée de la prise en charge de l'obésité contrairement à notre recherche où la discrimination à l'égard du corps semble plus épisodique sur la scène de l'ETP et la stigmatisation se manifeste de manière moins visible que celle décrite par Carof ou recouvre du moins une autre logique qui sera approfondie dans la Partie 4 de la thèse. Ses travaux permettent également de penser notre recherche en termes de rapports sociaux croisés. Selon Carof (2017), ces actes de discrimination ou stigmatisation dépendent non seulement des spécialités des soignants, mais aussi des caractéristiques des patients : les plus corpulents et les plus défavorisés seraient ainsi les plus stigmatisés et cela est encore plus visible lorsqu'il s'agit de femmes. Sachant qu'il existe une corrélation entre l'obésité et le niveau d'éducation ou la position sociale chez les femmes dans les pays développés, cette stigmatisation des fortes corpulences sous-tend alors une forme de paternalisme médical, plus prégnant envers les milieux populaires et les femmes (*ibid.* p.14). Cela se traduit par exemple par le fait que les personnes de milieu défavorisé sont plus régulièrement accusées de ne pas savoir manger sainement, de mal nourrir leurs enfants et de ne pas prendre soin

[23] du site Internet obésité.com

de leur santé (*ibid.*). Si lors de notre terrain d'enquête les soignants qui se sont spécialisés dans la prise en charge de l'obésité se revendiquent plus attentifs aux questions de stigmatisation et discrimination, cela n'empêche pas certaines formes de stigmatisation d'apparaître comme, en effet, celles à l'égard des pratiques alimentaires ou encore de l'éducation parentale. Encore plus récemment, Carof (2019) évoque la stigmatisation et discrimination vécue par les adultes en obésité dans leur quotidien et non uniquement sur la scène médicale. Elle analyse le « sentiment de stigmatisation et de discrimination » que vivent les femmes en surpoids et en obésité dans toutes les sphères de leur vie quotidienne. Elle dépeint différents degrés de stigmatisations, des moins agressifs — sous la forme de conseils bienveillants ou de gestes d'évitement — aux plus violents — sous la forme d'agressions verbales ou de harcèlement moral. Les personnes obèses, les femmes, les personnes défavorisées ou les plus jeunes se disent, à nouveau, les plus souvent stigmatisées. Finalement, les travaux de Carof montrent bien que la stigmatisation des personnes en obésité peut avoir différentes formes et différents degrés, il ne s'agit pas uniquement d'agressions verbales à l'égard du corps. Ce constat servira de socle à l'analyse de nos résultats.

Notre travail de thèse s'appuiera donc principalement sur cet ensemble de travaux (Poulain, 2000, 2009 ; Tibère et *al.*, 2007 ; Carof, 2017, 2019) pour tenter de combler ce manque de données empiriques en ce qui concerne les adolescents en obésité et apporter un éclairage à ce sujet encore trop peu travaillé en France.

Ces situations sont à rapprocher des stigmatisations et discriminations liées à l'apparence physique de manière plus générale, à travers notamment le travail d'Amadieu (2002). Son ouvrage au titre significatif *Le poids des apparences. Beauté, amour et gloire* explique les relations entre l'apparence physique, la vie sentimentale et sexuelle et la vie professionnelle des individus. Il cherche à montrer comment le poids des apparences surdétermine nos choix et décisions. Son ouvrage a l'intérêt de rappeler qu'en France, bien que la vie quotidienne fournisse toutes sortes de preuves de l'importance du paraître, nous persistons à ne pas vouloir l'admettre et trop peu d'études sociologiques s'y attardent, comme si le sujet était tabou (*ibid*. pp.9-11). Pourtant dans les années 1970 Bourdieu signalait déjà que l'apparence physique constituait un des ingrédients de la reproduction sociale. L'ouvrage d'Amadieu (2002) s'attache donc à montrer comment l'apparence physique peut constituer l'une des discriminations sociales les plus obscures qu'il ne faut ni ignorer

ni minimiser. Dans une interview[24], quelques années plus tard, Amadieu (2019) fait le lien entre ses travaux et la grossophobie. La grossophobie est un angle mort de la recherche et des politiques publiques, selon lui, car c'est avant tout une question sociale. Il témoigne du fait que cela se reflète dans les statistiques publiques, nationales, qui mettent peu en avant la discrimination à l'égard du physique et donc entretiennent l'ignorance de la grossophobie. Le sociologue fait le parallèle entre l'ignorance faite envers les discriminations sur les personnes en obésité et les discriminations liées à l'origine sociale. Ce que le sociologue énonce et que notre travail de thèse souhaite valoriser, c'est que la stigmatisation des personnes en obésité ne choque pas, elle semble socialement plus acceptable que les autres formes de discrimination, comme la couleur de peau ou l'orientation sexuelle par exemple. Les combats sont très récents sur l'obésité comme le montre le courant des *Fat studies* venu des États-Unis. Il y a eu une prise de conscience, notamment à l'égard des femmes, victimes de discrimination sur leur poids mais la question des classes sociales reste encore souvent ignorée selon Amadieu, voire tabou. Il explique qu'il a fallu d'autres leviers que la classe sociale pour mobiliser les individus sur la question de l'obésité, comme celle du genre. Si l'obésité est mise à l'agenda ces derniers temps, c'est parce qu'il y a un lien avec les questions de genre. Cela rejoint la réflexion faite par Pfefferkorn (2007) qui montre que dans la recherche nous sommes passés d'une logique de classe sociale à une logique sur les inégalités, et qu'au même moment où la question des classes sociales diminuait, c'est la question du genre qui faisait surface. L'émergence de la catégorie de genre s'est faite comme analyseur majeur des inégalités sociales. Ces différents travaux nous invitent à faire une sociologie qui articule différents rapports sociaux dans l'analyse de la structure sociale. Ils nous invitent à mêler non seulement plusieurs inégalités et rapports sociaux, notamment de classe et de sexe (la « race » étant moins analysés dans notre recherche), mais aussi la question de la stigmatisation de l'apparence physique, particulièrement le poids, l'obésité.

Cela nous permet de faire la transition sur la question des inégalités sociales et du lien entretenu avec l'obésité dans la recherche. Nous souhaitons qu'à la fin de cette première partie, le lecteur saisisse l'intérêt d'une étude sociologique sur l'obésité qui intègre la notion de consubstantialité, d'inégalités, de rapports sociaux et de stigmatisation.

[24] Les propos du sociologue Amadieu lors de cette émission (2019) ont fait l'objet de transcription de notre part pour alimenter la question de la stigmatisation, de l'obésité , de la grossophobie et l'intérêt de penser la recherche en croisant différents rapports sociaux.

1.1.4. L'analyse de l'obésité à travers la focale des inégalités sociales

La question spécifique du rapport entre corpulence, obésité et position sociale a fait l'objet de plusieurs études sociologiques et épidémiologiques anglo-saxonnes à partir des années 1990 (Sobal & Stunkard, 1989 ; Sobal, 1991b, 2001 ; McLaren 2007). Ces travaux s'attachent à montrer l'influence des déterminants sociaux sur le développement de l'obésité et proposent un modèle pour tenter d'expliquer l'action de trois grandes variables socio-économiques considérées comme pertinentes : le niveau d'éducation, les revenus et les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS). Dans les années 2000, la France s'empare de cette question (Poulain, 2000, 2009 ; Régnier, 2005 ; de Saint Pol, 2007, 2008b, 2010, 2013). Poulain (2000) consacre un chapitre aux « dimensions sociales de l'obésité » dans un ouvrage édité par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) avant d'aborder la question dans son ouvrage dédié à la *Sociologie de l'obésité* (2009). On peut également noter l'article de Régnier (2005)[25] qui vient souligner les inégalités sociales en termes de classes sociales et de genre à travers une comparaison entre la France et les États-Unis. De Saint Pol marque la recherche en sociologie de l'obésité grâce à son travail de thèse (2008a), son premier ouvrage sur la corpulence (2010) et ses nombreuses recherches à ce sujet, plutôt quantitatives (2007 ; 2008b) comme Régnier (2005). En 2007[26], De Saint Pol publie un article dans *Insee Première*, qui met en avant le fait qu'en France, il existe des différences dans la répartition de l'obésité selon les zones géographiques, les catégories socioprofessionnelles et les sexes. D'autres travaux de De Saint Pol viendront au fil des années confirmer et préciser ses données : en 2008b il publie un article dans la revue *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (BEH) qui soulève qu'au-delà d'être inégalement répartie, l'obésité continue de s'accroître sur l'ensemble du territoire et que les disparités entre catégories socioprofessionnelles se creusent.

La revue *Actes de la recherche en sciences sociales* consacre un numéro à cette question, « Le poids des corps » (2015), dans lequel quelques auteurs insistent sur le lien entre inégalités, classes sociales, genre et obésité (Pestaña 2015 ; Vandebroeck 2015 ; Martin-Criado, 2015). Le sociologue espagnol Martin-Criado s'intéresse par exemple aux femmes, mères de classes populaires, se situant dans un « double jeu de tensions ». Elles sont prises entre le modèle traditionnel de bonne mère qui

[25] L'article se base sur six enquêtes représentatives de la population, incluant le poids et la taille des individus : pour la France, les enquêtes de l'INSEE Santé et soins médicaux de 1970 et de 1990 et l'Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV) de 2001; pour les Etats-Unis, les National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) américaines de 1970, de 1990 et de 2000 (n=9965).

[26] Les données utilisées dans cet article sont issues des trois dernières « Enquêtes sur la santé et les soins médicaux » de l'Insee, réalisées en 1980-1981, 1991-1992 et 2002-2003.

encourage la soumission de la mère à la famille et un nouveau modèle légitime, plus égalitaire dans les relations de genre, qui élargit les possibilités de soin de soi de la mère. Les travaux de Vandebroeck au sein de cette même revue, apportent un éclairage indispensable à notre recherche en montrant qu'il existe une dévalorisation symbolique non seulement de la corpulence mais aussi du style de vie qui la produit :

> Pour ceux qui occupent les positions les plus précaires de l'espace social, le corps apparaît de plus en plus comme le lieu de l'une des plus pernicieuses formes de dépossession culturelle. Une dépossession, à la fois technique et symbolique, qui conduit les agents dominés à rompre la solidarité avec leur propre corps. Elle est symbolique, en ce sens qu'elle s'accompagne d'une dévaluation des principes qui régissent la perception et la gestion populaires du corps tout en imposant les schèmes dominants de l'aperception du corps. Elle est technique, en ce qu'elle disqualifie les techniques, instruments et savoir-faire pratiques utilisés par les agents dominés pour prendre soin de leur corps tout en créant de nouvelles formes de dépendance à l'égard de produits et services proposés par divers "experts" et "spécialistes" du champ de la présentation et de la représentation symboliques. (Vandebroeck, 2015, p.38)

C'est en ce sens que se construit la réflexion de la Partie 4 de la thèse. Il posera également une attention particulière au concept de « violence symbolique » faisant référence à Bourdieu, et mobilisé par Vandebroeck, pour signifier les différentes initiatives médicales, politiques, qui ont pour but de « lutter » contre l'obésité, mais qui viennent ajouter leur propre « force symbolique » à la stigmatisation morale des plus démunis :

> En plus de véhiculer un langage qui contribue à dissimuler les catégories de pathologie morale derrière le discours apparemment plus anodin de la pathologie médicale, les campagnes de santé publique modèlent aussi, plus indirectement, la perception du corps illégitime […] où ceux qui "refusent" visiblement et ouvertement de tenir compte des avertissements officiels donnent des preuves supplémentaires de leur ignorance et de leur irresponsabilité. (Vandebroeck, 2015, p.39)

L'étude sociologique de l'obésité et plus particulièrement la question de l'emprise du social sur le biologique, est peu développée en sciences sociales (Vandebroeck, 2015). Alors même que désormais le corps fait l'objet de nombreux travaux, il est remarquable que la manière par laquelle il est matériellement affecté par le social demeure peu étudiée par la sociologie (Schotté, 2016). En France, contrairement au courant des *Fat studies* aux États-Unis, les travaux critiques au sujet de la « grosseur » sont rares, comme le souligne Rousseau (2019). Les études qualitatives sociologiques françaises sur l'obésité peinent à voir le jour. Ce travail de recherche l veille ainsi à participer à

développer les travaux français sur la sociologie de l'obésité, par la focale des inégalités sociales, plus précisément des rapports sociaux notamment de classe et de sexe, en s'inspirant de ce courant des *Fat studies*. L'objectif est de donner de la visibilité à ces travaux, même si des nuances sont à apporter puisque les contextes portés par ces zones géographiques sont différents. Nous décidons maintenant d'approfondir les recherches réalisées dans le domaine de l'obésité en étudiant un courant récent qui prend son essor aux États-Unis : les *Fat studies*.

1.1.5. L'Apport du courant des *Fat studies* pour éclairer la sociologie de l'obésité en France

Le courant des *Fat studies* prend son essor aux États-Unis depuis une petite dizaine d'années et mêle savoirs militants et connaissances universitaires. Il fait de l'obésité une nouvelle variable permettant d'analyser à la fois les discours, les pratiques et l'organisation sociale sous un angle sociologique novateur. Ce courant se réclame interdisciplinaire et intersectionnel et entend dénoncer principalement la discrimination envers les personnes « *fat* »[27] notamment en rendant davantage visible leurs expériences et vécus.

En France, nous sommes face à un déficit de traduction des travaux de recherche du courant des *Fat studies* (FS) et il est par conséquent peu visible et peu étudié. Dans la littérature sociologique française, nous pouvons simplement citer l'article récent de Rousseau (2019) sur lequel nous allons nous appuyer pour éclairer « l'institutionnalisation » des FS. Notons aussi le travail de Rail (2014) une chercheuse francophone au Québec spécialisée dans le féminisme, qui revendique l'utilisation des termes « corps gros » et « grosseur » dans la lignée des FS. Nos propos s'appuieront également sur des traductions personnelles de lectures anglo-saxonnes : *The Fat Studies Reader* (Rothblum & Solovay, 2009) ; *What's Wrong with Fat ?* (Saguy, 2013) ; *Fat kids, Fat studies* (Boero & Thomas, 2016).

[27] Le mot « *fat* » est utilisé dans cette partie pour souligner le choix fait par les « membres » des *Fat Studies* de marquer leur opposition aux catégories médicales qui utilisent le terme « obésité » déjà, et afin de participer à légitimer l'emploi de ce terme comme n'étant pas un « gros mot » à connotations péjoratives.

L'année 2006 est celle ayant marqué un tournant dans le développement de ce courant aux États-Unis où pour la première fois trois conférences[28] sont dédiées au courant des *Fat studies* (Rousseau, 2019, p.4). En 2009, est publié le premier ouvrage dédié entièrement à ce courant de recherche dirigé par Rothblum et Solovay (2009). En 2012 se met en place un journal des FS qui s'intitule *Interdisciplinary Journal of body weight and society*, et assure alors définitivement la visibilité de ce champ en construction. Notre recherche mobilisera plus particulièrement un de ses articles, celui de Boero et Thomas (2016), qui s'attelle aux jeunes en obésité, ce qui finalement reste minoritaire même dans les FS.

Il faut souligner dès à présent la proximité entre les FS et les enjeux féministes dans le sens où les personnes corpulentes qui font état de discriminations sont majoritairement des femmes. Le travail de la sociologue Rousseau montre bien que les FS se sont grandement inspirées du *fat activisme movement* (FAM), né dans les années 60 aux États-Unis. L'essor du FAM s'étant fait au même moment que les mouvements civiques LGBT, féministes, *black power*, cela participe à expliquer les solidarités existantes entre ces mouvements (2019, p.15). Ce constat rejoint le discours d'Amadieu (2019) qui fait l'hypothèse que la thématique de la grossophobie a été rendue visible notamment grâce aux mouvements féministes et donc à la question du genre. Parmi les organisations nationales les plus importantes aux États-Unis, qui mobilisent les FS et prônent l'acceptation de la santé à tous les niveaux, on peut citer principalement la *National Association to Advance Fat Acceptance* (NAAFA) et *The Association for size Diversity and Health*. En France, une initiative similaire voit le jour en 1989, lorsqu'est créée l'association *Allegro Fortissimo*[29]. Le vocabulaire utilisé par la FAM autour du poids, de la santé et des normes, a alors grandement contribué à inspirer l'émergence de la recherche sous la bannière des FS il y a à peine dix ans (*ibid.* p.19)

Notre recherche souhaite, dans la lignée de Rail (2014) ou Rousseau (2019), participer à décentrer les FS des États-Unis pour offrir une représentation élargie de l'expérience des personnes « *fat* », et enrichir la sociologie française consacrée à l'obésité. Il est évident que les contextes sont différents entre la France et les États-Unis, mais des similitudes doivent être montrées et permettre à de

[28] Pour citer ces trois conférences, il s'agit de la conférence « Fat and the Academy » organisée par les étudiants de *Smith College*, la plus grande université féminine des États-Unis, qui se focalise sur l'expérience de la « grosseur » pour les étudiants, professeurs, et le personnel de l'université. Aussi, deux associations, *The Popular Culture Association* et *The American Culture Association*, se joignent pour réaliser une conférence sur le courant des *Fat Studies*. Et enfin, *The Association for Size Diversity and Health* organise une conférence qui vise à promouvoir le concept et à échanger autour de la santé à chaque taille (HAES).

[29] Association créée par la comédienne Anne Zamberlan, figure emblématique de la *size acceptance*, mouvement qu'elle contribue à lancer en France.

nouvelles réflexions de voir le jour. Dès maintenant, nous devons alors préciser que si nous employons le terme « obésité » tout au long de la thèse, en dehors de cette partie, ce n'est absolument pas pour signifier notre position face à cette typification, mais davantage pour souligner la localisation de notre travail de terrain, à savoir, principalement le milieu médical (plus spécifiquement, l'ETP). Nous ne manquerons pas de confronter les représentations des professionnels, parents et adolescents par la suite au sujet de l'utilisation du terme « obésité » et les enjeux que cela soulève, notamment à travers le Chapitre 7.

En ce qui concerne l'ouvrage fondamental dédié aux FS de Rothblum et Solovay (2009), nous nous sommes focalisée principalement sur la partie consacrée au lien entre grosseur (« *fatness* ») et inégalités sociales, ou stigmatisation, incluant les enfants, les adolescents, la question du genre, de la classe sociale et de la « race » (*ibid*. p.111). Cela nous a conduit à l'article de Boero (2009, pp. 113-119) et donc au concept de *mother blame*. Le fait de blâmer la mère en ce qui concerne des phénomènes sociaux, comme le poids des enfants, n'est pas nouveau et a longtemps concerné divers autres phénomènes selon Boero : la criminalité, l'homosexualité, l'autisme, etc. (*ibid.* p.114). Cela semble, en revanche, s'être particulièrement accentué ces cinquante dernières années. Le fait de pointer du doigt les mères pourrait être étroitement lié aux changements des rôles sociaux des femmes dans la société selon l'auteure. Au sein de nos sociétés, les représentations sont, en effet, parsemées de références aux « mauvaises mères » : la mère adolescente, la mère qui travaille trop, les mères célibataires, etc. Les médias, aux États-Unis, s'emparent de la montée de l'obésité infantile associée à la montée du travail parmi les femmes pour établir un lien. Les enfants seraient alors plus facilement seuls à la maison en rentrant de l'école, plus facilement passifs, devant la télévision, à grignoter et à ne pas manger de « vrais » repas, à cause des mères qui se sont mises à travailler. Les femmes enceintes sont également particulièrement ciblées concernant la responsabilité de l'obésité de leurs enfants. On leur conseille de perdre du poids avant d'être enceintes pour des raisons de santé pour le fœtus. Cela se retrouve également en France, sur notre terrain d'enquête, si l'on s'appuie sur les différents témoignages des mères interrogées. À titre d'exemple, Léna, âgée d'une trentaine d'années, en obésité, relate par exemple une interaction avec une nutritionniste durant sa grossesse où cette dernière lui conseille d'avorter :

> *Un jour le nutritionniste m'a dit : "j'ai lu dans votre dossier que vous étiez enceinte et quand les femmes obèses sont enceintes elles prennent énormément de kilos et les perdent difficilement, moi je vous propose une interruption volontaire de grossesse (IVG) pour d'abord perdre du poids, ça serait plus prudent". Ce qui*

> *m'a beaucoup touché c'est qu'il ne m'a pas demandé comment j'allais pouvoir réagir face à l'avortement, si j'avais eu des difficultés à tomber enceinte ou non, je dirais qu'il ne m'a pas vu comme une personne mais le pire c'est qu'il m'a menti, en me disant que toutes les femmes obèses prenaient du poids, moi j'ai à peine pris du poids durant mes deux grossesses, trois kilos. Alors, pourquoi les médecins nous mentent ? pour nous faire "prendre conscience ?" nous faire culpabiliser ?* (Journal de terrain, observations, « conférence gesticulée » de Léna, Lille, décembre 2018).

En Amérique la presse n'hésite pas à parler de « *maternal blindness* » pour désigner le fait que les mères ne voient pas l'obésité de leurs enfants et donc les mettent non seulement eux-mêmes en danger, mais aussi le reste de la population. Cela impose un fardeau de responsabilité sur les épaules de chaque parent. Ils sont jugés laxistes et trop indulgents avec la nourriture de leurs enfants ou au contraire trop restrictifs. Nous approfondirons en Chapitre 8 cette question à travers l'analyse fine de la mise en visibilité du concept de *mother blame* au sein de notre enquête. Selon Boero, le concept de *mother blame* pointe donc du doigt le fait que l'obésité est moins un problème de santé publique qu'une anxiété liée au changement du rôle de la femme dans la société et au changement de composition raciale et ethnique de la population aux États-Unis. En effet les Hispano-américains et Afro-Américains font l'objet de programme spécifique à destination des enfants en obésité afin d'« éduquer » les mères et montrer leur responsabilité. Cette manière de blâmer les mères a pour conséquence d'éloigner l'attention des réelles problématiques sociales, inégalités structurelles (emploi, éducation, sécurité sociale) qui touchent majoritairement les femmes et minorités.

L'article de Weinstock et Krehbiel (2009, pp.120-126), qui suit celui de Boero ci-dessus évoqué, se focalise sur les moqueries (« *teasing* ») en ce qui concerne les jeunes. Les auteures mettent en avant la rareté des recherches à ce sujet (*ibid*. p.121). Notre recherche entend participer à développer cela grâce à un travail qualitatif qui met à jour l'expérience des jeunes en obésité sur la scène scolaire, notamment à travers le Chapitre 6. Cet article se base sur une enquête qu'il nous paraît important de souligner tant elle est rare : une étude sur la prévalence des moqueries chez les enfants selon leur poids, de Hayden-Wade et *al*. (2005). Elle met en avant le nombre important de moqueries portées envers les jeunes en surpoids et obésité : 78 % contre 37 % pour les autres. Les moqueries ciblent davantage leur poids que pour les autres jeunes, plus souvent, plus longtemps et sont plus dérangeantes (« *upset* »). Les recherches à ce sujet, intitulées *bullying research*, montrent que les enfants qui subissent des moqueries sont plus sujets à être anxieux, timides, malheureux, à avoir une mauvaise estime d'eux et à s'autovictimiser, que l'on peut traduire plus exactement comme le fait

de se sentir coupable (Bollmer, Milich, Harris et Maras, 2005 cités par Weinstock et Krehbiel, 2009, p.123)

Enfin, nous mobilisons les travaux de Saguy (2013) qui présente une contribution importante aux FS, à la croisée de la sociologie, des études de genre, de la science politique et de la santé publique. Sans nier l'importance des déterminants sociaux de la corpulence, Saguy s'intéresse plus spécifiquement aux différents cadres de perceptions, d'interprétations et d'actions qui structurent les définitions du corps « gros » aux États-Unis. Son objectif est de décrire le positionnement, le contenu et les conséquences de ces différents registres de discours, ainsi que leurs effets, tant politiques, médiatiques, que personnels. Carof (2014) émet néanmoins une critique sur ses travaux qui ne mettent pas assez en avant les représentations des individus concernés : il manque l'étude de leurs pratiques quotidiennes et la manière dont les individus en surcharge pondérale peuvent ajuster, subvertir ou critiquer ces normes corporelles dominantes. Cette thèse vient ainsi participer à combler un domaine de recherche énoncé comme peu étudié et souvent pointé du doigt ces dernières années dans la littérature sociologique française comme anglo-saxonne. Il s'agit de réaliser un travail de recherche qualitatif sur les personnes en obésité pour mettre en avant leurs pratiques, représentations, expériences et vécus, en confrontation avec les normes médicales.

Enfin, très récemment un numéro de la revue *Interdisciplinary Journal of body weight and society* dirigé par Boero et Thomas (2016), est entièrement dédié à l'étude des jeunes en obésité au sein des FS. Cette revue marque un tournant dans les FS sur l'intérêt grandissant qui doit être porté aux enfants et adolescents en obésité. En effet, l'enfance est trop peu étudiée au sein des FS, tant dans les études théoriques que sur le terrain des FS. Seulement trois articles ont été consacrés aux enfants avant cette revue depuis l'existence de ce journal des *Fat studies* en 2012. Cette revue sert donc de base de données sur cette thématique à notre thèse. L'attention portée sur les enfants dans les *fat studies* reste faible selon Boero et Thomas : Les travaux s'appuient généralement sur la parentalité et particulièrement les mères, les femmes enceintes et les politiques sociales de l'enfance (2016, p. 92). Le premier article de la revue (McPhail, Bombak, Ward, Allison, 2016) examine la manière dont les femmes enceintes en obésité sont considérées comme « à risques », non seulement pour leur enfant, mais aussi plus largement pour la société. Les auteures considèrent que les efforts biomédicaux pour décourager, prévenir et contrôler les naissances chez les femmes grosses sont un exemple de « nouvel eugénisme ». Le second article de Quirke (2016) détaille la manière dont les conseils parentaux actuels dépeignent l'obésité comme un risque pour la santé de tous les enfants et

préconisent une forme de parentalité à la fois sexuée et classée. L'article de Mason (2016) qui étudie un programme à destination des enfants en obésité et leurs mères de classe sociale et « race » marginalisées, indique à nouveau l'intersection de « race », de classe, de sexe et de la corpulence dans le monde des conseils parentaux. Le quatrième article de Dame-Griff (2016) revient sur les problèmes de maternité et d'enfants en obésité grâce à un examen de l'intersection de la rhétorique anti-immigrée, anti-latino et la rhétorique anti-obésité dans la campagne *Let's Move* de Michelle Obama. À nouveau, les rapports sociaux de classe, genre et « race » sont soulevés. Les deux derniers articles, moins centrés sur notre problématique de thèse, étudient les représentations à l'égard des adolescents et enfants en obésité dans la culture populaire à travers différents médias.

La revue met en avant différents travaux des FS qui questionnent l'épidémie mondiale de l'obésité infantile perçue comme une crise (« *crisis of childhood obesity epidemic* »). En effet, même les recherches sur la stigmatisation liée au poids de l'enfant continuent à mettre en avant l'urgence qui entoure l'obésité infantile (Goldberg & Puhl 2013, cité par Boero & Thomas, 2016). Cela nous invite à la prudence dans les termes que nous emploierons dans cette thèse. L'obésité infantile est un pilier des discussions de la santé publique, de la production alimentaire, de l'éducation et de la pauvreté (Boero & Thomas, 2016, p.91). La revue évoque les productions scientifiques sur la thématique de l'obésité infantile, en dehors du journal, qui ne sont également pas nombreuses et plutôt récentes comme les travaux de recherche de Herndon (2014) et Weinstein (2014). L'ouvrage de Herndon intitulé *Fat blame : How the war on obesity victimizes women and children* (2014) est massivement cité par les auteures. Ce livre revendique l'idée selon laquelle les politiques aux États-Unis seraient en guerre contre l'obésité (« *War on obesity* »[30]) au vu des différentes mesures prises et recommandations faites. Cette guerre ciblerait davantage les mères, les enfants et davantage encore ceux déjà marginalisés par la classe sociale et la « race ». Herndon s'intéresse alors à la façon dont les femmes et les enfants sont blâmés pour leur obésité et aux façons dont les interventions visant à prévenir l'obésité sont problématiques en soi. Elle démontre alors que comme en ce qui concerne les pratiques entourant le corps et la santé, les personnes sont souvent simultanément blâmées et responsabilisées par le biais de politiques et d'interventions. Le deuxième

[30] Ce terme de « *war on obesity* » est utilisé par Herndon pour une raison particulière. Elle raconte qu'une jeune fille mexicaine américaine de quatre ans a été éloignée de ses parents parce qu'elle était obèse et qu'elle avait des problèmes de santé liés à son poids. Une telle mesure, autrefois considérée comme extrême, est devenue un moyen de résoudre un « problème » considéré comme de la maltraitance. Et pourtant, selon Herndon, malgré toute la prétendue préoccupation pour le bien-être de ces enfants, il est peu ou pas question des conséquences psychologiques du retrait des enfants de leur famille. Ce sont tout simplement les dernières victimes de la guerre contre l'obésité - une guerre déclarée contre une «maladie» mais menée, affirme Herndon dans ce livre, selon des lignes culturelles. Nous retrouverons également lors de nos observations sur la scène médicale spécialisée de la prise en charge de l'obésité des adolescents, des jeunes étant présents suite à une décision du juge des enfants à l'encontre de la famille.

ouvrage massivement cité, publié la même année et qui traite également en profondeur de la question des jeunes est celui de Weinstein intitulé *Fat kids : Truth and consequences* (2014) examinant l'expérience des jeunes comme étant puissamment liée aux problèmes de stigmatisation et des politiques, notamment à la « guerre » menée contre l'obésité aux États-Unis. Dans la même lignée, deux ans plus tôt, c'est l'ouvrage de Boero (2012) qui se retrouve grandement évoqué dans la revue même si ce dernier n'est pas focalisé sur les jeunes. Boero y examine comment et pourquoi l'obésité est devenue un problème de santé publique majeur, une obsession nationale ces dernières années, à l'image des décideurs qui rédigent une série de politiques et provoquent « *a war against fat* » (*ibid*.). Enfin, l'article fondamental de Cooper (2010) est également mobilisé par la revue à différentes reprises au côté de l'ouvrage de Rothblum et Solovay (2009) qui permettent de réaliser un historique des FS. Cooper montre que les FS permettent de reconsidérer l'obésité, où ce n'est pas le corps obèse qui est en cause mais la production culturelle de la grossophobie (« *fatphobia* »). Cet article démontre que les études sur l'obésité offrent de nouvelles possibilités aux sociologues d'utiliser les discours autour de l'obésité comme moyen pour analyser la production des normes dans la société et leurs conséquences. C'est d'ailleurs en ce sens que notre thèse mobilise une analyse autour du « parcours des normes ».

Peu de travaux sociologiques en France analysent la question de la stigmatisation et des inégalités sociales en adoptant une démarche de recherche qualitative. Cette première partie de Chapitre 1 invite à reconnaître l'intérêt de s'inspirer des *Fat studies* pour explorer davantage la question de l'emprise du social sur le biologique. Sur le modèle des *Fat Studies* notre recherche souhaite prendre en compte la corpulence comme une nouvelle variable permettant d'analyser à la fois les discours, les pratiques et l'organisation sociale sous un angle sociologique novateur. L'objectif de cette thèse est de combler ce vide dans la recherche, énoncé par différents chercheurs (Carof, 2014 ; Vandebroeck, 2015 ; Schotté, 2016), en interrogeant le cas français, plus précisément celui du Nord et du Pas-de-Calais, en tant que zone géographique la plus touchée par l'obésité et zone géographique qui présente un état sanitaire et social dégradé comparativement au reste de la France métropolitaine. Nous souhaitons éclairer les processus et mécanismes liés aux inégalités sociales et à la stigmatisation par le biais d'une approche qualitative. Pour cela, il nous semble pertinent de réaliser une recherche en termes de « trajectoire » de maladie, qui prendrait place principalement sur la scène médicale spécialisée de l'accompagnement thérapeutique d'adolescents en obésité, afin de croiser différents mondes sociaux — familial et médical — et de donner de la visibilité à l'imbrication de leurs interactions sociales et rapports sociaux.

À travers l'ensemble de ces travaux et en particulier ceux de Amadieu (2002, 2019), De Saint Pol (2007, 2008, 2010), Vandebroeck (2015) et ceux appartenant au courant des *Fat studies*, nous constatons que l'obésité est un objet d'étude permettant de traiter la question de la « consubstantialité » c'est-à-dire l'entrecroisement dynamique et complexe de l'ensemble des rapports sociaux qui se modulent les uns les autres et se construisent de façon réciproque (Pfefferkorn, 2007 ; Kergoat, 2009, 2011).

Tout en poursuivant la logique initiée par les FS en l'adaptant au contexte français, nous décidons de puiser dans la littérature sociologique autour de la santé et de la maladie. Les propos introductifs ont montré que l'obésité reposait sur une définition médicale et qu'elle était considérée comme une maladie chronique nécessitant une prise en charge de type éducation thérapeutique du patient. Cela nous amène à résonner autour du concept de « trajectoire » de maladie afin de mettre en évidence tout le travail que sous-tend la maladie chronique : celui des professionnels comme celui des parents et de l'adolescent lui-même. L'ensemble de ces acteurs participent à co-construire la trajectoire de l'adolescent en obésité, et ainsi, l'affrontement normatif qui en découle permet de traiter la question de la consubstantialité. Nous allons donc maintenant développer les travaux sociologiques qui guident notre réflexion en ce qui concerne la gestion de la maladie chronique d'un adolescent.

1.2. La maladie chronique d'un adolescent comme objet sociologique

Cette seconde partie analyse la place accordée dans la littérature sociologique à la gestion de la maladie chronique d'un adolescent : gestion médicale puis gestion familiale. Nous veillons toujours à prendre en compte dans cette analyse la place faite aux processus et mécanismes liés aux inégalités sociales et à la stigmatisation. Afin d'étudier la manière dont les adolescents et leurs parents s'approprient l'accompagnement thérapeutique de l'adolescent en obésité et lui donnent sens, il faut d'abord étudier les conditions de cette transmission de pratiques et savoirs professionnels. Le but n'est pas de porter un jugement sur l'univers médical ou les pratiques et savoirs des professionnels mais c'est en analysant les pratiques que le parent et l'adolescent doivent

installer dans leur quotidien, que l'on peut comprendre la manière dont ils les négocient et finalement, donnent sens à l'accompagnement thérapeutique.

1.2.1. La gestion médicale et institutionnelle d'une maladie chronique

1.2.1.1. De la « trajectoire de maladie » à la « trajectoire collective »

Malgré l'évolution de la relation entre patients et médecins, impliquant notamment une plus grande autonomie du patient, il ne faut pas négliger le fait que l'intervention médicale joue toujours un rôle déterminant dans la « trajectoire » des maladies chroniques :

> Dans une organisation déterminée par un interventionnisme médical très fort, il apparaît évident que le travail du malade sera subordonné au travail médical et consistera à s'adapter à cet ordre institutionnel. On ne saurait apprécier le rôle du patient dans le façonnement de sa propre expérience sans considérer la place décisive de la profession médicale dans ce processus. (Ménoret, 1997, p.18)

Selon la sociologue Ménoret (1999), travaillant sur le cancer, une approche en termes de « trajectoire » permet de souligner le fait que la prise en charge institutionnelle d'une maladie a une réelle influence dans la construction des trajectoires de maladie. L'analyse de la gestion médicale ne doit pas se cantonner aux pratiques médicales, mais étudier la vision institutionnelle, l'évolution de son organisation, ses contraintes structurelles et institutionnelles :

> L'analyse de la médecine anticancéreuse […] montre comment une pensée médicale et des modes d'intervention, progressivement, en même temps qu'ils se structurent, construisent des stades, des étapes autant que des états et crée ainsi de nouvelles phases dans une trajectoire de maladie. » (Ménoret, 1999, p.335)

Elle examine ainsi la manière dont les modalités de gestion de traitement du cancer d'une institution anti-cancéreuse construisent les trajectoires des malades.

Notre recherche s'inspire également des travaux de Carricaburu (1997, 1999) qui grâce à une approche historique, relève les effets structurels de la relation entre le médecin et la personne souffrant d'hémophilie dans la gestion collective de la prise en charge des soins. Cette recherche sur l'hémophilie a pour ambition de montrer comment la médecine crée historiquement les conditions collectives de gestion individuelle d'une maladie chronique et comment les personnes concernées

réagissent a cette mise en forme, qui leur est plus ou moins directement imposée, tout au long de leur « trajectoire » de maladie. Cette perspective justifie une double approche. L'une plutôt sociohistorique vise a comprendre l'histoire de l'hémophilie construite comme catégorie médicale, la mise en place de dispositifs de soins et les différents modèles médicaux de gestion de la maladie qui se sont succédé. L'autre perspective, plus sociologique, s'attarde à analyser les représentations, le parcours de vie des personnes hémophiles. Cette recherche propose une extension de la notion de « trajectoire de maladie » par celle de « trajectoire collective » afin de traduire la mise en forme effectuée historiquement par la médecine et constituant les conditions de gestion, communes aux différents protagonistes.

En accordant une place importante dans notre analyse à la gestion médicale de l'obésité et son organisation, nous poursuivons cette logique initiée par Ménoret, Carricaburu et plus récemment par Charlap, dans son travail de thèse sur la ménopause (2016), qui consacre une partie à l'analyse de corpus de discours médicaux dans une perspective sociohistorique, pour rendre compte de l'évolution dont a été l'objet la ménopause, en tant que catégorie médicale.

Au sein des travaux de recherche consacrés à la gestion médicale de l'obésité, le concept de « trajectoire » est mobilisé par Keppens (2010). La chercheuse met en avant la manière dont le parent gère l'obésité ou le diabète de son enfant lorsqu'il a consulté une équipe médicale à ce sujet. Elle traite, notamment, de la question de « l'autonomie contrôlée » du patient (*ibid.* p.44). En mobilisant le concept de trajectoire elle participe à montrer comment la trajectoire de maladie de l'enfant en obésité peut être modelée par le travail des différents acteurs qui l'entourent. Notre recherche se différencie principalement dans le fait d'accorder une plus grande place à la gestion médicale que Keppens dans son travail de thèse (2010), en intégrant une perspective sociohistorique au sens de Ménoret (1999), Carricaburu (1997, 1999) et Charlap (2016).

Avant d'approfondir les travaux sociologiques autour de l'ETP, puisqu'il s'agit de la prise en charge principale en ce qui concerne les maladies chroniques, nous souhaitons mettre en avant les enjeux soulevés par la logique sur laquelle reposent les politiques de santé publique. Nous considérons en effet qu'au-delà d'étudier l'organisation médicale, mobiliser le concept de « trajectoire » nous invite également à observer la logique sur laquelle se fonde les politiques de santé publique puisqu'elles peuvent avoir une influence sur la formulation des programmes d'ETP et les pratiques dispensées par les professionnels du milieu médical.

1.2.1.2. Politiques de santé publique, inégalités sociales et comportements à risque

Nous faisons appel à plusieurs concepts clés qui ont permis d'étudier les logiques sur lesquelles reposent généralement les politiques publiques de santé et leur diffusion : la culture du risque (Giddens, 1991), l'*homo medicus* (Pinell, 1992 ; Peretti-Watel, 2013 ; Maurice, 2014 ; Cardon 2015), la biopolitique (Foucault, 2004), le gouvernement des corps (Fassin & Memmi, 2004) et enfin le culte de la santé (Peretti-Watel & Constance, 2009).

La prédominance des maladies chroniques dans les années 1970 face aux maladies aiguës a entraîné une nouvelle approche de santé publique. Celle-ci s'est centrée davantage sur ce que les études épidémiologiques nomment les « facteurs de risques » (Burton-Jeangros, 2006). Le but de l'épidémiologie est de rechercher les causes des maladies et les facteurs de risque influençant leurs survenues au sein d'une population. Elle permet d'établir des relations de causalité entre l'exposition à un facteur ou marqueur de risque et la maladie. Les comportements jugés « à risque » pour la santé sont souvent mentionnés pour expliquer les inégalités sociales de santé. Plus la définition des inégalités sociales de santé met, cependant, l'accent sur les « comportements à risque » (comme le fait le rapport de l'Académie nationale de médecine), plus on s'éloigne d'une définition qui met en cause l'ensemble de la structure sociale à travers les inégalités sociales dans les divers domaines de notre société. Il existe un réel débat entre comportements à risque et facteurs structurels. Pourtant, il semble qu'une part importante des comportements à risque pouvant contribuer à la production des inégalités de santé soit inscrite dans la structure des conditions de vie, ce qui donnerait aux effets de structure un poids nettement plus grand que celui attribué aux comportements (Stronks et *al.*, 1996, cité par Aïach, 2004).

> Si l'enfant qui naît au Burundi ou en Ouganda a en moyenne 2 fois moins d'années à vivre que celui qui voit le jour au Japon ou en France, il faut y voir non le résultat de différences naturelles (éventuellement génétiques), ou même comportementales (face au risque), mais bien la traduction dans les corps des inégalités sociales, telles qu'elles existent au niveau d'un pays ou à l'échelle du monde. » (Aïach & Fassin, 2004, p.2226)

Sans trop prendre de risque, nous pourrons dire que le social et le biologique sont totalement imbriqués : « les expériences sociales passées s'inscrivent dans la physiologie et la pathologie du corps. Le social est littéralement incorporé » (Blane, 1999, cité par Aïach, 2004). Cependant,

puisque les inégalités sociales sont inscrites dans les corps, il est souvent difficile de distinguer ce qui relève de la dimension sociale et ce qui se situe dans l'ordre du biologique. Même si c'est là une façon assez évidente d'aborder la question de l'emprise du social sur le biologique, force est de constater que cette perspective a été trop peu suivie en sciences sociales concernant l'obésité (Vandebroeck, 2015).

Aussi, les études dans le domaine la santé en général comme plus spécifiquement des inégalités sociales de santé, sont longtemps restées le fait d'épidémiologistes (Herzlich et Pierret, 2010, p. 140). Peretti-Watel relève cette « prégnance contemporaine des outils et des concepts de l'épidémiologie, dans le domaine de la recherche comme dans celui des politiques de santé » (2004). Si l'épidémiologie a alors contribué à l'étude des inégalités sociales de santé, plusieurs critiques sont néanmoins apportées à ce paradigme (*ibid.*). En effet, l'épidémiologie conduit à des stratégies d'éducation de la population encourageant l'adoption d'un style de vie favorable à la santé. Or, le style de vie, c'est-à-dire les habitudes alimentaires, l'activité physique, la consommation d'alcool, de tabac, etc. se construit au sein de la famille dans le quotidien. Ces discours de santé publique insistent sur la responsabilité personnelle des individus à prévenir les risques. Informés des probabilités de risques auxquels ils s'exposent, les individus devraient nécessairement chercher à maximiser leurs chances d'être en bonne santé (Burton-Jeangros, 2006). Mais en se focalisant sur les facteurs de risque individuel, l'épidémiologie fait disparaître la dimension proprement sociale des comportements individuels et conduit ainsi, parfois, à une « biologisation » du social (Peretti-Watel, 2004). Les travaux épidémiologiques permettent de décrire et d'associer statistiquement mais ne permettent pas d'expliquer les phénomènes observés et manquent « ce qui ne se mesure pas ou se mesure mal » (Fassin, 2008c, p.25). Au contraire, l'approche sociologique permettrait de prendre en compte les contraintes sociales qui pèsent sur les individus et éviterait ainsi d'attribuer la mauvaise santé à un manque d'éducation ou à des déficits individuels (Burton-Jeangros, 2016).

Empruntée à Foucault, la notion de « biopolitique » ou « biopouvoir » (1978-1979)[31], est couramment employée dans différentes disciplines des sciences sociales pour désigner l'évolution historique des politiques de santé publique et, en particulier, évoquer l'individualisation du risque dans les dispositifs de santé publique les plus récents. Ce phénomène s'observe dans la constitution

[31] En 2004 un ouvrage est publié en reprenant les cours donné par Michel Foucault au collège de France durant lesquels il utilise ces deux notions fréquemment : « La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979) »

de politiques de santé publique qui prêtent attention à la fois au contrôle collectif des populations et à une certaine mise en discipline des comportements individuels. En conséquence, l'action des pouvoirs publics sous l'influence du libéralisme exprime une double métamorphose : d'une part, le pouvoir politique a modifié sa focale d'observation en la déplaçant de la mort vers la vie ; d'autre part, le pouvoir politique a modifié ses instruments d'action, qui abordent désormais le gouvernement des autres dans les mêmes termes que le « gouvernement de soi » (Bossy & Briatte, 2011).

La société tend à valoriser une certaine « culture du risque », notion développée notamment par Giddens (1991) qui désigne « un aspect culturel fondamental de la modernité, par lequel la conscience des risques encourus devient un moyen de coloniser le futur » (Giddens, 1991, p.244). La société dans laquelle nous vivons demande à chaque individu de devenir autonome et responsable, de prendre sa vie en main et de se projeter dans l'avenir. L'individu se doit constamment d'anticiper les opportunités et les obstacles ou risques que l'avenir lui réserve et donc prendre les bonnes décisions en s'appuyant sur des savoirs experts (Peretti-Watel, 2005). Chacun est invité à devenir l'entrepreneur de sa propre existence, surtout dans le domaine de la santé.

Derrière cette culture du risque, la santé publique s'adresse à un sujet idéal, nommé par certains chercheurs *homo medicus*. Cet idéal est défini par les acteurs de l'éducation pour la santé comme un individu complètement conscient de l'importance de ses choix et adoptant des comportements favorables à sa santé. Ce concept a déjà été mobilisé dans différents travaux sociologiques autour de la santé et de l'alimentation plus récemment. Le concept est tout d'abord élaboré pour décrire les campagnes de prévention dans le domaine du cancer (Pinell, 1992). Les médecins qui ont conçu cette campagne s'adressaient à une cible fictive, idéale, une sorte de super-étudiant en médecine puisqu'il fallait, pour s'approprier les informations et les recommandations données, maîtriser le vocabulaire médical et être capable de regarder son propre corps comme un objet clinique (Peretti-Watel, 2013, p.29). Ce concept est également mobilisé dans le domaine de la prévention nutritionnelle à destination des personnes âgées (Cardon, 2015) ou encore lors de l'étude de la réception d'un projet d'éducation alimentaire en collège (Maurice, 2014).

Les sociologues Fassin et Memmi (2004) entendent développer les travaux de Foucault autour du concept de biopouvoir. Plusieurs études de cas montrent que la norme, en matière d'usage du corps, est aujourd'hui moins souvent imposée de manière disciplinaire que par des dispositifs de sécurité

incitant à son intériorisation. Tout s'impose de manière progressive et plus subtile, c'est en ce sens que les sociologues parlent de « gouvernement des corps ». Dans le domaine de la prévention, cette éducation à la santé cherche à développer la « capacité » des personnes à s'autoréguler suivant les recommandations de santé publique en matière de risques et de bénéfices associés à divers comportements. Ce principe participe de nouvelles formes de la gouvernance des corps pour laquelle gouverner, c'est faire en sorte que les individus se gouvernent eux-mêmes (Fassin & Memmi, 2004). Les campagnes de promotion pour une « alimentation saine » mises en œuvre par le Programme National de Nutrition et de Santé (PNNS) s'appuient, par exemple, sur le paradigme de l'éducation pour la santé qui vise à transformer les individus en acteurs de leur propre santé, qu'il s'agit de construire et de préserver en collaboration avec les professionnels de santé. Elle fait le pari que les individus veulent conserver leur qualité de vie, ce qui doit passer par l'adoption d'habitudes de vie saines envisagées comme des technologies permettant d'accéder au bien-être.

Préserver sa santé est même devenu un accomplissement personnel, un nouvel impératif moral :

> Avec la conjonction de la culture du risque et du culte de la santé, chaque individu est tenu pour responsable de son capital santé, dont il doit prendre soin en réglant ses conduites sur les conseils dispensés par les campagnes de prévention, lesquelles désignent les conduites saines et celles qui ne le sont pas. (Peretti-Watel & Constance, 2009, p.205)

Pourtant, les comportements dits à « risque » peuvent obéir à des rationalités multiples et sont évalués en fonction des décisions dans lesquelles chacun est engagé et non en fonction d'une rationalité externe qui évaluerait les aspects négatifs et positifs indépendamment de tout contexte social ou de toute expérience sociale. L'appréciation du risque ne se fait pas seulement au nom d'une logique de santé ou de prévention, mais prend en compte d'autres logiques, familiales, culturelles ou économiques. Le « souci de soi » n'est pas toujours l'objectif primordial. Il est pris dans un ensemble de contraintes et de contradictions qui contribuent à orienter la décision. Il s'agit de prendre la décision « la moins mauvaise possible », dans un contexte d'incertitude et parfois d'absence même de solution (Pierret, 2008, p.54).

En s'appuyant sur ce cadre théorique, la Partie 2 de la thèse viendra explorer la manière dont les politiques de santé publique se sont emparées de la question de l'obésité et ont ainsi participé à son organisation médicale.

1.2.1.3. L'Éducation Thérapeutique du Patient, représentative de l'évolution de la relation patient-médecin ?

Si dans le contexte de primauté des maladies aiguës, la relation médecin-malade était présentée comme une relation asymétrique et consensuelle (Parsons, 1951) où le médecin était actif et le malade passif, aujourd'hui la médecine des maladies chroniques vise à rendre le malade plus autonome notamment par l'appropriation de savoirs et de compétences. L'objectif est qu'il devienne acteur de son changement de comportement. L'ETP implique alors une logique d'évolution de la relation médecin-malade qui s'est faite « au profit d'une plus grande autonomie et responsabilité du patient, le rendant acteur de sa prise en charge et l'impliquant davantage dans la décision médicale, les choix thérapeutiques et les prescriptions » (Roca et *al.,* 2011, p.1). L'apparition de la notion de négociation dans la prise en charge permet d'envisager la rencontre médecin-malade comme plus ouverte. Le discours de chacun peut influencer le déroulement de la consultation et les choix alternatifs qui en découlent. Le patient possède une plus grande marge de manœuvre et profite de chaque opportunité qui lui est offerte pour négocier, si l'on se réfère au modèle de l'ordre négocié (Corbin et Strauss, 1985).

Les premières réflexions autour de l'éducation thérapeutique commencent avec la charte d'Ottawa en 1986 lors de la première conférence internationale au sujet de la promotion de la santé. Elle est inspirée avant tout par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde. La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Elle représente encore aujourd'hui un cadre de référence pour l'ETP. En France, l'ETP va se développer progressivement. En 1998, l'OMS réaffirme l'importance de la formation des malades. Son but est d'aider les soignants à acquérir des compétences afin d'aider les patients à prendre en charge leur maladie chronique. L'ETP doit être intégré aux soins médicaux et faire acquérir un savoir-faire aux malades. Puis, la loi de 2002 relative aux droits des malades reprend les principes de la charte d'Ottawa et des notions comme la dignité et le respect du malade. À travers cette loi, s'ancre en France une politique de prévention et de développement des actions d'ETP. La principale référence française en ETP est celle de la HAS qui publie en 2007 un guide méthodologique général aux malades chroniques afin que des programmes adaptés aux besoins du patient puissent être élaborés. Le manuel de certification des établissements de santé de 2009, appelé V2010, est un autre document de référence pour l'organisation de l'ETP. Puis, en 2009, l'ETP est une des priorités de la

loi Hopital, Patients, Santé, Territoires. Cette loi HPST est précisée par des décrets et arrêtés en 2010 qui relatent les compétences requises pour dispenser l'ETP (formation minimale de 40 heures, quinze compétences spécifiques comme les compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation, etc.). En 2013, un nouveau décret, n°2013-449, vient préciser les compétences requises pour dispenser et coordonner l'ETP. En 2014, la HAS propose un guide portant sur les évaluations d'un programme d'ETP. En 2015, un arrêté vient préciser e cacher des charges des programmes d'ETP et la composition du dossier de demande d'autorisation et de renouvellement.

C'est dans ce contexte d'évolution progressive de l'ETP que, depuis plusieurs décennies, le « patient contemporain » (Fainzang, 2001) est mis au centre du traitement et des soins. Il est ainsi devenu partenaire à part entière dans la gestion de la maladie, sous l'impulsion de lois visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques telles que le plan mis en place fin 2007, ou encore la loi HPST de 2009, qui reconnaît également l'éducation thérapeutique comme partie intégrante de la prise en charge du patient, promouvant ainsi son autonomie et son pouvoir d'agir, son *empowerment*.

Selon le rapport de l'OMS-Europe publié en 1996 et cité par la HAS en 2007, l'ETP a pour objectif d'aider les patients à :

> Acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. (HAS, 2007)

Dans la recherche en sciences de l'éducation sur la thématique de l'éducation thérapeutique, les travaux de Tourette-Turgis (2014, 2015) sont incontournables dans le sens où ils apportent un éclairage sur la manière dont s'est constituée l'ETP comme champ de recherche et de pratique, mais aussi sur « l'expérience » de la maladie notamment à travers ses recherches sur le VIH/SIDA.

La gestion médicale de l'obésité d'un jeune est étudiée principalement à travers l'ETP, qui est la prise en charge médicale la plus répandue en France. Notre recherche s'attellera donc à observer de près différentes notions soulevées par l'ETP, à savoir l'autonomie, la responsabilité, le changement de comportement, l'*empowerment*, la qualité de vie, les négociations. Comment cette volonté de rendre les adolescents acteurs de leur maladie et donc de leur alimentation, activités physiques, sportives etc. rencontre la complexité de ce qui se joue pour un adolescent à la maison dans le contexte familial ?

Les logiques sur lesquelles reposent les politiques de santé publique énoncées précédemment (1.2.1.2) - notamment un certain idéal de l'*homo medicus* et une responsabilisation individuelle importante - sont finalement les mêmes logiques que celles observées au sein de l'éducation thérapeutique. La Partie 2 de la thèse viendra étayer ce constat en étudiant plus spécifiquement les programmes d'éducation thérapeutique à destination des adolescents en obésité et les programmes de santé publique traitant la question de l'obésité.

Nous allons maintenant nous appuyer sur la littérature sociologique dédiée à la gestion familiale, parentale, de la maladie chronique d'un jeune afin de continuer à étudier les différents acteurs qui co-construisent la « trajectoire » de maladie d'un adolescent.

1.2.2. La gestion familiale d'une maladie chronique

1.2.2.1. Une famille productrice de soins et de normes

On ne peut comprendre l'adolescent sans comprendre ses parents. L'influence de l'univers socioculturel dans lequel évoluent les jeunes est, selon de Singly (2006) manifeste. Les parents ne sont pas seulement des consommateurs de soins, ils en produisent. Ils prodiguent des soins à toutes les personnes passagèrement ou durablement dépendantes, aux enfants, aux malades et aux personnes âgées, à l'ensemble de leurs proches (Cresson 2001), ce que nous appelons dans cette recherche les soins domestiques de santé. Il va s'agir de présenter les travaux sociologiques sur la gestion familiale de la santé, en se focalisant progressivement sur l'adolescent atteint d'une maladie chronique.

Nous considérons les familles comme productrices de soins et de normes à part entière. Nous souhaitons en effet envisager les pratiques et représentations des familles dans le domaine de la santé et, plus spécifiquement, de la gestion d'un jeune en obésité, non pas uniquement comme le produit de la domination et de la plus ou moins intériorisation de la légitimité, de la norme dite « médicale ». Les « comportements privés » des parents et adolescents ne peuvent pas se cantonner à une analyse en termes de manque, d'imitation ou de nécessité. Nous ne souhaitons pas non plus négliger l'importance des rapports sociaux de classe notamment et l'asymétrie persistante que la relation patient-médecin peut révéler. Il s'agit donc de s'attacher à analyser les pratiques mises en œuvre au sein des familles, lesquelles s'exercent certes sous la contrainte institutionnelle, médicale et sont catégorisées par les politiques de santé publique, mais peuvent aussi déployer des perspectives propres.

Cette recherche concerne une grande majorité d'adolescents issus de classes sociales populaires[32], il est alors important de ne pas sombrer dans un certain misérabilisme ou au contraire, populisme dénoncé par Passeron et Grignon (1989) lorsque l'on étudie les classes populaires. Nous ne souhaitons pas outre mesure participer à cette « particularité française » énoncée par Pasquier, (2005) qui consiste à considérer comme impossible d'étudier des cultures dites populaires, sans devoir en même temps entrer dans un débat idéologique sur l'objet étudié. Cependant, si notre travail ne prétend pas fournir un modèle pour sortir de cet embarras qui est, selon Passeron et Grignon, indépassable, c'est bien par sa compréhension que nous pourrons tenter de le maîtriser. Nous rappelons brièvement qu'il est possible de faire cohabiter différentes postures. La posture dite « relativiste », qui permet de saisir du sens là où le dominant, ici l'ordre médical, voit par exemple de la non-compliance de la part du patient. Il s'agit de penser les pratiques et représentations des familles comme relativement autonomes et faisant preuve d'une certaine « résistance » face à la norme. Et, la posture « légitimiste », qui permet de privilégier l'hétéronomie des pratiques populaires, c'est-à-dire de prendre en compte des rapports de domination. Ces précautions prises sur l'étude des classes populaires permettent dans le champ de la sociologie de la santé au croisement de la sociologie de la famille et des inégalités sociales, d'éviter l'écueil de se centrer davantage sur le point de vue des professionnels de santé.

[32] Pour comprendre la manière dont les adolescents et parents ont été catégorisés selon les PCS en classes sociales, se référer au Chapitre 2, et à son annexe n°11 : « Classer les enquêtés selon les PCS ». Aussi, la notion de « classes populaires » fait référence aux travaux de Schwartz (2011) et Siblot et *al*. (2015) qui ont été approfondis dans les propos introductifs.

Les études en anthropologie de la santé ont eu tendance à négliger les soins qui se donnent à l'intérieur de l'espace domestique. Le travail parental de production sanitaire et médicale de l'enfant est resté longtemps invisible. C'est essentiellement depuis la fin des années 1990 que des travaux sur cette problématique voient le jour (Cresson, 1991, 1997 et 2006). Pourtant, dans les représentations sociales, le domicile est par excellence lieu privilégié d'accueil de l'intime (Djaoui 2011) et du *care*, entendu dans sa double acceptation de « prendre soin » et de « se soucier » (Tronto, 2009 [1993]) de soi et des autres, en l'occurrence de sa famille. Des anthropologues tels que Holden et Littlewood (1991) ont distingué deux dimensions du soin, le *cure* (traitement) et le *care* (soin). Si le concept de soin en français est assez large, l'anglais permet de distinguer le *care* c'est-à-dire les soins coutumiers et le *cure,* c'est-à-dire les soins de réparation (Cresson, 1995). Collière (1982) insiste sur la continuité entre les deux. Les soins de réparation ne peuvent prendre sens que parce qu'il y a un maintien de tout ce qui contribue à la continuité et au développement de la vie. Graham (1984) est l'une des premières à avoir pris en compte le travail sanitaire profane dans la famille en partant du constat simple que la plus grande partie de ce que font les parents pour leurs enfants est un travail pour la santé. Valoriser les travaux autour des soins domestiques de santé et, plus précisément, de la gestion parentale d'un jeune en obésité, permet de participer un peu plus à la construction d'un point de vue autonome de la sociologie sur les évènements pathologiques, à l'image du travail réalisé par exemple sur l'anorexie par M. Darmon (2008 [2003]).

1.2.2.2. Négociations, théories diagnostiques et familialisation du médical

En parallèle du concept de « trajectoire » formulé initialement par Strauss (1978), nous mobilisons celui d'« ordre négocié » investi par Baszanger (1986) et plus récemment Pennec, Le Borgne-Uguen et Douguet (2014), qui mettent en lumière les processus de « négociations du soin ». Dans la continuité de ces travaux, nous mobilisons la notion de « théories diagnostiques » (Béliard & Eideliman, 2009) pour analyser la manière dont les parents et adolescents réajustent les normes médicales. Ce concept nous permet de nous inscrire dans une sociologie de la santé qui s'éloigne des cadres de la pensée médicale pour analyser la maladie. Pour autant, cette manière d'envisager les parents et adolescents comme producteurs de soins à part entière ne doit pas masquer les différents rapports de pouvoir ou encore de domination.

La période de diagnostic qui accompagne presque toujours les maladies chroniques, est conceptualisée par Corbin et Strauss (1988) comme *diagnostic quest*, qui se traduit en français par

la « quête diagnostique ». Béliard et Eideliman ont repris ces travaux en préférant le terme de « théories diagnostiques » (2009). Ils étudient ce concept à travers les champs du handicap mental concernant les enfants et adolescents et des troubles cognitifs concernant les personnes âgées. Ces deux concepts accordent une place importante aux malades et leur famille dans le processus de diagnostic et insistent sur la notion de temps long et d'incertitude. Les travaux de Béliard et Eideliman donnent une définition plus large finalement que Corbin et Strauss à la « quête diagnostique » que nous mobilisons pour nos travaux sur l'obésité en particulier dans le Chapitre 7. Selon Béliard et Eideliman, au-delà de l'établissement d'un diagnostic par un professionnel et de la quête effectuée par la famille avant d'y parvenir, il s'agit d'observer la manière dont les parents et les adolescents cherchent des explications, un sens, des repères, pour comprendre les problèmes de santé vécus. Les théories diagnostiques se définissent comme des constructions intellectuelles produites par des personnes prises (pour elles-mêmes ou pour un proche, dans le cas de l'obésité il s'agit autant des adolescents que des parents) dans des problèmes rapportés à la santé, la maladie ou le handicap, qui visent conjointement à donner du sens et à faire face à ces problèmes (Béliard & Eideliman, 2009). Mobiliser les théories diagnostiques dans cette recherche nous permet d'analyser les « efforts de définition de la situation », de « caractérisation, d'interprétation, voire d'explication qui sont alors produits » (*ibid.* p.105) concernant l'obésité.

Dans la même logique que Baszanger, qui considère le patient comme « malade-acteur » pour lui attribuer un rôle essentiel dans la construction de sa trajectoire de maladie, les auteurs affirment s'opposer à la notion de « profane » (Freidson, 1970, cité par Béliard & Eideliman, 2009, p.105) pour désigner les enfants et parents puisqu'ils considèrent que les familles ont des connaissances sur les différentes problématiques engendrées par la maladie, le handicap et ont appris à prendre des décisions pour y faire face.

> Les théories diagnostiques que les parents sont amenés à élaborer sont bien sûr fortement influencées par les discours professionnels auxquels ils ont accès, mais la vigueur plus ou moins grande avec laquelle ils les recherchent, le type de professionnels vers lesquels ils se dirigent et la distance variable avec laquelle ils reçoivent leurs discours font de ces théories des constructions intellectuelles largement indépendantes des discours professionnels. (Béliard & Eideliman, 2009, p.108)

Si nous souhaitons souligner cette indépendance des parents et adolescents, c'est pour mettre en avant le fait que nous les considérons comme de véritables « experts » de leur maladie. Cela

n'empêche pas pour autant cette recherche de porter un regard attentif sur les interactions et rapports sociaux qui s'y produisent, les rapports de pouvoir et de domination.

Les théories diagnostiques regroupent de cette manière les différentes définitions produites par la famille qui portent une appréciation de la gravité des troubles, de leur caractère normal ou pathologique, des origines et des causes possibles, et de l'évolution future (Béliard, 2008, p.149). Béliard et Eideliman envisagent la quête diagnostique comme un processus complexe qui prend différentes formes. Il existe d'abord une « quête de sens » pour le parent, particulièrement présente dans le cas de l'obésité :

> Le besoin de savoir ce qu'a son enfant, et pourquoi, possède une force terrible qui s'impose à tous les parents rencontrés. Les principaux enjeux sont ici psychologiques et portent sur la manière dont on construit son lien de parenté avec l'enfant, sur la culpabilité que l'on ressent par rapport à ses troubles, sur les espoirs que l'on peut entretenir quant à son évolution ou encore sur les rapports de force que l'on peut entretenir avec les professionnels rencontrés. La question du lien de parenté avec l'enfant entre en jeux, la culpabilité ressentie, les espoirs d'une guérison ou encore les espoirs d'une cause génétique qui fonctionnerait comme un déculpabilisateur. (Béliard & Eideliman, 2009, p.108)

Il existe ensuite une « quête d'amélioration sur le plan médical » (*ibid.*), c'est-à-dire la volonté d'obtenir un traitement en vue d'une guérison ou, pour le cas présent d'une maladie chronique, de bénéficier d'un accompagnement dans la gestion de la maladie. Ensuite il s'agit d'une « quête de reconnaissance au sein de la société » (*ibid.*). Le fait d'être reconnu comme malade ou handicapé confère une position sociale plus légitime que d'autres positions auxquelles on peut être assigné lorsqu'on est considéré comme déviant (Parsons, 1955 ; Freidson, 1970, cité par Béliard & Eideliman, 2009, p.109). Enfin, il peut s'agir d'une « quête de reconnaissance au sein de la famille » et de l'entourage proche. C'est-à-dire que la maladie ou le handicap une fois intégré par l'entourage permettent aux parents et aux jeunes de ne plus être jugés coupables et responsables aux yeux de la famille au sens large.

En ce qui concerne plus spécifiquement la gestion familiale de l'obésité d'un enfant adolescent, peu abordée dans la littérature sociologique, nous mobilisons les travaux de Keppens (2010) qui mettent en avant le processus de « familialisation médicale » qui se définit comme un « mouvement qui donne des logiques familiales à un problème qui a été catégorisé dans une logique médicale » (*ibid.* p.95). Comme ce processus s'inscrit dans un contexte « d'autonomie contrôlée » due à l'interaction

spécifique entre le professionnel de soin et le parent d'enfant « malade chronique », il s'agit de pouvoir rendre compte de ce double mouvement entre la contrainte médicale et la composition parentale (*ibid.*). Cette familialisation se construit autour de six éléments : la typification, l'engagement, l'appropriation du diagnostic et celle du traitement, l'actualisation et la validation. Keppens (2010) réalise un travail de recherche permettant de comparer les enfants diabétiques et les enfants en obésité, deux « maladies chroniques » dont la construction sociale est très différente. Cela permet de mettre en avant les particularités de l'obésité.

Ces différents concepts seront visibles principalement dans les Partie 3 et Partie 4 de la thèse. Nous souhaitons maintenant approfondir la littérature sociologique qui met en avant les interactions sociales entre la sphère médicale et la sphère familiale et l'entremêlement des rapports sociaux.

1.2.3. Permettre la mise en visibilité des rapports sociaux et de la stigmatisation

1.2.3.1. Visibilité des rapports sociaux de genre sur la scène médicale

La question des soins familiaux en ce qui concerne l'obésité pose celle des rapports sociaux de sexe. En effet, lors des observations une grande majorité de mères sont présentes sur la scène médicale et très peu de pères. Lors des entretiens biographiques à domicile, ce sont également majoritairement les mères qui sont présentes. Ce constat qui sera développé lors des Partie 3 et Partie 4, invite à faire appel à la littérature sociologique qui mêle gestion familiale de la santé et rapports sociaux de sexe.

Les femmes sont désignées responsables de la majeure part des soins, et presque entièrement ceux prodigués à l'intérieur de l'espace domestique (Graham, 1985). Saillant (1999) met en lumière la responsabilité des femmes à veiller sur la maisonnée, le travail de soin s'inscrivant dans la continuité du travail de reproduction, en tant qu'extension du rôle maternel. Cette position des femmes en tant que médiatrices entre la maisonnée et les institutions de santé rejoint l'analyse de Graham (1985), qui les voit comme lien principal entre la sphère privée (ou le micro-niveau) et la sphère publique (ou le macro-niveau). En France, avec une approche par le genre, les travaux de

Cresson (2006) sur les soins domestiques de santé mettent en avant une véritable assignation des soins aux femmes :

> Ce sont elles qui prennent en charge l'écrasante majorité des soins profanes [domestiques, thérapeutiques, d'entretien et d'hygiène] aux jeunes enfants, aux malades, aux personnes en perte d'autonomie ou dépendantes […]. Le soin profane fait partie des rôles féminins (de fille, de mère d'épouse, de voisine, d'amie…) sans qu'il ait cet aspect impératif dans les rôles masculins. […] Le plus souvent les femmes ont intériorisé cette assignation, et vivent comme "naturelle" leur disponibilité aux proches concernés. Tout comme le travail domestique dans son ensemble, le travail sanitaire familial n'est pas partagé également entre les sexes. (Cresson, 2006, p.14)

La littérature sociologique sur la division sexuelle des tâches autour de l'enfant — handicapé (Eideliman, 2008) ou malade (Mougel, 2009) — tend à se développer ces dernières années. Les travaux d'Eideliman (2008) sur la gestion parentale d'un enfant handicapé montrent que la « norme de l'implication » est dite « particulière » en ce qui concerne la mère, désignée comme étant en « première ligne » dans le sens où c'est sur elle que pèse le plus lourdement l'exigence du *care*. Dans la même lignée peu de temps après, Mougel (2009) reprend ce déséquilibre entre pères et mères sur la scène médicale en ce qui concerne la prise en charge des enfants « malades ». Elle pointe du doigt l'existence d'une assignation du rôle de « garde-malade » aux mères et un certain « devoir de présence » en ce qui concerne les petites maladies d'enfants comme les maladies plus graves (*ibid.* p.70 et p.71) Le maintien de ce déséquilibre révèle l'existence d'un écart persistant entre le modèle des « nouveaux pères » et sa traduction concrète dans le quotidien des familles (Neyrand 2000, cité par Mougel 2009). La sociologue nomme ces mères comme étant des « directeurs des trajectoires » des enfants et adolescents. Les travaux de Mougel en s'appuyant sur un cadre théorique fondé sur Strauss A. (1992) vont particulièrement nous éclairer sur la manière dont les parents prennent place dans « l'ordre négocié » de l'hôpital et participent à la construction de la « trajectoire de maladie » de l'enfant. Finalement, ce que mettent en avant l'ensemble de ces travaux, c'est la question des rapports sociaux de sexe au sein même du domicile familial, l'obésité d'un enfant ne semblant pas déroger à ces constats. Récemment, les travaux de Delmas et Garcia (2018) qui traitent de la prise en charge de l'enfant atteint de troubles « dys » viennent se focaliser sur les manières dont les mères s'approprient, contestent ou réajustent les attentes et les injonctions des professionnels, mais aussi, sur la manière dont les professionnels « modèlent » la place et le rôle des mères. Cela nous conduit à distinguer dans notre recherche les rapports sociaux de genre, qui se donnent à voir au sein du domicile familial dans la répartition des tâches comme nous l'avons exposé ci-dessus, mais aussi,

les rapports sociaux de genre qui se donnent à voir au sein même des interactions médecins-patients. Les travaux d'Eideliman (2008, 2010) sont un éclairage fondamental notamment à travers le concept de « culpabilité maternelle » qui prend une place importante au sein de nos données empiriques et qui rappelle le concept de *mother blame* sollicité par le courant des *Fat studies* qui est évoqué précédemment dans la première partie du chapitre (1.1.5). Ce que révèle notamment le concept de *mother blame* c'est qu'à cette question des rapports sociaux de genre, se superpose celle des rapports sociaux de classe au sein de l'interaction médecins-professionnels. Les rapports sociaux de classe sur la scène médicale semblent peu abordés dans la littérature sociologique, encore moins au sein de l'ETP et encore moins en ce qui concerne plus précisément l'obésité des adolescents.

1.2.3.2. Mise en visibilité des inégalités de classes sociales à travers l'éducation thérapeutique

En 2015, certains auteurs analysent dans le domaine de la santé les « malentendus culturels » qui rendent les soins parfois difficiles à mettre en œuvre (Hintermeyer, Le Breton, et Profita). En 2016, la revue *Agone* se consacre à la thématique des inégalités sociales de santé. Les articles recueillis mettent en avant la manière dont le système de soin n'est pas en mesure de compenser les inégalités sociales de santé et contribue même parfois à les (re) produire (*ibid*. p.17). En introduisant la revue, Gelly et Pitti (2016), à travers leur article sur une « médecine de classe », mettent en avant le fait qu'il existe au sein de l'hôpital une prise en compte des traitements différenciés selon la classe, le sexe et l'origine. Ce point est néanmoins peu abordé en sociologie de la santé, sachant qu'elle s'est d'abord construite comme une sociologie de la médecine et des professions médicales, distante d'une sociologie des classes sociales et des rapports sociaux (*ibid*. p.14). Or il y a beaucoup à gagner à étudier une pratique inscrite dans un « milieu » et dans un système de soins, car l'activité et la pratique médicales ne varient pas uniquement en fonction des transformations des règles régissant la profession médicale, mais changent également selon les milieux et le système de soins dans lesquels elles s'exercent, selon les rapports de force qui s'y jouent. Gelly et Pitti (2016) montrent notamment qu'à nombre de consultations égal, on est plus ou moins bien soigné selon le niveau de l'échelle sociale où l'on se situe et selon son origine nationale. Dans son travail de thèse, Loretti (2017) s'attache à rendre compte du processus d'incorporation des inégalités à travers une analyse comparée des trajectoires de cancer en mettant l'accent sur la dimension proprement sociale des comportements et sur les effets de la structure sociale et des rapports sociaux. Ses travaux

représentent un apport considérable à la question des inégalités sociales et leurs mise en visibilité au sein de trajectoires de malades atteints de cancer.

Plusieurs études récentes pointent du doigt les difficultés dans l'éducation thérapeutique, par exemple, le fait qu'il existe des écarts entre les rôles attendus et les rôles effectifs des patients contemporains, des mécanismes de résistance ou encore des blocages structurels et contextuels. Les patients issus de classes sociales modestes disposent d'une moins grande « capacité d'action » sur leurs trajectoires et répondent moins facilement aux normes des professionnels par exemple cette demande d'autonomie que l'on retrouve dans les programmes ETP (Godfroid, 2016 ; Bureau & Hermann-Mesen, 2014).

Des travaux récents centrés sur une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique du patient montrent que dans certains cas, les résultats ne sont en effet pas ceux escomptés initialement (Foucaud et *al.*, 2010). Même si « les professionnels éducateurs cherchent alors à identifier les différents stades d'acceptation de la maladie, le potentiel cognitif de l'individu et les dynamiques sociales dans lesquelles il est impliqué », cette manière de procéder ne permet pas d'obtenir toujours de bons résultats. À cela, les auteurs avancent deux raisons majeures :

> D'une part, c'est oublier que le parcours d'un individu ne s'effectue pas à l'image d'une longue route tranquille : il se caractérise, à l'inverse, par des réveils (ou des mises en sommeil) de dispositions individuelles du fait des configurations sociales dans lesquelles l'individu se trouve impliqué. (Lahire, 2002, cité par Foucaud et *al*., 2010, p.76)
>
> D'autre part, c'est oublier que tous les individus ne sont pas prêts (préparés) à entrer dans des dispositifs et des modes de fonctionnement qui reposent sur des socialisations qui n'ont parfois pas grand-chose à voir avec celles des professionnels qui éduquent. (Balcou-Debussche, 2006, cité par Foucaud et *al*., 2010, p.76)

En effet, l'éducation thérapeutique s'effectue dans un contexte qui est rarement celui du malade (hôpital, centre SSR, structure associative), si bien qu'il est difficile d'aider la personne à travailler sur sa capacité à développer en contexte réel les conduites adaptées à une amélioration de sa santé ou à la gestion de sa maladie. Aussi, les auteurs soulignent le fait que le plus souvent, l'impasse est faite sur ce qui se passe après la situation d'éducation, lorsque les malades se retrouvent dans les contextes sociaux, culturels, économiques qui sont les leurs. Ainsi, le retour à domicile constitue dès lors une rupture pour la plupart des patients. C'est ce que nous pourrons observer chez ces

adolescents en obésité engagés dans des accompagnements thérapeutiques, qui ne cessent d'effectuer des aller-retour entre domicile familial et scène médicale.

Ces différents travaux autour de la manière de « recevoir » les recommandations de l'éducation thérapeutique participent à émettre l'hypothèse que de manière générale l'ETP est destinée à une population cible fictive, d'autant plus éloignée des classes sociales populaires, dans la même logique les politiques de santé publique précédemment évoquée (1.2.1.2). Les normes de l'ETP viennent heurter des habitudes privées, fortement ancrées socialement. Cela sera particulièrement intéressant à étudier sachant que l'obésité est inégalement répartie.

Finalement, dès 1971 Boltanski montrait que « plus la distance sociale entre le médecin et son malade augmente, moins la mémorisation et la reproduction par le malade des termes savants utilisés par le médecin auront pour résultat de moduler les représentations que le malade a de son corps ou d'accroître le nombre et la diversité de ses sensations corporelles » (1971, p.216). Cela participe à expliquer les différenciations sociales existantes dans la diffusion-réception des normes dans le domaine de la santé et du corps.

Pour conclure sur cette deuxième partie de chapitre, aborder la « trajectoire » d'un adolescent en obésité par le biais d'une approche qualitative menée sur la scène de l'ETP, permet d'analyser les processus et mécanismes en jeux tant dans l'incorporation des inégalités sociales que dans l'incorporation de la stigmatisation.

1.3. Alimentation, corps et normes dans la littérature sociologique

Dans le contexte français, un grand nombre de programmes de prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été créés au cours des années 2000, sous l'impulsion de différentes organisations médicales et de réseaux de santé. Nos données empiriques montrent que ces programmes qui se fondent généralement sur l'ETP, reposent avant tout sur la capacité des individus à modifier leurs comportements alimentaires et corporels et finalement leur style de vie. C'est notamment pour cette raison que nous pensons profitable d'ajouter à notre analyse quelques travaux de recherche qui s'inscrivent dans une sociologie de l'alimentation, une sociologie du

corps, et plus spécifiquement, des travaux sur la diffusion et la réception des normes alimentaires et corporelles.

1.3.1. Différenciation sociale et rapport au corps

Comme le montre De Saint Pol à travers la sociologie de la corpulence (2010), les travaux autour du corps peuvent être mis en avant même si le corps a longtemps été un objet délaissé par la sociologie, car jugé illégitime ou anecdotique (*ibid.* p.2). Les comportements, les habitudes, les modes de vie ne relèvent pas en priorité de choix individuels. Ils sont déterminés par des caractéristiques propres par exemple aux classes sociales, qui rendent plus ou moins sensible aux informations en matière de santé et plus largement, renvoient à une culture du corps très différente d'un milieu social à l'autre (Bihr & Pfefferkorn, 2008).

Nous ne prétendons pas à l'exhaustivité, car comme le souligne Detrez (2002) cela est rendu quasiment impossible par les difficultés liées à l'éparpillement de l'objet lui-même entre disciplines et entre champs de la sociologie. Autrement dit, « la tâche consiste à éclairer les zones d'ombre, sans illusion ni fantasme de maîtrise, avec cependant la ferveur qui doit guider toute recherche, sans omettre ni l'humilité, ni la prudence, ni d'ailleurs l'invention qui doit présider à l'exercice de la pensée » (Le Breton, 2018 [1992], p.118).

Mauss dès 1934 montrait le fait que les usages du corps, « les techniques du corps » ne sont pas d'ordre naturel, mais enracinées dans la culture d'une société. Ces techniques sont transmis à la fois par l'éducation, dès la petite enfance, par l'imitation, les gestes, de sorte qu'« il n'existe peut-être pas de "façon naturelle" chez l'adulte ». Il emploie pour cela le terme d'*habitus*, qu'il préfère à celui d'habitudes, car il intègre l'influence de la société, de l'éducation, des modes, des prestiges etc. (Detrez, 2002, p.77). Mauss évoque l'importance de l'identité sociale du corps et ses travaux, considérés précurseurs de diverses autres recherches, mettront des décennies avant d'éclore réellement. Ce sont Boltanski (1971) et Bourdieu (1979, 1980, 1998) qui développent, théorisent et illustrent l'importance des usages sociaux du corps et l'intérêt de les articuler au système général de l'habitus (Detrez, 2002, p.144). Leurs travaux démontrent l'existence d'une correspondance entre l'utilisation que les individus font de leur corps et la culture du groupe auquel ils appartiennent,

autant groupe social que sexué. Si ces travaux sont éclairants encore aujourd'hui, ils sont à restituer dans leur contexte, leur époque.

Boltanski propose d'aborder le corps à travers son lien avec une certaine « consommation du médical », « compétence médicale » et enfin ce qu'il nomme la « culture somatique ». Il met en lumière la manière dont « l'intérêt et l'attention que les individus portent à leurs corps […] croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale » (Boltanski, 1971, p.217). Aussi, « l'aptitude à opérer la transformation de la sensation au symptôme » et à verbaliser les « sensations corporelles » est plus forte dans les catégories sociales supérieures (*ibid.* p.211). Alors que certaines manifestations corporelles conduiront, des personnes en haut de l'échelle sociale à s'alerter, ceux situés en bas, auront plus tendance à les minimiser, les « normaliser » et ces manifestations ne feront pas sens en tant que symptôme d'un état « pathologique »[33]. Une discussion autour de la manière dont les parents et adolescents perçoivent l'obésité, « normal » ou « pathologique », sera exposée dans le Chapitre 7. Nous pourrions dire que Boltanski distingue deux schémas corporels. Le premier est la représentation « réflexive » du corps et concerne surtout les femmes et les classes supérieures. La dimension de l'« incorporation » y est prise en compte. Dans ce modèle, les personnes vont avoir tendance à être dans la réflexion, le contrôle et sont plus à l'aise à confier leur corps à un professionnel, comme une diététicienne et semblent davantage anticiper la maladie, surveiller les symptômes, avoir une attitude préventive, mais aussi, davantage anticiper le futur. Le deuxième est la représentation dite « instrumentale » du corps. Elle concerne les classes plus en difficultés. La maladie est davantage considérée comme une entrave à l'activité physique, au travail en particulier et s'oppose à un corps « fort ». L'impératif du présent est aussi davantage marqué dans ce modèle et le futur impensé parce qu'ils ont moins de prise dessus.

En 1977 c'est autour de Bourdieu et de la revue *Actes de la Recherche en Sciences Sociales,* que l'étude sociologique des pratiques et des attitudes corporelles va se systématiser en s'appuyant sur la notion d'habitus corporel. Il s'agit d'un système de règles intériorisées organisant le rapport des individus à leur corps. Bourdieu commence l'article en introduisant l'idée que le corps, dans ce qu'il a de plus naturel en apparence, est en fait un réel « produit social » dans le sens où :

> la distribution inégale entre les classes des propriétés corporelles s'accomplissant à travers différentes médiations telles que les conditions de travail […] et les

[33] Le « normal » et le « patholigique », pour reprendre la distinction mise en mots dès 1943 par le philosophe et médecin Canguilhem et qui inspirera d'autres disciplines par la suite notamment la sociologie.

> habitudes en matière de consommation qui, en tant que dimensions du goût, donc de l'habitus, peuvent se perpétuer au-delà de leurs conditions sociales de production. (Bourdieu, 1977, p.51)

Bourdieu, dans les différents travaux qui suivront (1979, 1980, 1998), met en évidence la segmentation sociale des pratiques corporelles et notamment le rôle de l'éducation dans le rapport au corps. Bourdieu, tout comme Mauss avant lui, part du principe que les habitudes s'inscrivent dans les corps comme les effets impensés de cultures si profondément acquises qu'elles apparaissent le plus souvent à l'observateur extérieur sous l'aspect d'une seconde nature, une nature précisément culturalisée. À travers *La Distinction* (1979) il montre que la présentation de soi, les soins de beauté, la consommation alimentaire, les pratiques physiques et sportives, les manières de table, les soins du corps répondent, en ce qui concerne la corporéité, à des habitus de classe intériorisés par les personnes et faisant véritablement corps à leur comportement :

> Le goût en matière alimentaire dépend aussi de l'idée que chaque classe se fait du corps et des effets de la nourriture sur le corps, c'est-à-dire sur sa force, sa santé et sa beauté, et des catégories qu'elle emploie pour évaluer ces effets […] Culture devenue nature, c'est-à-dire incorporée, classe faite corps, le goût contribue à faire le corps de classe […] Il s'ensuit que le corps est l'objectivation la plus irrécusable du goût de classe, qu'il manifeste de plusieurs façons. D'abord dans ce qu'il a de plus naturel en apparence, c'est-à-dire dans les dimensions (volume, taille, poids, etc.) et les formes (rondes ou carrées, raides ou souples, droites ou courbes, etc.) de sa conformation visible, où s'exprime de mille façons tout un rapport au corps, c'est-à-dire une manière de traiter le corps, de le soigner, de le nourrir, de l'entretenir, qui est révélatrice des dispositions les plus profondes de l'habitus : c'est en effet au travers des préférences en matière de consommation alimentaire qui peuvent se perpétuer au-delà de leurs conditions sociales de production (comme en d'autres domaines un accent, une démarche, etc.), et aussi bien sûr au travers des usages du corps dans le travail et dans le loisir qui en sont solidaires, que se détermine la distribution entre les classes des propriétés corporelles. (Bourdieu, 1979, p.210)

En 1998 à travers *La domination masculine,* Bourdieu intègre à ses réflexions sur le corps une vision en termes de rapports sociaux de sexe. Le reproche qui lui est fait et qu'il souligne lui-même dans une note, est de ne pas évoquer l'effet des différenciations sociales sur les différenciations sexuelles et inversement. L'incorporation du genre dans les corps, par des façons de se tenir, les parures, les vêtements, la coiffure, etc. en fait des expressions « naturelles » de la féminité ou de la masculinité. Parce qu'il fonctionne comme un « langage de l'identité naturelle » (Bourdieu, 1977), le corps naturalise et donc légitime les identités et les distinctions sociales. Il peut dès lors devenir un

instrument de pouvoir au service de dominations politiques, sociales ou sexuelles (Bourdieu, 1998 ; Détrez, 2002).

Luc Boltanski (1971) et Pierre Bourdieu (1979) ont analysé l'opposition entre le rapport au corps des membres des classes populaires et des membres des classes supérieures et notamment sa correspondance avec la dichotomie force/forme.

Nous pouvons également citer les travaux de Turner (1984) qui soutient l'idée que le corps devrait être un axe à part entière de l'analyse sociologique. Elle évoque l'idée que l'existence même de la sociologie du corps souligne un problème important de la relation entre ce qui relève du « naturel » et ce qui relève du « culturel ». Pour Shilling (1993), il faudrait examiner les relations entre le corps naturel et le corps social. Le corps humain est en constant changement au cours de la vie influencé par des processus qui sont simultanément biologiques et sociaux. Ainsi, le corps et la société travaillent l'un sur l'autre, en interaction. Au même moment en France, c'est l'ouvrage du sociologue Le Breton (1992) qui se consacre à présenter un panorama des grandes tendances apparues depuis un demi-siècle sur le thème de la sociologie du corps. L'ouvrage de Detrez (2002) invite à percevoir le corps comme une construction sociale où les apparences physiques découlent du sexe, de l'héritage génétique, mais aussi du contexte dans lequel ce corps prend forme. Le corps est un objet social, un objet de société et un objet culturel :

> Nos corps sont façonnés, modelés matériellement, sous les effets de multiples facteurs imposés à l'individu : agissant à court ou à long terme, produits par l'évolution historique ou les conditions économiques et structurelles, ces effets sont inconscients, involontaires, mais engendrent des formes corporelles déterminées. (Detrez, 2002, p.126)

Ce qu'il faut également souligner de ce travail de Boltanski c'est qu'il met en avant le fait que le corps est un objet d'étude vaste, que l'on risque de voir « s'étendre à l'infini » voire même « se dissoudre ». Il souligne les difficultés qui résultent de la « non-construction de l'objet » (1971, p. 206) en tant qu'objet sociologique. Ce constat est repris quelques années plus tard notamment par Berthelot (1983, 1991) qui, en dressant un relevé des références sociologiques sur le corps, considère cet objet d'étude comme éclaté, segmenté, monstrueusement développé ou atrophié selon les disciplines qui s'en emparent (1983). Il conclut que la sociologie du corps est dans un tel état de dispersion, d'évanescence, de précarité et de discontinuité que la question première de l'orientation doit être reformulée : la sociologie du corps a-t-elle un sens ? (Berthelot, 1991). Mais ce que le

sociologue français Le Breton met en avant dans son ouvrage spécialisé à cet objet (1992) c'est bien que justement « les sociologies naissent dans les zones de rupture, de turbulence, de désorientation des repères, de confusions, de crise des institutions, en un mot là où se rompent les anciennes légitimités » (*ibid.* p.9), notamment celle de la logique biologique et naturelle en ce qui concerne le corps. Dans la même lignée, lorsque Detrez rédige un ouvrage dédié à *la construction sociale du corps* (2002) elle invite à reconsidérer ces différents discours et plutôt que de se représenter ce champ d'études comme « vaste » et donc d'y voir « une aporie ou une limite de la sociologie du corps », il faudrait y percevoir tout l'intérêt de ce champ : « la position de contrepoint qu'occupe le corps, à la croisée des problématiques classiques de la sociologie, n'est-elle pas plutôt son intérêt principal ? » (*ibid.* p.24). Dans la lignée de Detrez nous considérons, en effet, que l'étude du corps déploie la multiplication de ses mises en application : « support obligé de toutes les activités de l'individu, le corps est mis en jeu dans les interactions avec autrui, le travail, le sport, la santé, mais aussi dans les pratiques les plus intimes, par exemple l'hygiène, l'alimentation ou la sexualité ». (*ibid.* p.21) Aussi, si la sociologie du corps est dite mitoyenne d'autres sociologies appliquées à la santé, à la maladie, à l'alimentation, aux activités physiques et sportives, à la corpulence (pour citer des exemples nous concernant), il est alors pertinent de confronter ces différentes approches sociologiques. Chacune propose en effet un angle de visée et suggère à ses partenaires une approche originale, dont la conjugaison peut amener une meilleure compréhension de l'objet : l'obésité.

Après cet état de l'art non exhaustif de la sociologie du corps, nous allons mettre en avant les travaux sociologiques autour de l'alimentation.

1.3.2. L'apport de la sociologie de l'alimentation

Nous allons nous focaliser, tout d'abord, sur des travaux autour de l'alimentation et plus spécifiquement sur la différenciation sociale en termes de pratiques alimentaires. De nombreux travaux insistent sur le lien fort entre alimentation, consommation et inégalités sociales. La consommation alimentaire est certes corrélée au budget des ménages et aux contraintes des conditions sociales d'existence, comme les horaires de travail, mais aussi aux habitudes de classe relatives à la perception des aliments et du corps. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous allons en présenter un certain nombre qui servent à la compréhension de notre objet d'étude (Halbwachs, 1913 ; Bourdieu, 1979 ; Grignon Ch & Grignon C, 1980). Nous évoquerons, notamment, le débat

autour d'une certaine « homogénéisation des consommations » à travers les travaux de Chauvel (1999). Dans un second temps, nous ferons appel à des travaux sociologiques sur l'alimentation davantage centrés autour des concepts de « cultures alimentaires », « anomie alimentaire » et « modernité alimentaire » (Fischler, 1979, 1990 ; Poulain, 2002a ; Corbeau, 2005). Cette thèse tente de concilier ces deux approches qui se donnent à voir au sein de nos données empiriques.

1.3.2.1. Différenciation sociale et alimentation

Nous allons mettre en lumière les premières réflexions de sociologie de l'alimentation, basées sur une approche en termes de classes sociales. Nous citerons tout d'abord les travaux d'Halbwachs (1913). À partir d'études sur le budget des familles, celui-ci trouve que la part des dépenses consacrée à la nourriture diminue au fur et à mesure que s'accroissent les revenus. Il apporte ensuite une nuance à ses résultats : l'impact du revenu sur les postes budgétaires n'est qu'indirect, ce que l'on mange ne dépend pas seulement du salaire, mais aussi de la position dans la société. Par exemple, à revenu égal, un ouvrier et un employé ne consomment pas de la même manière et les consommations des personnes d'origine rurale et de celles d'origine urbaine sont différentes. Insistons sur le fait que le niveau d'étude est un facteur encore plus déterminant que le salaire. Dans le prolongement de ses, plusieurs années après, Bourdieu (1979) formule une autre opinion sur les consommations alimentaires. Selon lui, le véritable principe des différences qui s'observent dans le domaine de la consommation et bien au-delà, est l'opposition entre les goûts de luxe (ou de liberté) et celui de nécessité, qui correspond respectivement à des niveaux élevés ou faibles de capital (*ibid.* p.256). Il analyse les consommations alimentaires en prenant en compte l'habitus pour expliquer comment les goûts de classes sont objectivement adaptés au capital économique, mais aussi aux conditions probables d'existence. Il considère les goûts alimentaires comme des goûts parmi d'autres (habillement, art) dont l'ensemble forme le « style de vie » (Cardon, Depecker & Plessz, 2019, pp.21-22). Puis, les sociologues Claude Grignon et Christiane Grignon (1980) reprennent les travaux de Bourdieu et Halbwachs pour approfondir l'idée qu'il existe un lien entre représentations sociales de classe et style d'alimentation. Ils critiquent néanmoins les travaux de Bourdieu qui sous-estimeraient l'autonomie et la diversité des consommations des classes populaires et ne les percevraient que comme le produit d'une domination[34]. La réflexion autour des classes sociales serait concomitante avec l'émergence des concepts de « genre de vie » (Halbwachs), de « style de

[34] Finalement cela rejoint une réflexion plus générale formulée quelques années après par Passeron et Grignon (1989) qui invitent le sociologue qui étudie les classes populaires à ne pas tomber dans un certain misérabilisme ou au contraire populisme

vie » (Bourdieu) et de « style d'alimentation » (Cl. & Ch. Grignon) comme manifestation de la classe sociale (Cardon, Depecker & Plessz, 2019, p.19). Ce qu'il faut également souligner c'est que ces différents auteurs fondamentaux pour la sociologie de l'alimentation prennent également en compte les différences de sexe, même si cela est minoritaire par rapport aux différences de classe. Ce que montre par exemple Bourdieu (1979) c'est comment s'entremêlent ces différences, « il montre surtout que ces différences sexuées sont l'expression de différences de classe sociale : les femmes des milieux populaires n'ont pas les mêmes consommations et les mêmes comportements alimentaires que les femmes des milieux aisés et il en va de même des hommes » (Cardon, Depecker & Plessz, 2019, p.27).

La fin du XXème siècle voit apparaître un débat au sein de la recherche sociologique, entre ceux qui estiment qu'il existe de moins en moins de différences entre les classes sociales, une certaine « moyennisation » des sociétés occidentales, qui conduirait à un rapprochement des consommations entre les différents groupes sociaux, à une « homogénéisation ». Et d'un autre côté, il y a ceux qui affirment le maintien des différences liées à la position sociale. En ce sens, les travaux de Chauvel (1999) mettent en lumière le fait que les différences entre groupes sociaux se modifient au cours du temps, mais persistent néanmoins. L'industrialisation, l'urbanisation et l'élévation du niveau de vie n'ont pas systématiquement entraîné une homogénéisation des consommations. Un article sur les habitudes alimentaires des français de Cardon et Gojard (2010) confirmera ce lien encore très présent : les travaux de sociologie de la consommation mettent toujours en évidence un effet de l'appartenance sociale sur les consommations alimentaires. D'ailleurs, les ouvrages spécialisés et récents sur la sociologie de l'alimentation accordent souvent une place importante à la différenciation alimentaire en termes de classes sociales encore aujourd'hui (Gojard, Régnier & Lhuissier, 2006 ; Cardon, Depecker & Plessz, 2019).

D'après un rapport sur « l'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité », les travaux du sociologue Halbwachs sont encore au goût du jour, la corrélation entre contraintes budgétaires et prise alimentaire est à souligner (Bout, 2010). Plus les ménages sont pauvres, plus la part de leur budget consacrée à l'alimentation est élevée. En effet « le poste alimentation peut occuper jusqu'à 50 % du budget des ménages français les plus défavorisés, alors qu'il représente 15 % en moyenne nationale » (*ibid.* p.13). Aussi en 2012, l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES, 2012), constate que les différences sont observées en prenant en compte le niveau d'études du représentant plus que

le revenu du ménage. Si l'on creuse ces prises alimentaires, nous nous rendons compte que les classes les plus démunies doivent adapter leur budget à l'impératif de satiété, pour le moindre coût. Elles vont donc privilégier des produits gras, avec beaucoup de calories et délaisser les fruits et légumes qui ont une densité énergétique plus faible. Dans la répartition des dépenses entre alimentation à domicile et à l'extérieur, les écarts sont importants entre les deux extrémités de l'échelle des niveaux de vie. Les repas hors domicile sont nettement plus importants dans le haut de l'échelle des niveaux de vie. Les résultats principaux de l'étude de l'ANSES concernant les niveaux socio-économiques bas sont les suivants : qualité nutritionnelle globalement plus faible de l'alimentation, consommation plus faible de fruits et légumes et consommation plus élevée de boissons sucrées.

Nous souhaitons également mettre en avant les différents travaux autour de l'alimentation qui montrent que les aliments les plus denses en énergie (comme les matières grasses, les féculents, les produits riches en sel et sucre) sont des sources peu chères de calories. Cela est important à signaler, car un bon nombre de familles de classes populaires évoquent le fait que les fruits et légumes coûtent cher et se voient recevoir des réflexions à ce sujet. Dans plusieurs travaux, N. Darmon fait état de ce constat. L'étude de Maillot et *al.* (2007) montre qu'une alimentation de bonne qualité nutritionnelle coûte plus cher qu'une alimentation de qualité nutritionnelle médiocre non seulement, car elle a une faible densité énergétique, mais aussi et surtout, car elle est riche en nutriments. Ajoutons au tableau des inégalités que les aliments gras-sucrés, gras-salés et à base de matières grasses ajoutées, qui sont les sources caloriques les moins chères, sont également les plus denses en composés nutritionnellement néfastes (Rastoin & Ghersi, 2010, p.469). Ce constat sur le lien positif entre les aliments à forte densité énergétique, mais faible en densité nutritionnelle est souligné dans plusieurs travaux (Drewnowski, 2003 ; N. Darmon et *al.*, 2004 ; Maillot et *al*., 2004). Le rapport récent de l'ANSES rappelle que la consommation des aliments à forte densité énergétique est souvent associée à une moindre qualité de l'alimentation (ANSES, 2012, p.25). N. Darmon (2019) communique récemment à nouveau sur les différences en termes de consommation alimentaire. Elle explique que lorsque l'on regarde le prix des aliments en euros au kilo, on ne voit pas spécialement de différences, on ne va alors pas en conclure que les fruits et légumes sont plus chers que les produits laitiers, ou féculents. On verra que la viande et le fromage coûtent cher par exemple. Pourtant, en termes de densité calorique, pour cent calories, les différences sont importantes. Ce sont bien les produits gras et sucrés qui sont les moins chers. Il est intéressant de raisonner en termes de calories, puisqu'un certain nombre sont indispensables pour vivre et on ressent ce besoin

plus facilement que le besoin de vitamines et minéraux, par exemple, qui vient à plus long terme. N. Darmon conclut que les fruits et légumes coûtent réellement cher[35] et que ce n'est pas un mythe que de le penser.

En 2007, la nutritionniste Satter élabore une hiérarchie des besoins alimentaires corrélée dans une certaine mesure à celle des questions sociales et c'est en cela que nous souhaitons l'évoquer. Selon nous, une analyse sociologique peut être superposée à celle de la nutritionniste. La pyramide de Satter s'appuie sur la pyramide de Maslow[36] pour l'adapter à la nourriture. Par ordre d'importance, les stades de la pyramide de Maslow sont les suivants : besoins physiologiques, de sécurité, sociaux, d'estime et enfin d'accomplissement personnel. Du côté de la pyramide de Satter, le premier niveau du besoin fondamental de nourriture consiste à trouver assez de nourriture (« *enough food »[37])*. Les personnes en situation d'insécurité alimentaire seraient alors plus tournées vers une alimentation calorique riche en sucres et graisses. Ils cherchent à manger suffisamment pour survivre. Ne pas souffrir de la faim permet d'accéder au second niveau : « *acceptable food* », c'est-à-dire se procurer des aliments acceptables. La définition d'acceptable est subjective et dépend de normes sociales, de nos représentations et expériences passées. Le niveau supérieur, consiste à avoir un accès fiable et continu à la nourriture (« *reliable, ongoing access to food* ») et donc de ne pas se préoccuper de la disponibilité des aliments jugés acceptables. Être capable de prévoir les repas suivants, de faire des réserves, mais aussi d'avoir accès à l'alimentation. Le niveau suivant est centré sur le « bon goût » (« *good-tasting food* »), c'est-à-dire qu'il consiste à se préoccuper des préférences gustatives des aliments. Il s'agit pour le mangeur de se tourner vers ceux qu'il préfère et de les consommer plus régulièrement. Dans ce cas de figure, les mangeurs n'ont pas à se préoccuper de la menace d'avoir faim, ils savent la nourriture en abondance et leurs choix alimentaires sont surtout dictés par leurs goûts et leurs préférences. Avoir atteint la sécurité alimentaire, permet d'accorder la priorité au goût dans la sélection des aliments. L'étape supérieure, la nouvelle nourriture (« *novel food* »), consiste à goûter à de nouveaux aliments. Cette étape consiste à expérimenter. Le mangeur va au-delà de ses représentations actuelles et prend le « risque » de goûter de nouveaux aliments. Le risque étant d'être déçu et donc d'avoir « gâché » son argent.

[35] Par exemple, 100 calories de fruits et légumes coûtent 70 centimes alors que l'huile, le beurre et les féculents, coutent 10 centimes d'euros maximum. Ils sont généralement également les plus faciles à stocker, évitant ainsi le gaspillage.

[36] La pyramide de Maslow définit par une représentation pyramidale les besoins fondamentaux de l'être humain, en partant du principe que l'homme ne cherche à satisfaire un besoin que lorsque celui du niveau inférieur est assuré.

[37] Il ne semble pas exister de littérature française au sujet de cette pyramide, la description qui en est faite ici s'appuie donc sur notre traduction personnelle de l'anglais. Les termes clés originaux sont placés entre guillemet afin de gagner en précision, que la traduction française peut faire perdre.

Enfin le dernier niveau, tout comme la pyramide de Maslow, représente l'accomplissement, mais à travers la nourriture, « *instrumental food* ». Ce modèle est bien sûr à moduler et l'appartenance sociale, la culture, le sexe des individus ont une influence certaine. Néanmoins il est intéressant à mobiliser puisque nous verrons par la suite que les prises en charge médicales de l'obésité s'appuient souvent sur une image du patient qui possède un rapport à la nourriture hautement réflexif qui correspondrait à ce dernier stade de la pyramide de Satter. Cela s'approche des travaux de Boltanski qui reconnaît différents modèles de rapport au corps liés au sexe et à la classe notamment.

Au sein de la sociologie de l'alimentation, au-delà d'une approche en termes de différenciation sociale, il y a des notions sur lesquelles notre objet d'étude s'appuie particulièrement comme l'anomie alimentaire et les injonctions contradictoires en termes alimentaires. Nous allons maintenant mettre de côté l'analyse de l'alimentation en termes de différenciation sociale, sexuée et regarder les modifications globales des modes de vie qui nous permettent de comprendre d'un point de vue sociologique, comment les pratiques alimentaires se développent dans la société française (Fischler, 1979, 1990 ; Poulain, 2002a ; Corbeau, 2005).

1.3.2.2. Cultures alimentaires, Anomie alimentaire et injonctions contradictoires

Historiquement, les individus ont adopté un nouveau rapport à l'alimentation et ont par ailleurs transformé leurs pratiques alimentaires. La théorie de la « modernité alimentaire » a été l'objet au sein de la sociologie et de l'anthropologie de l'alimentation d'un vif débat. On doit ce concept principalement à l'article de Fischler *Gastronomie gastro-anomie* (1979). Pour Fischler, la modernité alimentaire se caractérise par trois phénomènes concomitants : une situation de surabondance alimentaire, la baisse des contrôles sociaux et la multiplication des discours sur l'alimentation (Poulain, 2002a, p.51). Elle aurait pour conséquences le bouleversement de nos comportements et donc dans une certaine mesure serait responsable du développement de l'obésité. Poulain (2002a) explique cette modernité alimentaire par la hausse des calories ingérées, une alimentation consommée plus grasse et plus sucrée, une augmentation de la consommation de produits transformés prêts à l'usage, la hausse de la restauration hors foyer et l'affaiblissement du modèle français des repas. Cette modernité est critiquée au nom de la santé et l'on voit alors se développer des politiques nutritionnelles de santé publique et des programmes d'éducation. Certains sociologues emploient les termes d'« américanisation de notre alimentation » ou de

« McDonalisation de la société » (Poulain, 2002a) pour signifier cette « modernité ». Nous choisissons de nous appuyer sur l'analyse de Corbeau (2005) qui évoque le phénomène de « diminution de la régulation collective de notre alimentation ». Cette théorie met en avant les évolutions de la société. En effet, le changement du rôle de la femme au sein de la famille a entraîné un déplacement important du travail féminin vers l'extérieur. Dès 1960, l'arrivée massive des femmes sur le marché du travail est un des faits marquants de l'évolution de la société française depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Cela participe à diminuer le temps consacré à la préparation des repas. L'industrie agroalimentaire et la grande distribution se sont alors emparées du phénomène et n'ont cessé de croître. Il s'en est suivi un engouement pour les produits nouveaux, les produits tout prêts, les produits caloriques, etc. Plus la France s'urbanise, plus les distances domicile-travail s'agrandissent. Ces changements sont accompagnés d'une présence sur les lieux de travail de plus en plus importante, entre autres pour limiter les dépenses liées à l'essence. Les hommes, les femmes ainsi que les enfants dépendent de plus en plus de la restauration collective et de la cantine scolaire. Le développement de ce type de restauration collective et donc d'un système à offre multiple élargit l'espace décisionnel des mangeurs. Les individus doivent alors choisir entre une multitude de hors-d'œuvre, de plats principaux, de desserts qui ne sont absolument pas équivalents sur le plan nutritionnel. Même lorsque les repas sont pris dans l'univers familial, l'alimentation moderne est parfois l'objet d'une individualisation. Dans un même repas, il n'est pas rare de trouver des plats spécifiques pour la mère, pour le père et les enfants. De plus, le changement lié à l'organisation au sein de la maison a laissé place à une consommation libre à l'intérieur du domicile, un accès au frigo pour les enfants, des grignotages, etc.

Pour notre part c'est le concept d'anomie alimentaire investi par Fischler (1979) sur lequel nous souhaitons appuyer pour caractériser cette « modernité alimentaire » et expliquer le « bouleversement » des comportements des mangeurs. Ce concept d'anomie sera développé par la suite par d'autres sociologues, en particulier Corbeau et Poulain. Les discours sur l'alimentation se mélangent et provoquent l'augmentation de l'angoisse et de l'incertitude du mangeur. Le mangeur se trouve livré à lui-même au milieu d'un large choix apporté par une certaine abondance alimentaire, d'injonctions contradictoires et d'une certaine pression sociale. C'est en ce sens que l'on peut dire que l'on est passé de la gastro-nomie à la gastro-anomie. C'est dans la brèche de l'anomie que prolifèrent les pressions multiples et contradictoires qui s'exercent sur le mangeur moderne : publicité, médias, suggestions et prescriptions diverses, avertissements médicaux, etc. Le mangeur moderne est soumis à un foisonnement de discours contradictoires, de plus sur le mode du « il faut

» : « 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 ». La multiplication des discours hygiénistes, esthétiques, identitaires et les modes qui les traversent participent à ce que Fischler désigne alors comme une « cacophonie alimentaire » (Fischler, 1993 et 1996 cité par Poulain, 2009).

Reynaud propose une relecture du concept d'anomie alimentaire (Reynaud, 1995 cité par Poulain 2009). Selon lui, il s'agit moins d'une absence de normes comme le disait Fischler, que d'une crise de légitimité des normes. En reprenant les travaux de Fischler et Reynaud, le sociologue Poulain considère que la cacophonie alimentaire serait la conséquence des phénomènes suivants :

> fluctuations et contradictions du discours diététique ; réductionnisme corporel de la vulgate médicale ; incapacité à contrôler les pratiques et les usages de la filière agroalimentaire, qui de vacherin en vache folle brouille la place de l'homme dans la nature et dans l'échelle des espèces animales ; crise des esthétismes culinaires, qui exacerbent l'opposition journalistique entre cuisine internationale et nationalisme alimentaire ; impérativité du modèle d'esthétique corporelle, qui pose une normalité décharnée et heurte de plein fouet la revendication au plaisir alimentaire. (Poulain, 2002a, p.71)

La modernité alimentaire se traduirait donc par l'affaiblissement de la légitimité de l'appareil normatif et une augmentation de la réflexivité dans la relation à l'alimentation. La multiplication des discours sur l'alimentation et leurs injonctions contradictoires pourraient donc être à la base des mutations des pratiques alimentaires et notamment le développement de l'obésité.

Il faut souligner que penser l'alimentation à travers le concept de « modernité alimentaire », d'« anomie » doit s'ajouter aux travaux sociologiques qui investissent la thématique de l'alimentation en termes de différenciation sociale, notamment de classe et de sexe. Les deux approches sont complémentaires et seront investies tout au long de la thèse.

Les travaux mobilisés dans cette troisième partie sur la sociologie de l'alimentation et la sociologie du corps permettent d'apporter un éclairage à notre étude en termes de différenciations sociales et sexuées des pratiques et représentations à l'égard de l'alimentation et du corps. Toujours dans l'optique d'étudier les interactions sociales et rapports sociaux entre deux sphères — médicale et familiale — nous décidons de puiser dans quelques travaux sociologiques qui analysent la diffusion

et réception des normes alimentaires et corporelles. La consommation alimentaire constitue un espace où se forgent les goûts et les identités de classe auxquelles les normes de santé publique et normes médicales, peuvent se heurter. Après avoir évoqué la différenciation sociale des consommations alimentaires, il est alors pertinent d'analyser comment ces styles de vie impactent la manière dont les politiques publiques sont appropriées par les familles.

1.3.3. Normes publiques et comportements privés

Nous nous intéressons à des travaux sociologiques qui mettent en lumière la manière dont les normes alimentaires et corporelles sont diffusées puis réceptionnées et réappropriées par ses potentiels destinataires notamment à travers les travaux de Gojard (2000, 2006, 2010), Lhuissier (2006), Cardon (2008, 2015), Régnier et Masullo (2009), Mathiot (2014) et Fournier (2015). Ces travaux apportent un réel éclairage en termes de réappropriation de normes institutionnelles, publiques, liées à l'alimentation. La Partie 4 de la thèse approfondira un certain nombre de ces travaux.

Les travaux de la sociologue Gojard (2000, 2006) éclairent la confrontation entre la perception des normes alimentaires des familles et leur mise en place par des acteurs institutionnels à travers l'analyse des prescriptions alimentaires dans la petite enfance[38]. Ses travaux sur l'alimentation dans la petite enfance permettent de mettre en évidence deux modèles de soins aux nourrissons : un modèle savant et un modèle populaire :

> L'opposition entre ces deux modèles est construite sur le type de sources de conseils utilisées et sur l'adoption ou non de certaines pratiques conformes à la puériculture savante et absentes des usages populaires. (Gojard, 2000, p.476)

Ainsi, le modèle savant qui se rencontre plutôt chez les femmes des classes supérieures, serait caractérisé par une faible expérience des soins aux nourrissons et par un recours plus prononcé aux instances légitimes, alors que, le modèle familial, fréquent chez les femmes des milieux populaires, serait caractérisé par une transmission intergénérationnelle des soins aux nourrissons.

Dans la même lignée, Lhuissier (2006) analyse la confrontation de différentes normes à partir d'un dispositif d'éducation nutritionnelle à destination des femmes en surpoids et en obésité d'un

[38] Son terrain est effectué dans la banlieue parisienne auprès de mères issues de classes populaires.

quartier défavorisé de Lille. Elle met en avant le fait que la production des « normes institutionnelles » se heurte aux représentations et aux « résistances » des femmes censées être les bénéficiaires.

Les travaux de Cardon (2008, 2013, 2015) permettent d'analyser la diffusion et réception des normes alimentaires en ciblant le public des personnes âgées. Ainsi, le sociologue démontre que la diffusion par les aides à domicile des recommandations, formalisées dans le cadre du PNNS à destination des personnes âgées, connaît des variations selon la manière dont les aides à domicile s'approprient le rôle prescrit par les pouvoirs publics et la posture des personnes âgées vis-à-vis des recommandations et des situations de face-à-face. Cardon met notamment en lumière le fait que les politiques nutritionnelles à destination des personnes âgées s'inscrivent pleinement dans un *gouvernement* des populations, dont le cadre prescriptif passe par un *gouvernement* des pratiques liées à l'alimentation *via* les aides à domicile. Il analyse ainsi la manière dont une affaire privée (l'alimentation) devient une affaire publique (la prévention de la dénutrition). Ses travaux sur les personnes âgées ont participé à montrer que les pratiques alimentaires constituent à la fois des leviers de normalisation sociale par appropriation de certaines normes alimentaires mais aussi des espaces de résistance, tant de certaines personnes âgées elles-mêmes que de certains professionnels prenant leur distance avec les normes qu'ils sont censés diffuser. Cette distance des professionnels eux-mêmes sera investiguée en particulier dans notre Partie 2 qui met en avant différents types de représentations des professionnels face aux recommandations qu'ils « doivent » s'approprier.

Notre recherche s'est également grandement inspirée des travaux sociologiques de Régnier et Masullo (2009) qui publient une recherche concernant l'intégration des normes alimentaires et de corpulence. Elles évoquent quatre formes différentes de réception de ces normes en faisant une distinction suivant les classes sociales. Ainsi, les catégories supérieures s'approprient les normes, les catégories intermédiaires intégrées et modestes en ascension sont dans un processus d'hyper adhésion, les catégories modestes et populaires critiquent ces normes et les familles les plus précaires y sont indifférentes. Quelques nuances doivent cependant être apportées, à titre d'exemple « l'attention aux normes augmente avec l'intensité des liens sociaux » (*ibid.* p.763), c'est-à-dire que chez les classes populaires, l'attention au poids et au corps augmente avec la proximité aux classes moyennes et aisées et au monde du travail, d'où la différence entre ouvriers et employés. L'intensité des liens sociaux vient pondérer l'effet de la pauvreté. De plus, leur étude est intéressante à mobiliser dans le sens où elle compare cette faible attention des milieux modestes aux normes à «

une forme de résistance originale au processus de domination qui s'impose à eux, la preuve aussi d'une capacité critique » (*ibid.* p.766).

L'article de Mathiot (2014) propose d'apporter un éclairage sur les façons dont les parents d'enfants âgés de 4 à 12 ans effectuent des choix dans le domaine de l'alimentation dans un contexte marqué par les injonctions contradictoires autour de l'acte de manger. À partir d'une enquête ethnographique, il effectue une comparaison entre les familles appartenant aux catégories sociales favorisées avec celles des milieux plus modestes. Selon les catégories sociales, les différents acteurs de la socialisation alimentaire des enfants ne sont pas perçus de la même manière. Pour les catégories sociales favorisées, les normes prescriptives en matière d'alimentation ne sont pas remises en question dans la mesure où elles sont produites par des instances considérées comme légitimes. Les milieux plus modestes peuvent en revanche interpréter ces normes comme des formes d'intrusion dans la sphère domestique et elles peuvent être perçues comme des consignes plutôt que des conseils : « la légitimité des programmes d'éducation à la nutrition peut faire l'objet de doutes, voire de remises en question, et leurs recommandations se trouvent en conséquence catégorisées dans celles produites par un "système expert", envers lequel la confiance est fragilisée ». (*ibid.* p.148). Ses travaux se rapprochent grandement de ceux de Régnier et Masullo (2009) précédemment évoqués.

Toujours dans la même lignée, les travaux de Fournier (2015) qui prennent place au sein d'un programme ETP pour personnes diabétiques[39], étudient les « normes en concurrence », qu'elle désigne d'un côté comme les « normes publiques » et de l'autre les « comportements privés » ou encore « normes privées » pour marquer la distinction entre privé et public.

Même si les études qui s'intéressent aux comportements alimentaires et au rapport au corps sont souvent centrées sur les adultes, ou parents, nous allons tenter d'esquisser quelques réflexions autour du rapport que les adolescents entretiennent avec ces différentes normes.

[39] dans le cadre d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) dans une communauté multiculturelle défavorisée de la banlieue parisienne

1.3.4. Adolescence, alimentation, corps et normes

En France, nous pouvons citer principalement l'ouvrage de Diasio, Hubert et Pardo (2009) fondé sur le projet AlimAdos, l'ouvrage de Dupuy (2013), un article de Diasio (2014), Court M. et *al*. (2014), Séraphin (2014) et enfin les travaux de Maurice (2013, 2014) sur lesquels nous nous sommes grandement appuyés. La question qui guide notre réflexion à la lecture de ces travaux est de savoir si la différenciation sociale des comportements alimentaires et corporels s'applique aux adolescents et quel est leur rapport aux différentes normes.

Le sociologue Le Breton, dès 1992, évoque l'idée d'une « socialisation de l'expérience corporelle » qui commencerait très tôt au sein de la famille :

> L'enfant grandit dans une famille, dont les caractéristiques sociales peuvent être variées, et qui occupe une position propre dans le jeu des variations qui caractérisent la relation au monde propre à sa communauté sociale. Les faits et gestes de l'enfant sont enveloppés de cet éthos qui suscite les formes de sa sensibilité, de ses gestuelles, de ses activités perceptives et dessine ainsi le style de sa relation au monde. L'éducation n'est jamais une activité purement intentionnelle, les modes de relation, la dynamique affective de la structure familiale, la façon dont l'enfant est situé dans cette trame et la soumission ou la résistance qu'il y oppose figurent autant de coordonnées dont on sait l'importance dans la socialisation. (Le Breton, 2018 [1992] p.5)

Les travaux qui se penchent sur la thématique de l'alimentation et des adolescents tardent à se développer. En France, l'enquête AlimAdos (2009) s'est intéressée aux pratiques alimentaires adolescentes du point de vue des adolescents eux-mêmes, dans leur complexité et dans les négociations qu'elles entraînent avec les pairs ou les membres de la famille. Si l'on se focalise sur les représentations à l'égard de l'alimentation des jeunes, sans tenir compte de la variable du poids, on constate que les stéréotypes sont profondément ancrés et les idées reçues nombreuses (Diasio, Hubert et Pardo, 2009). L'adolescent serait l'archétype même de l'anomie alimentaire et à l'exception des aliments perçus non seulement comme grossissants, mais aussi comme mauvais pour la santé, aucune nourriture ne trouverait grâce à leurs yeux. Ces « marqueurs générationnels » que sont le *fast food*, les sodas, les chips, les pizzas, etc. semblent dans les représentations le seul univers alimentaire des jeunes (*ibid*.). L'adolescence est souvent envisagée dans l'imaginaire collectif comme un moment de crise et de desserrage des liens familiaux où les conséquences sur la façon de se nourrir peuvent être plurielles et, souvent, négatives (Diasio, 2014). Nous pouvons

supposer que ces idées reçues sur les pratiques alimentaires sont d'autant plus marquées à l'égard des jeunes en obésité. En réalité, l'alimentation des adolescents se situe au croisement des différents cercles sociaux à travers lesquels ils se déplacent et ces derniers naviguent entre différentes cuisines, une grande diversité de produits et de manières de les cuisiner (Diasio, Hubert et Pardo, 2009, p.30). L'on pourrait penser que l'adolescent est dans un âge contradictoire, où il a tendance à se démarquer totalement de ses parents, cependant, au contraire, il n'y a pas de rupture de la transmission entre adultes et adolescents. Ces sociologues s'écartent de l'idée selon laquelle les adolescents se définissent uniquement par leur groupe de pairs et se proposent de « déconstruire la « culture adolescente » (*ibid.* p.16). Il y aurait au contraire un « jeu d'identifications multiples qui ne se cantonnent pas uniquement aux dimensions de l'âge et du genre » (*ibid.* p.100).

La force de l'antériorité des socialisations familiales en matière de comportements alimentaires et corporels des adolescents est soulignée par Jacolin-Nackaerts et Clément (2008) à travers l'étude de la résistance des adolescents aux prescriptions scolaires et médicales en matière de prévention de l'obésité. Ils distinguent d'ailleurs dans leur étude les adolescents en obésité. En effet selon les auteurs les adolescents en obésité adoptent pratiquement systématiquement des stratégies de contournement des normes dictées par l'institution scolaire. À titre d'exemple, les adolescents usent de stratégies pour contourner l'obligation de la pratique sportive à l'école, en particulier les filles, en obésité, et issues de classes populaires dont les valeurs familiales transmises ne sont pas en adéquation avec celles de l'école concernant les habitudes sportives (*ibid.* p.55). L'école serait alors à envisager comme un lieu de reproduction des inégalités entre les sexes et les classes sociales (*ibid.*)

En 2014, la revue de *Recherches Familiales* se consacre à la thématique de la famille et du corps. Les travaux de Diasio (2014) apportent une contribution importante à la question de l'alimentation, du corps et de l'adolescence. Selon la chercheuse, l'habitus alimentaire et l'habitus corporel des adolescents gardent en effet la marque des transmissions familiales. Elle conçoit la sortie de l'enfance comme un réaménagement permettant au jeune de s'affirmer en tant que « singularité enracinée » (*ibid.* p.41). Les apparences physiques découlent du sexe, de l'héritage génétique, mais aussi du contexte dans lequel ce corps prend forme. La famille fait partie intégrante de ce contexte, elle influence fortement les paramètres physiologiques et l'apparence physique de l'individu. En effet « la plupart des comportements de l'enfant et une partie de ceux de l'adulte sont inculqués par sa famille, ses parents la plupart du temps. Or, ces comportements ont une influence certaine sur sa

santé, son apparence physique, son corps » (Séraphin, 2014, p.5). Court M. et *al.* (2014) contribuent également à montrer la manière dont l'inscription de l'identité de classe des individus dans et sur leur corps est un processus qui débute dès l'enfance. À travers différentes pratiques (vestimentaires, alimentaires, sportives, soins d'hygiène et de santé) les parents modèlent le corps et l'apparence de leurs enfants dès le plus jeune âge et ils le font de manières différenciées en fonction de la position qu'ils occupent dans l'espace social. L'alimentation et le corps sont le produit d'une socialisation dans un certain milieu social et culturel.

En ce qui concerne la réception des normes dans le domaine alimentaire et corporel, l'ouvrage de Depecker, Lhuissier & Maurice (2013), *La juste mesure. Une sociologie historique des normes alimentaires,* offre diverses contributions qui ciblent la préadolescence (Maurice, 2013) ou encore l'adolescence (Julien, 2013). La sociologue Julien (2013) nous amène à nous interroger sur les conséquences de l'action des pouvoirs sanitaires qui tentent de transformer les enfants et les adolescents en vecteur du changement des « mauvaises » pratiques alimentaires de leurs parents et aînés : « on oblige les jeunes à rationaliser des pratiques ordinaires qui relève de traditions familiales, de cultures culinaires, de ressources financières, en les transformant en protéines, acides gras, antioxydant. » (*ibid.* p.267). Dans la même lignée, les travaux de Maurice (2013, 2014) qui ciblent les préadolescents analysent la manière dont ils se réapproprient un projet d'éducation alimentaire se déroulant dans leur classe au collège. Ses recherches permettent, grâce à une démarche ethnographique, de comprendre le monde préadolescent tout en posant la question de la différenciation sociale de ces préadolescents et en s'intéressant aux trajectoires sociales de leurs familles. En prenant le point de vue des préadolescents, l'auteure cherche à comprendre les processus en jeu dans la réception, la réutilisation dans différents contextes (en classe, à la cantine, dans la cour) et la diffusion au sein de la famille du projet d'éducation alimentaire. Elle souligne notamment que certains adolescents prennent leur distance vis-à-vis de ces prescriptions, tandis que d'autres les intègrent à leurs pratiques alimentaires. La situation familiale est déterminante dans la position que prend un adolescent par rapport à un projet d'éducation alimentaire, la majorité des adolescents qui ne transmettent pas l'information aux parents étant issus des milieux défavorisés. Finalement, elle s'interroge sur « les conditions de l'acculturation des classes populaires par le biais de l'école et d'un projet d'éducation à la santé. » (*ibid.* p.103). Cela rejoint ce que Massé (1995) soulignait : « la prévention et la promotion de la santé constituent en quelque sorte des entreprises d'acculturation, c'est-à-dire un processus par lequel une culture dominante impose son système de valeurs et de comportements à une culture dominée » (*ibid.* p.106). Cette réflexion peut être

transposée sur le terrain d'enquête de l'éducation thérapeutique en cherchant à interroger les conditions de l'acculturation des adolescents de classes populaires par le biais de la sphère médicale et plus précisément de l'éducation thérapeutique.

Cette dernière partie de Chapitre 1 nous invite à nous inspirer, dans une certaine mesure, de la littérature sociologique sur l'alimentation et le corps notamment pour participer à développer les recherches sur l'adolescence et plus spécifiquement l'étude des comportements alimentaires (Maurice, 2014, p.82). Dans la logique d'une étude en termes de « trajectoire » de maladie ou encore de « parcours des normes », nous nous appuyons sur la théorie d'acteur pluriel proposée par Lahire pour appréhender la pluralité d'influences auxquelles sont soumis les adolescents et qui peuvent être contradictoires entre elles, c'est-à-dire dissonantes. Les acteurs sont amenés à mobiliser telle ou telle disposition selon le contexte dans lequel ils se trouvent. Nous souhaitons prendre en compte cette théorie pour comprendre comment les adolescents arrivent à s'approprier l'accompagnement thérapeutique, lui donner sens et le négocier alors qu'ils sont pris entre différentes logiques : la puissance de la socialisation familiale, des conditions structurelles, les normes médicales et institutionnelles et les normes du groupe de pairs.

Pour conclure ce chapitre, nous souhaitons souligner que si des travaux sociologiques se sont attachés à faire le lien entre obésité et inégalités sociales ainsi qu'entre obésité et stigmatisation, finalement, peu d'entre eux étudient l'imbrication des trois en s'appuyant sur une démarche qualitative. Ainsi, force est de constater que notre recherche présente cette perspective différente. Nous menons une recherche qualitative qui s'attache à éclairer les mécanismes et processus à l'œuvre dans la construction des inégalités sociales et de la stigmatisation de l'obésité au cours des trajectoires d'adolescents en obésité. Pour cela, nous avons réalisé des observations multi-situées (hôpitaux, centres spécialisés, réseaux de santé) et réalisé des entretiens auprès de différents acteurs de la trajectoire de l'adolescent, notamment ses parents et les professionnels impliqués dans son accompagnement thérapeutique. Cette recherche contribue à une sociologie de l'obésité plutôt récente, en s'inspirant des travaux anglo-saxons sur les *Fat studies* pour faire de l'obésité une nouvelle variable permettant d'analyser à la fois les discours, les pratiques et l'organisation sociale sous un angle sociologique novateur. Notre étude retrace un certain « parcours des normes » tout en s'appuyant sur le concept de « trajectoire » de maladie afin d'éclairer l'affrontement normatif sur la scène médicale et les interactions sociales et rapports sociaux qui se jouent entre les professionnels, les adolescents et leurs parents sur la scène de l'éducation thérapeutique de l'obésité.

Chapitre 2 — Enjeux méthodologiques d'une enquête socio-ethnographique sur les adolescents en obésité

Les études en santé et plus spécifiquement sur les inégalités sociales de santé, sont longtemps restées le fait des épidémiologistes. En se focalisant cependant uniquement sur les facteurs de risque individuels, l'épidémiologie ne permet pas de participer à la compréhension de la dimension proprement sociale des comportements individuels ni des effets de la structure sociale, des interactions sociales et des rapports sociaux. La prédominance de l'épidémiologie dans le champ de la santé et ses enjeux ont été approfondis dans le premier chapitre mais il est intéressant de rappeler ce débat en début de chapitre méthodologique. En effet, faire de la recherche en sociologie de la santé, qui plus est sur l'obésité considérée comme une « maladie », m'invite à justifier de l'intérêt d'une enquête sociologique et plus spécifiquement d'une méthodologie qualitative dans le but de situer ma recherche autant que ma posture face aux autres approches épidémiologiques, cliniques, biologiques qui prédominent. Tout au plus concède-t-on que la sociologie peut apporter un éclairage intéressant par une approche statistique du phénomène ou une analyse des discours sociaux qui favoriseraient l'obésité (l'évolution du statut de la femme, le culte de la minceur, la responsabilité de l'agroalimentaire, etc.) ou encore une analyse des représentations sociales et attitudes stigmatisantes et discriminantes. Pour dépasser ces convictions, ma posture[40] face à l'« obésité » en tant que catégorie médicale s'inspire grandement du travail sociologique de M. Darmon sur l'anorexie (2008). Je considère que la seule manière d'envisager sociologiquement l'obésité ne doit pas se cantonner simplement à qualifier la maladie de fait social et considérer qu'à tous les autres niveaux d'analyse le « psychologique » ou le « pathologique » reprennent leurs droits exclusifs. Je propose plutôt de décomposer ce phénomène de l'obésité, trop souvent réduit à une nature préexistante et de rendre compte de l'inscription de l'ordre social dans les corps à travers le cas de la prise en charge de l'obésité des adolescents :

> En mettant en lumière les institutions, les interactions, les normes et les dispositions qui structurent une expérience extrême, l'approche sociologique donne les moyens de la comprendre et de la faire comprendre […] et de prendre conscience de la trame sociale des conduites les plus singulières. (M. Darmon, 2008, p.16)

[40] La question de ma posture face à l' « obésité » a été approfondie lors de notre propos introductif et dans notre Chapitre 1.

Ma collecte de données s'inspire d'une démarche inductive et compréhensive et correspond plus particulièrement à une méthodologie qualitative mixte et multi-située : analyse de corpus de discours médicaux et de programmes de santé publique, entretiens semi-directifs auprès de professionnels, entretiens de type biographique auprès d'adolescents et leurs parents, et enfin, observations sur différentes scènes où se déroule l'accompagnement thérapeutique de l'adolescent en obésité (réseaux de santé, centres hospitaliers et centres de soins de suite et de réadaptation).

Cette méthodologie ne s'est construite que progressivement au gré des aléas du terrain d'enquête, de ses opportunités autant que de ses contraintes. L'articulation de ce chapitre me conduit à « faire l'ethnographie » (Benelli, 2011, p.41) de mon propre travail de recherche en mettant notamment en avant ma volonté initiale d'effectuer une démarche inductive, qui finalement s'est confrontée aux contraintes de terrain et aux contraintes académiques. En effet la méthode n'existe pas *a priori* mais se reconstruit *a posteriori* (*ibid.*). Il s'agit de mettre en mots un cheminement scientifique afin de donner une cohérence à une démarche faite de tâtonnements, d'incertitudes, de doutes et d'erreurs. Il s'agit également de distinguer des éléments entremêlés et imbriqués que sont les questionnements, les conditions d'enquêtes, les méthodes d'enquête, la posture de l'enquêteur et les analyses de données (*ibid.* p.40).

Les quatre premières parties de ce chapitre correspondent aux différentes « vagues » d'enquête. Ces « vagues » représentent des moments clés dans mes choix méthodologiques et seront exposées de manière chronologique. Énoncer ces « étapes de la recherche » permet de ne masquer ni le processus inductif de la démarche initialement souhaité ni les difficultés d'accès au terrain et ce qu'ils disent du chercheur et de la réalité sociale (Arborio & Fournier, 1999, p.101). Une première vague représente la phase exploratoire (2.1). Une seconde vague correspond aux entretiens réalisés auprès des professionnels et à la réalisation d'un corpus de discours médicaux et de santé publique (2.2). Une troisième vague dévoile la concrétisation des observations sur la scène médicale (2.3). Enfin, la quatrième vague est représentée par les entretiens réalisés avec les parents et adolescents à leur domicile (2.4). Une dernière partie se consacre à l'inventaire des données récoltées (mixtes et multi-situées) et aux méthodes de son analyse (2.5). Les différentes vagues évoquées respectent la chronologie de l'enquête de terrain et se superposent. C'est la date à laquelle chaque étape débute qui m'a permis de définir un ordre chronologique. Cet ordre est primordial puisque c'est bien la

réalisation de la première étape qui a permis de réaliser la seconde et ainsi de suite. Aucune de ces étapes n'aurait été possible sans celle qui la précède.

Le pronom « je » sera préféré tout au long de ce chapitre. Pour comprendre les motifs de ce choix, se référer à l'encadré ci-dessous : « Le *"je" méthodologique* : reconnaître l'implication de l'ethnographe et ses enjeux. »

Le *« je » méthodologique* : reconnaître l'implication de l'ethnographe et ses enjeux

Cette enquête de terrain, proche d'une démarche ethnographique, reflète la participation importante du chercheur dans le phénomène qu'il étudie (Cléret, 2013). L'ethnographe doit considérer que ce qu'il est influence la situation qu'il observe. Ainsi, tout au long de la présentation du protocole de recherche, le pronom « je » sera utilisé et non plus le « nous » comme il est d'usage habituellement et pour le reste de la thèse. On pourrait le nommer le « *« Je » méthodologique* » (Olivier de Sardan, 2000). L'objectif est de mettre en avant le fait que ma posture, « je », a une influence sur l'ensemble des données récoltées et la manière dont j'y ai eu accès, ou non, étape après étape. Cette réflexion, grandement inspirée des travaux de Favret-Saada, soutient l'importance de la subjectivité de l'ethnographe dans la production d'un discours sur son objet d'enquête. « *Encore faut-il, pourtant, si l'on veut que ce discours* [de l'ethnographe] *soit plausible ou même intelligible, que ce moi s'énonce lui-même et dise à l'adresse de qui il tient ce discours sur l'autre : seul un être humain se dénommant lui-même "je" peut en désigner un autre comme « il »* ». (Favret-Saada, 1977, p. 43.). L'utilisation du « je » sera cantonnée à ce chapitre méthodologique afin de ne pas me perdre dans une « *introspection sociologique* » sans fin (Olivier de Sardan, 2000, p.419). Tout en évitant les pièges de la « *réflexivité à outrance* » (*ibid*.), je reste cependant convaincue qu'il est nécessaire, particulièrement en ethnographie, particulièrement dans un chapitre sur la méthodologie, de prendre en considération l'influence de sa propre posture, la relation qui s'est jouée avec les enquêtés, son expérience personnelle, etc. Si la mobilisation du « je » peut comporter des pièges aux yeux de certains, finalement, sa non-utilisation l'est également pour d'autres. En effet, l'implication du chercheur *« ne constitue pas seulement une source de confusion, un obstacle méthodologique à neutraliser, mais aussi le moteur de la recherche et de la ténacité qui lui est nécessaire, et l'origine de nombreuses découvertes* » (Rizet, 2007, p.289). Ainsi, en utilisant tantôt le pronom « je », tantôt le « nous », le souhait est de montrer que ces deux postures se nourrissent mutuellement et ont un véritable sens là où elles sont mobilisées.

2.1. La phase exploratoire et ses tâtonnements incontournables

Vague d'enquête n°1

Durée : janvier 2015 à juin 2015 (six mois)

Données recueillies : 17 entretiens auprès de professionnels - 4 entretiens auprès de familles

Lors de mon mémoire de recherche de Master 1 Sociologie et Développement Social (SDS)[41] à l'université Lille 3, je me suis intéressée à la thématique des inégalités sociales mêlée à celle de la famille et de l'école à travers l'étude de portraits biographiques d'étudiants issus de

[41] Le département Sociologie et développement social de l'Université de Lille propose une filière de formation qui associe une discipline universitaire - la sociologie - et une posture professionnelle - celle du développement social. Le Master Intervention et Développement Social se fonde sur les connaissances, les grilles d'analyse et les méthodes d'investigation de la sociologie, pensées dans une optique de proximité avec les terrains professionnels du développement social et orientées vers la formation de professionnels (praticiens de l'ingénierie sociale et chargés d'études).

classes populaires[42]. Suite à cette première année de master, ma motivation à approfondir les questions liées à la santé n'a été que grandissante. Issue d'une licence en Gestion Sanitaire et Sociale à l'université de Tours, les thématiques liées à la santé, à l'éducation à la santé, aux politiques de santé publique, et aux inégalités sociales de santé, m'avaient toujours interpellée autant que passionnée et je souhaitais les explorer avec une approche différente, davantage sociologique. Je me suis orientée vers le Master 2 Pratiques et Politiques Locales de Santé (PPLS)[43] en sociologie-ethnologie à l'université Lille 1. Durant cette deuxième année de master, au carrefour de toutes ces thématiques qui me préoccupaient, j'ai décidé de réaliser un mémoire de recherche sur l'obésité chez les jeunes, sous la direction de Mardon. Cette année de master 2 est considérée comme la phase exploratoire de la thèse.

Lors de la phase exploratoire j'ai d'abord pris connaissance d'un certain nombre de données statistiques éclairantes réalisées par exemple par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), ou encore la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). J'ai également orienté mes recherches vers quelques travaux sociologiques davantage quantitatifs autour de la distribution de l'obésité en termes de classes sociales, sexe et zones géographiques (Sobal & Stunkard, 1989 ; Mclaren, 2007 ; De Saint Pol, 2007 ; N. Darmon, 2008). Suite à cela, ma volonté scientifique était de participer à la compréhension des inégalités sociales que mettent en avant ces enquêtes et de rendre compte des expériences vécues par les jeunes en obésité et leurs parents. Mon désir était que les entretiens de type biographiques menés avec les jeunes et leurs parents soient le centre du dispositif méthodologique. J'ai cependant rapidement été confrontée au fait que l'obésité était un objet d'enquête délicat à appréhender et qu'il serait compliqué d'obtenir suffisamment de témoignages. Je propose de discuter de ces épreuves et négociations d'accès au terrain dans la présentation de cette phase exploratoire composée de divers événements ayant participé à guider la méthodologie à adopter et fournissant par la même occasion de premières informations sur le sujet d'étude. Les difficultés pour accéder aux jeunes en obésité ont diverses origines qui s'entremêlent et seront visibles tout au long de la description de cette phase exploratoire. Les épreuves de

[42] Ce mémoire de recherche s'intitule « *Je ne veux pas la même vie de galère que mes parents* » – Origine sociale et choix des études : Le rôle de la famille dans l'expérience scolaire et la définition d'un projet. Il a été réalisé sous la direction de Le Floch M-C.

[43] La spécialité "Pratiques et Politique Locales de santé" a été créée en 2000 pour répondre aux besoins particulièrement importants de cadres et d'experts au niveau local dans le domaine de la santé publique. L'objectif est de former des spécialistes capables d'aider à définir et de mener des politiques de santé territorialisées dans les collectivités territoriales, les associations et en région. La formation vise à donner des informations sur l'organisation territoriale de la santé, mais aussi à acquérir la maîtrise des cadres conceptuels permettant d'analyser les pratiques sociales qui influent sur l'état de santé.

négociations sur le terrain d'enquête (scolaire et hospitalier) révèlent à la fois le tabou, la stigmatisation, l'intimité et la culpabilité qui entourent ce sujet d'étude mais aussi ma position de chercheuse et les rapports sociaux de domination qui se sont joués avec certains médecins rencontrés, ou encore les difficultés pour la discipline sociologique à enquêter sur la scène médicale.

Je vais poursuivre en analysant mes propres difficultés d'accès au terrain d'enquête puisqu'elles constituent une richesse d'information pour le sujet d'étude. Cette phase exploratoire montre à quel point le temps de l'enquête ne se réduit pas aux moments explicites de recueil des matériaux mais redéfinit comme matériau potentiel tout événement qui prend place lors de l'enquête. Ce type de posture conduit à accorder une place à l'analyse de ce qui pourrait sembler n'être qu'une condition de possibilité de l'enquête et du début des « choses sérieuses » : les négociations de terrain et leur résultante, acceptation ou refus (M. Darmon, 2005). L'analyse de ma posture et son influence sera notamment inspirée de l'approche de la sociologue britannique Skeggs (1997, traduit en français en 2015)[44] qui insiste sur la « situation » depuis laquelle elle mène son étude et pointe du doigt le fait que tout énoncé, fût-il rigoureusement scientifique, est influencé par les conditions sociales de son émergence. Cette posture réflexive amène l'auteure à expliciter sa propre appartenance de classe et celle de ses enquêtées, des femmes « blanches » de « classes populaires ». La chercheuse explique ainsi être issue de classes populaires et s'autoanalyse comme une « transfuge de classe » (populaire puis universitaire) ce qui lui permet une meilleure appréhension du monde social qu'elle étudie : « l'expérience de la marginalité et du déplacement (à travers les frontières de classe), m'avait permis de mettre de la distance avec le lieu d'où je venais et celui où je me trouvais » (2015, p.73). Pour ma part, le contexte social dans lequel j'ai grandi, additionné à mon statut de femme, ont une influence certaine sur les données recueillies sur la scène médicale comme lors des entretiens au domicile des adolescents. Je préciserais donc un certain nombre d'éléments me concernant au fil de l'écriture.

[44] L'ouvrage de 1997 est tiré de sa thèse, qu'elle a basée sur le suivi de 83 femmes de classes populaires d'une ville industrielle du nord-ouest de l'Angleterre, inscrites à des cours de *caring* dans trois parcours professionnels distincts : travail social, paramédical et aide à domicile. Ces femmes sont « blanches » (guillemets utilisés par la sociologue), mais cette dimension est moins traitée que celle du genre et de la classe, ce que l'auteure énonce comme une des limites de son enquête. L'enquête a duré onze ans. La sociologue habitait la même ville que ses enquêtées, et enseignait dans leur établissement. Il faut également souligner que les travaux de thèse de Skeggs permettent de réintégrer une pensée en termes de classe au sein des études féministes, trop souvent disparue à l'époque.

Je vais commencer par faire état des épreuves et négociations rencontrées pour accéder au terrain d'enquête, notamment pas le biais de l'école puis par le biais de l'hôpital. Ensuite il s'agira de discuter de la difficulté d'interroger des adolescents en obésité et leurs parents à leur domicile.

2.1.1. Le collège, un terrain d'enquête révélateur d'un objet d'enquête tabou

J'ai tenté tout d'abord de rencontrer ces jeunes en obésité en passant par des collèges et plus précisément par les infirmières scolaires puisque leurs missions officielles comprennent la promotion de la santé, dont l'éducation nutritionnelle qui elle-même compte la prévention du surpoids, de l'obésité et la pratique du sport. L'école, lieu de socialisation important dans la construction identitaire, semblait un premier accès intéressant. J'ai alors débuté par des entretiens majoritairement auprès des infirmières scolaires, puis avec quelques directeurs de collèges et enfin un chef cuisinier responsable de la cantine scolaire. Ces entretiens auprès de professionnels étaient initialement perçus comme une stratégie pour obtenir leur confiance, me rapprocher des collégiens et ensuite pouvoir réaliser un certain nombre d'entretiens au domicile des jeunes concernés par l'obésité, voire des observations sur la scène scolaire pour enrichir les portraits biographiques. Cependant, accéder aux adolescents en obésité et leurs parents uniquement par le biais de l'école s'est révélé complexe.

D'un point de vue administratif les démarches pour avoir officiellement accès à l'école comme terrain d'enquête étaient lourdes et les délais trop longs à l'échelle d'un mémoire de master.[45] De plus, les infirmières scolaires rencontraient des difficultés relationnelles avec les parents dont les enfants étaient en surpoids ou en obésité. Lors des convocations individuelles où elles annoncent le « problème de poids » du jeune aux parents, elles expliquent la « tension »[46] qui prédomine au sein de l'entretien. Aussi, lors de l'organisation d'événements autour de l'alimentation au sein des collèges, elles font souvent face à des « échecs » à leur sens et expliquent que peu de parents acceptent de venir. Les questions liées à la santé des jeunes de manière générale sont difficiles à

[45] Il faut également préciser que je ne bénéficiais d'aucun réseau personnel-professionnel sur Lille me permettant de trouver plus facilement un terrain d'enquête.

[46] Ce terme reviendra à plusieurs reprises lors des entretiens avec les infirmières scolaires de cette phase exploratoire.

aborder, en particulier dans les écoles classées en éducation prioritaire selon leurs dires[47]. Sans énoncer de réelle opposition à ma présence au sein des écoles, elles concluent que mon projet de recherche de mémoire ne sera pas viable ou du moins très délicat à aboutir étant donné qu'elles-mêmes éprouvent des difficultés à mobiliser les parents autour des questions de santé et que la thématique de l'obésité provoque des échanges sous « tension ». Les infirmières scolaires rencontrées mettent alors fréquemment en avant la spécificité supposée de leur public pour justifier le refus d'accès au terrain. Ce refus d'accès au terrain est assez révélateur. Je suis confrontée à un objet de recherche délicat, dans le sens où les infirmières semblent gênées à me parler d'obésité et à en parler auprès des jeunes concernés et leurs parents. Elles expliquent leur peur d'accentuer la stigmatisation potentiellement déjà présente chez les jeunes et leurs parents. Ce refus d'accès au terrain est également révélateur des tensions parents–professionnels et de l'implication parentale des classes dites « populaires » remise en question, et jugée insuffisante par les infirmières en particulier en ce qui concerne la santé et l'alimentation. J'ai décidé de me servir des tensions exprimées par les infirmières, pour analyser ce phénomène du point de vue des familles lors des futurs entretiens réalisés[48].

Après une dizaine d'entretiens réalisés auprès de professionnels de l'éducation nationale, il s'est avéré qu'il était particulièrement digne d'intérêt de creuser leurs pratiques et discours. Les entretiens avec les professionnels ne pouvaient plus être relégués au seul rang de moyen d'accès aux adolescents et les difficultés d'accès au terrain devaient être considérées comme des ressources riches de sens qui devaient être investiguées.

De plus, afin de poursuivre l'enquête de terrain tant du côté des professionnels que des jeunes en obésité, il me fallait prendre en compte le fait que l'obésité est un sujet complexe notamment en raison de son caractère intime et du processus de stigmatisation qui lui est corrélé. J'ai alors fait le choix de ne plus « recruter » les adolescents dans un univers comme celui de l'école où leur obésité n'avait pas été diagnostiquée par un « spécialiste » et encore moins de manière

[47] Il est important de préciser que la zone géographique de notre enquête est grandement concernée par l'éducation dite prioritaire. À la rentrée 2015, l'académie de Lille était celle qui avait le plus grand nombre de REP+. Et si l'on additionne REP et REP+, elle se retrouve classée deuxième derrière Créteil.

[48] Les infirmières scolaires font l'objet d'une analyse à part entière dans le Chapitre 7 de la thèse où il s'agit de montrer qu'une annonce non sollicitée de l'obésité, comme celle effectuée par les infirmières scolaires, peut être vécue comme une stigmatisation supplémentaire dans le parcours du jeune.

« volontaire »[49], afin de ne pas moi-même les cibler et stigmatiser davantage. J'ai décidé de centrer mon travail d'enquête davantage sur l'univers médical. Ainsi, le diagnostic « obésité » avait déjà était posé et si les parents et adolescents étaient présents sur la scène médicale c'est qu'ils avaient « volontairement[50] » réalisé des démarches autour du poids.

J'ai donc décidé d'investiguer deux « sphères »[51] – professionnelle et familiale – avec la même assiduité plutôt que de me restreindre aux portraits biographiques. Lors de cette phase exploratoire j'ai interrogé différents professionnels, de différentes disciplines et différentes structures. Ils avaient comme point commun de travailler auprès d'adolescents en obésité, mais ils n'appartenaient pas exclusivement au milieu médical et n'étaient pas tous forcément reconnus comme des spécialistes. Au total, j'ai interrogé dix-sept professionnels durant cette phase exploratoire : infirmières scolaires - directeurs de collège - chef cuisinier de collège - nutritionnistes - pédiatres - directrice adjointe de SEGPA collège - responsable d'équipe dans une Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale - directrice d'association - chargée de mission CCAS - infirmière-diététicienne dans une Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale. Ce qui ressort de cette liste d'entretiens qui constitue ce que je nomme la « sphère » professionnelle, c'est que finalement, à l'issue de la phase exploratoire, je n'avais pas encore réussi à pleinement entrer dans l'univers médical. Les professionnels interrogés travaillaient tant dans l'éducation nationale (collège), que le secteur social (UTPAS), le secteur associatif et médical. En prenant, en effet, la décision d'ouvrir mes entretiens au milieu médical, ce dont je n'avais pas conscience, c'est que si l'on souhaite mener des entretiens ou observations au sein d'une institution comme l'hôpital, il est presque indispensable de passer par une étape de négociations, autrement dit, une succession de démarches (M. Darmon 2005 ; Derbez,

[49] Les infirmières scolaires sont amenées à effectuer le calcul de l'IMC qui en effet participe à déterminer médicalement si le jeune est en obésité ou non, mais pour autant, cela ne fait pas des infirmières scolaires des spécialistes de l'obésité dans les représentations des parents et des jeunes qui les perçoivent comme illégitimes à poser ce diagnostic. Aussi, ces consultations où l'infirmière annonce l'obésité du jeune, ne sont pas à l'initiative de la famille, ce qui participe à expliquer la « tension » qui peut exister lors de ces échanges.

[50] Nous verrons que cette notion est à nuancer. Si le choix de consulter un médecin spécialisé pour le poids peut sembler être « volontaire », dans le sens où c'est un choix « intentionnel » qui émane de l'enfant et des parents, nous verrons que d'autres motifs peuvent co-exister, qu'ils soient conscients (comme l'ordre d'un juge pour enfant afin d'éviter un placement) ou non (comme le harcèlement scolaire).

[51] J'utilise le terme de « scènes » et de « sphères » dans ce chapitre méthodologique. Il y a une distinction à faire entre ces deux notions. Le terme « scène » désigne simplement le lieu où se déroule la représentation. La scène médicale peut alors recouvrir les associations, les hôpitaux ou les centres spécialisés, autant de lieux où sont présents les professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'adolescent en obésité. La scène familiale désigne le domicile familial, le lieu où réside le jeune en obésité et ses parents. En revanche le terme de « sphères » fait davantage référence à un concept, dans la lignée de celui de « mondes sociaux ». Parler de « sphère » permet de rendre compte de la séparation théorique entre la construction médicale et la construction parentale de la gestion de la maladie. Il est par exemple possible d'observer sur la scène médicale lors des consultations, des éléments qui fournissent des informations autant sur les représentations et pratiques au sein de la sphère familiale qu'au sein de la sphère médicale. Contrairement à la scène familiale à laquelle les professionnels n'ont pas accès, la scène médicale est le témoin des interactions entre deux mondes, entre deux sphères.

2010). Je vais alors relater une étape de négociations particulièrement marquante pour mon enquête qui s'est déroulée sur la scène hospitalière.

2.1.2. La légitimité d'une sociologue remise en question sur la scène hospitalière.

Les difficultés d'accès au terrain ne sont pas chose rare et « chaque chercheur pourrait probablement établir une liste des lieux dont on lui a rendu l'accès difficile ou parfois même impossible » (Fassin, 2008a, p.9). La place du sociologue sur le terrain médical n'est pas aisée comme le montrent les études réalisées dans le domaine de la santé. En plus de son travail d'enquête, il a un travail de mise en confiance et de démonstration des compétences de sa discipline à réaliser. Cet enjeu de légitimation de la discipline sociologique m'a demandé un réel investissement. La demande formulée par l'enquêteur en sociologie doit correspondre aux « normes du monde médical » (M. Darmon, 2005, p.104) c'est-à-dire à ses codes, son langage et à ses standards de scientificité[52]. La retranscription puis l'analyse des négociations que je propose, permet de fournir un matériau dont l'étude ne se réduit pas à une introspection de l'enquêteur ou à une dénonciation vengeresse, mais permet d'utiliser une réflexivité tournée vers le terrain comme un outil décisif pour faire de la sociologie (*ibid*. p.112)

Mon premier entretien sur la scène médicale s'est déroulé avec un médecin spécialisé dans la prise en charge de l'obésité des enfants et adolescents, le Dr Andreï, et reflète deux univers qui se rencontrent, mais ne se comprennent pas. Je vais exposer ci-dessous un extrait du journal de terrain[53]. Je vais m'appuyer sur l'article *s'imposer aux imposants* écrit par Chamboredon et *al*. (1994) et celui de la sociologue M. Darmon intitulé *Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain* (2005) afin de nourrir l'analyse de cet extrait de journal de terrain. L'expérience d'entretien de M. Darmon auprès d'un psychiatre, sur la scène hospitalière spécialisée de l'anorexie, à l'époque où elle était étudiante, ressemble de manière flagrante à notre expérience avec le Dr Andreï, médecin spécialisé dans la prise en charge de l'obésité.

---

[52] Sur cette question des standards scientifiques, nous verrons lors de la seconde vague d'enquête (2.2) que l'accès à l'hôpital a été également complexe notamment parce que mon enquête sociologique-etnographique ne correspondait pas au protocole administratif imposé par l'hôpital, et plus particulièrement la loi Jardé.

[53] Je minimiserai la description du médecin, voire la modifierais légèrement, par souci d'anonymat et de confidentialité puisque j'enquête dans un milieu d'interconnaissance relativement restreint où les acteurs peuvent facilement s'identifier entre eux. Le concept d'interconnaissance sera développé lors de la seconde vague d'enquête (2.2.1) ainsi que l'intérêt de la notion de confidentialité et d'anonymat sur notre terrain d'enquête.

L'exercice de s'imposer aux imposants

Pour ce premier contact avec un « spécialiste », j'ai téléphoné au secrétariat du service concerné par la prise en charge de l'obésité à l'hôpital A. La secrétaire m'a alors transmis les coordonnées du médecin qu'elle jugeait le plus apte à répondre à ma demande, le Dr Andreï, à qui j'ai donc envoyé un courrier électronique composé de diverses pièces jointes informatives et auquel il répondit favorablement en me proposant une date de rendez-vous.

Le Dr Andreï est donc spécialisé dans la prise en charge de l'obésité et également professeur à l'université de médecine.

Nous sommes dans son bureau consacré habituellement aux consultations et j'occupe la place assignée ordinairement aux patients. Sans me laisser le choix, il me signale que d'autres collègues médecins viendront se joindre à notre rendez-vous par la suite. Je débute l'entretien en le remerciant d'avoir accepté cet échange et en proposant de lui rappeler mon sujet de recherche de mémoire et les motifs précis de ma venue. Le Dr Andreï m'interrompt aussitôt.

- **Dr Andreï :** *Je vous arrête tout de suite. Il vous faut d'abord prendre conscience qu'il est exceptionnel qu'un médecin comme moi accepte une demande d'entretien formulée comme ça. Votre sollicitation ne suit aucun protocole. Si vous continuez comme ça, vous n'aurez jamais d'autres réponses que la mienne.*
- ***Enquêtrice :*** [gênée et intimidée] *Qu'est-ce que vous entendez par « protocole » ?*
- **Dr Andreï :** *Moi-même je suis professeur, je dirige des thèses dans cette université et je ne laisse pas mes thésards solliciter eux-mêmes leurs entretiens* [rire]. *Qui est votre directeur de mémoire ? À quel laboratoire êtes-vous rattaché ?*

Je réponds à ses questions et tente de lui expliquer qu'il n'existe pas, à ma connaissance, un unique « protocole » strict et imposé académiquement aux étudiants et/ou doctorants désireux de solliciter des entretiens. Il m'explique alors son point de vue.

- **Dr Andreï :** *En médecine lorsqu'un thésard souhaite solliciter un entretien, il envoie un projet de recherche détaillé, suivi d'un curriculum vitæ et d'une demande officielle rédigée par son tuteur* [rire]. *Je n'ai reçu aucun courrier de la part de vos encadrants et aucune signature de leur part n'apparaît dans votre résumé de projet de recherche.*

Il utilise un ton étonné et intimidant pour me demander si c'est une procédure normale en sociologie de solliciter soi-même ses entretiens. Il en vient finalement à critiquer les méthodes sociologiques. Je me sens de plus en plus gênée par la tournure de l'entretien. Il parle vite et pose de nombreuses questions sans me laisser de temps pour réellement y répondre.

- ***Enquêtrice :*** *Je suis désolée. Nos protocoles semblent en effet différents, je comprends votre questionnement. Ce que je peux vous proposer c'est de faire des démarches en ce sens et vous faire parvenir l'ensemble de ces documents à l'issue de notre entretien.*

Il hausse les épaules sans répondre à ma proposition et me demande de lui faire un portrait des thématiques de recherche de ma directrice de mémoire, ainsi que de ma future directrice de thèse, puisque je lui ai fait part de mon désir de poursuivre vers un doctorat. Puis, une fois mes réponses formulées, il me demande de détailler davantage mon projet de recherche (références bibliographiques, nombre d'entretiens prévus, lieu d'enquête, durée, etc.). Ses questions sont difficilement applicables à la discipline sociologique, en particulier qualitative et me mettent dans une situation embarrassante.

- **Dr Andreï :** *Et alors en quoi consiste votre projet de recherche sur l'obésité exactement ? Pourquoi la sociologie s'y intéresse ? Vous savez quelle est la définition médicale de l'obésité pour commencer ? Et sur quelle littérature sociologique vous appuyez-vous ? Vous savez qu'il y a des données anglo-saxonnes sur l'alimentation en sociologie ? Vous devriez vous renseigner de ce côté* [il énumère une série d'auteurs et ne me laisse pas le temps de répondre]. *Et quelle méthodologie vous souhaitez appliquer ? Quel est votre échantillon d'enquête ?*
- ***Enquêtrice :*** *Je m'appuie plus sur une méthodologie qualitative, en fait j'aimerais interroger différents professionnels spécialisés comme vous, mais aussi des jeunes en obésité qui suivent une prise en charge médicale, pour croiser les regards et idéalement je souhaite réaliser des observations…* [Il m'interrompt à nouveau].
- **Dr Andreï :** *Je vous préviens tout de suite, il va être très compliqué d'interroger des patients, c'est même impossible, c'est privé ici, l'hôpital n'acceptera jamais, puis il faut l'accord de chaque patient, on ne va pas leur imposer votre présence, en plus il s'agit de mineurs, vous vous rendez compte ?*

Extrait du journal de terrain, entretien avec le Dr Andreï, hôpital A

La domination de l'enquêté sur l'enquêtrice peut recouvrir des formes différenciées, dont fait état l'entretien avec le Dr Andreï. Les rôles d'interviewé et d'interviewer s'inversent dès le départ et je me retrouve soumise à une évaluation qui durera plus d'une heure avant que je puisse débuter mes propres questions d'enquête. Nous pourrions parler d'« interaction inversée » au sens de Chamboredon et *al*. (1994, p.127). Le médecin débute l'entretien en remettant en question ma manière de solliciter un entretien, puis me questionne sur mes références bibliographiques, ma problématique, ma méthodologie, mes directeurs de thèse/mémoire, tout ce qui constitue à ses yeux le « protocole » de recherche que tout bon étudiant en médecine doit fournir. Il joue le rôle du « professeur » face à son élève et préfère me donner des conseils, voire des directives de travail, plutôt que de répondre à mes questions en tant qu'enquêté. Il se place en expert de mon sujet de mémoire et refuse d'être un élément de mon enquête. Aussi, il me pose des questions sans réponses possibles de ma part dans le but de démontrer ma non-compétence médicale (« *quelle est la définition médicale de l'obésité pour commencer ?* »). À travers ces questions, il montre une grande confiance et maîtrise de son propre monde, médical, ainsi que de mon monde, sociologique, lorsqu'il me recommande par exemple différents auteurs sociologiques, anglo-saxons, signe ultime d'une domination à mon égard[54]. Je me suis rapidement trouvée dans une position inconfortable, intimidante, de l'étudiante qui ne maîtrise pas son sujet d'enquête aux yeux du médecin, lui, spécialiste incontournable depuis de nombreuses années de cette « pathologie ». Cet extrait d'entretien n'est également pas sans rappeler l'expérience de négociations d'accès au terrain hospitalier dans le domaine de la recherche clinique en cancérologie, du sociologue Derbez (2010) lors de sa thèse. Ce dernier évoque, en effet, le « malentendu épistémologique » auquel il est amené à faire face lors d'un entretien auprès d'un médecin coordinateur d'un essai clinique, et, le risque existant pour l'anthropologue d'être soumis aux exigences scientifiques dominantes dans le milieu qu'il étudie (*ibid.* p.113). Enfin, cet entretien montre que le Dr Andreï perçoit la sociologie comme une « discipline auxiliaire » de la science médicale. Elle sert de support à une autre science pour que celle-ci puisse parvenir à ses objectifs. La sociologie comporte des limites selon lui, par exemple, il est inapproprié pour un sociologue de pouvoir s'imaginer réaliser des observations sur la scène hospitalière, pour des raisons éthiques, mais aussi parce que la parole des patients retranscrite par le professionnel devrait être suffisante.

---

[54] Ce point est également énoncé dans l'entretien de Darmon (2005, p.103) avec le Dr Y : « *Aux manifestations par Y de sa maîtrise du monde médical s'ajoute, et c'est là un signe encore plus patent de la situation de domination, une posture de maîtrise du monde de l'enquêtrice elle-même : toute l'attitude de Y vise à montrer qu'il sait ce qu'est la sociologie, une « technique » sans « rigueur », qu'il sait qu'elle ne peut pas « être intéressée » par son expérience, qu'il connaît, mieux que l'enquêtrice, le champ bibliographique en sociologie, qu'il sait enfin, « merci », ce qu'est un entretien non directif.* »

Ce premier entretien est certainement révélateur de ma connaissance non suffisante des codes qui régissent la sphère médicale. J'ai donc rectifié ma manière de procéder, par la suite, afin d'être plus en adéquation avec les « protocoles » du milieu médical[55]. L'entrée dans un milieu est forcément teintée d'erreurs, lesquelles jalonnent la socialisation du chercheur :

> Le refus essuyé par les chercheurs dans leur premier contact avec le milieu a souvent pour origine leur ignorance complète des règles qui y ont cours. Ainsi leur première expérience, si elle n'entraîne pas une exclusion totale, leur apprend une règle à observer et leur indique une réorientation de leur recherche. (Peretz, 2004, p.65)

Mais cet extrait de journal de terrain révèle également les tentatives d'un chercheur à légitimer l'intérêt de sa discipline à porter un regard sur une « maladie », celle de l'obésité. Cela révèle par la même occasion l'injonction faite au sociologue de faire correspondre sa démarche de recherche aux normes de la sphère médicale[56] et révèle enfin la domination de l'enquêté, médecin de renom spécialiste de l'obésité, professeur à l'université de médecine, dirigeant plusieurs thèses de médecine, sur l'enquêtrice, jeune étudiante en sociologie n'ayant aucune expérience ni formation, ni réseau dans le milieu hospitalier et étant éloignée des codes, du langage et des standards du milieu médical.

Je vais détailler la manière dont j'ai tout de même réussi à accéder aux adolescents et leurs parents durant cette vague exploratoire, sachant que cela ne s'est pas fait par le biais du secteur médical. Je vais également exposer les épreuves rencontrées qui m'ont permis d'ajuster la méthodologie par la suite.

2.1.3. La délicate entrée de la sociologue au domicile familial : l'obésité comme sujet intime

S'il existe une réelle difficulté pour accéder au terrain hospitalier, il existe également une difficulté à accéder aux adolescents et leurs parents et s'entretenir avec eux lorsque l'objet étudié concerne l'obésité. Parler de son obésité, ou celle de son enfant, est un sujet tabou pour certains et qui

[55] Suite à l'entretien avec le Dr Andreï, je lui ai envoyé par courrier électronique l'ensemble des documents demandés. Et, j'ai appliqué le « protocole » conseillé lors de la sollicitation d'autres entretiens dans le milieu médical.

[56] Ce point sera approfondi lors de la troisième vague d'enquête (2.3.1)

soulève plusieurs thématiques : rapport au corps, rapport à l'alimentation, éducation parentale, stigmatisation, culpabilité maternelle.

La « famille » étant le cœur de cette partie, il me semble important de commencer par une explication de l'usage de ce terme à travers l'encadré exposé ci-dessous : « Quelques précautions à l'usage du terme de "famille" »

Quelques précautions à l'usage du terme de « famille »

Il est intéressant de distinguer ce qui relève d'une « catégorie de la connaissance » de ce qui relève de la « catégorie de la pratique », c'est-à-dire une catégorie désignée par la pratique sociale, la pratiques des politiques publiques et ajoutons la pratique médicale en ce qui concerne l'obésité. Le sociologue Commaille (2009) pose la question de savoir s'il ne faudrait pas penser une catégorie de la connaissance qui serait différente de cette catégorie de la pratique qu'on appelle la « famille » ? Cette question m'invite à être prudente sur l'usage de la catégorie « famille » et à davantage utiliser le terme d'adolescents et de parents pour être plus précise. Pour désigner au mieux les acteurs qui se cachent derrière le terme de « parents », je ferais la distinction entre les pères et les mères quand cela sera nécessaire puisque nous verrons que parfois la mère occupe une place centrale dans la gestion de la maladie de l'adolescent en obésité. L'utilisation du terme « famille » ne sera pas privilégiée, sauf pour désigner précisément une catégorie pratique, une catégorie indigène. Cela participe à ne pas occulter la diversité des formes familiales, c'est-à-dire les différentes positions occupées par les individus et les situations d'inégalités que les politiques publiques ont tendance à masquer par l'emploi de la catégorie « famille ». Nous espérons ainsi participer à repenser de nouvelles catégories de la connaissance qui permettent de comprendre et de donner sens aux modes de fonctionnement « privé » des individus et de leur rapport avec la structuration du social et du politique.

Peu d'enquêtes sociologiques qualitatives proches de l'ethnographie, à ma connaissance, ne se centrent sur les jeunes en obésité, leurs représentations et pratiques. Aussi, lorsque c'est le cas, les difficultés pour avoir accès à ces adolescents sont évoquées. On perçoit ce difficile accès dans l'article de Eyer, Favre et Zwick intitulé *Les perceptions sociales de l'alimentation et du corps chez les jeunes* (2004) où les auteurs décident de réorienter leur problématique initiale pour ne plus avoir à interroger de jeunes en obésité :

> Dans un premier temps, il était prévu d'interroger des jeunes "normaux" et d'autres en excès de poids afin de mettre en évidence si d'éventuelles différences pouvaient apparaître au niveau de leurs perceptions. Très tôt, il est apparu que la réalisation d'entretiens avec des personnes obèses serait difficile. En effet, toutes les personnes contactées, une dizaine en tout, ont refusé de s'entretenir sur le sujet […] Nous avons donc décidé de réorienter notre recherche en modifiant l'angle d'approche de la thématique. Nous avons alors rencontré principalement des jeunes ayant un poids "normal" afin de comprendre leur rapport à l'alimentation et au corps et de saisir comment ils perçoivent l'obésité. (Eyer, Favre & Zwick, 2004, p.8)

Aussi, l'article de Tibère et *al*. (2007) qui permet d'éclairer le vécu des jeunes en obésité à l'égard de la stigmatisation, est réalisé grâce à une enquête sur les échanges d'adolescents en obésité sur un forum du site internet : obésité.com. Le choix de mobiliser un forum de discussion plutôt que des entretiens, peut participer à montrer la difficulté du sujet abordé, la difficile pratique de l'entretien en face à face. La thèse de Keppens (2010) met également en avant les difficultés à enquêter sur l'obésité, cette fois plus particulièrement auprès des mères ayant un enfant en obésité. Après une année de tentatives d'accès au terrain hospitalier spécialisé dans l'obésité, n'ayant pas assez d'entretiens, malgré la légitimation de sa posture par les médecins[57], la sociologue se voit contrainte de réorienter sa problématique vers une comparaison diabète-obésité. Ces difficultés d'accès à la parole des jeunes en obésité, de leurs parents mais aussi plus largement des adultes en obésité méritent pourtant d'être solutionnées selon nous pour notamment éclairer les mécanismes liés à la culpabilité, à la stigmatisation et aux inégalités. En ce sens, la sociologue Carof (2014) constate le peu d'études françaises ayant comme problématique la corpulence et suggère aux enquêtes sociologiques concernant l'obésité de se focaliser davantage sur les représentations des individus concernés, leurs pratiques quotidiennes et la manière dont ils peuvent ajuster, subvertir ou critiquer ces normes corporelles dominantes.

Il me fallait tout d'abord être prudente sur la manière de « recruter » les jeunes. J'ai obtenu quatre coordonnées de parents *via* une Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) lors d'un entretien auprès d'une professionnelle responsable du service d'aide à l'enfance. J'ai compris lors de l'échange avec cette dernière que quelques adolescents y étaient suivis pour leur surpoids et/ ou obésité par une infirmière-diététicienne de l'UTPAS. Après avoir également effectué un entretien auprès de cette infirmière, il m'a semblé intéressant d'entrer en contact avec ces jeunes sachant que ce choix d'être suivi émanait d'eux-mêmes et ne constituait en aucun cas une obligation des professionnels[58]. S'ils avaient décidé d'être suivis pour leur poids, il y avait des chances qu'ils acceptent de me rencontrer pour en parler. Cela a en effet été le cas de quatre jeunes. Mes interactions avec les professionnelles de l'UTPAS ont été très différentes de celles avec le milieu médical très certainement en raison de ma plus grande connaissance pour le secteur sanitaire et

[57] Pourtant, la sociologue précise que sa précédente formation en tant que kinésithérapeute et ses années d'expérience en centre hospitalier lui conféraient une certaine légitimité aux yeux des professionnels du milieu hospitalier. Cette légitimité accordée à la sociologue est importante à souligner car elle indique au moins ce à quoi n'est pas lié son refus d'accès au terrain : « De par ma situation personnelle, dans laquelle j'ai une première formation en kinésithérapie, avec une expérience professionnelle de sept années (en cabinet et en hôpitaux), j'avais déjà intégré la culture de l'hôpital. […] J'ai pu effectivement remarquer que cette position me servait dans la prise de contact. Ainsi, j'ai bénéficié d'une certaine légitimité quand je me suis présentée, même si cela ne m'a pas évité d'essuyer des refus. » (2010, pp.111-112)

[58] Au contraire, les demandes étaient tellement nombreuses de la part des familles, qu'il était impossible d'accepter tout le monde.

social[59] et potentiellement de notre plus grande proximité en termes de classe sociale et de politique[60].

Une fois l'entretien obtenu, il fallait à nouveau être prudente sur ma posture au domicile des adolescents et parents, mères[61], afin de ne paraître ni intrusive, ni jugeante, ni culpabilisante. Déjà, le fait de s'entretenir au domicile de la personne constitue un pas vers leur intimité, « une intrusion dans la vie des personnes contactées : intrusion dans leur agenda et leur temps personnel, mais aussi intrusion dans leur intimité et leur monde personnel » (Demazière, 2008, p.20). Dans les représentations sociales, le domicile est par excellence lieu privilégié d'accueil de l'intime (Djaoui, 2011) et du care, entendu dans sa double acceptation de « prendre soin » et de « se soucier » (Tronto, 2009) de soi et des autres, en l'occurrence de sa famille. Dans le cas de mon enquête, je mets en parallèle les logiques sous-jacentes à l'intervention à domicile du chercheur avec une intervention de type sociale ou médico-sociale. Toute intervention sociale ou médico-sociale au domicile est, pour le professionnel, risque potentiel de confrontation avec l'intimité de l'autre (Djaoui & Large, 2000). Cela renforce le sentiment d'intrusion qui peut être vécu par les parents et les jeunes : « L'aide qu'apportent les divers professionnels est souvent soulignée et louée par les familles (…), mais elle n'en représente pas moins une pression, une forme atténuée d'inquisition qui vient décortiquer l'organisation domestique ou fouiller le passé familial » (Eideliman, 2010, pp. 87-88). Si j'utilise cette comparaison entre ma posture de chercheuse et l'intervention sociale à domicile, à ce stade de la recherche, c'est que mon entrée au domicile de ces quatre adolescents a été possible grâce à un service d'accompagnement à l'enfance (PMI) et par conséquent les parents m'identifiaient majoritairement à une étudiante en formation d'assistante sociale[62].

---

[59] Je suis en effet diplômée d'une licence en gestion sanitaire et sociale et j'ai effectué différentes stages durant mon parcours universitaire qui y sont liés (maison de l'emploi, prévention santé-précarité, service d'accompagnement à la vie sociale) mais aussi et surtout, je suis issue d'une « famille » monoparentale où ma mère a travaillé de nombreuses années dans une association dont l'objectif était d'accompagner des personnes en situation de grande précarité. Aussi, très jeune, j'ai à plusieurs reprises observé diverses consultations au sein de cette association et me suis familiarisée tant avec le public accompagné que les professionnels accompagnants.

[60] En ce qui concerne la proximité politique, les mois durant lesquels j'effectue les entretiens au sein de l'UTPAS correspondent à une période particulière où sont effectués de profonds changements politiques notamment en raison de la fusion des régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie. Ainsi, cela amène les professionnels très préoccupés par la situation à en discuter de manière informelle, à soulever des enjeux politiques et me permet ainsi de situer politiquement ces derniers.

[61] Sur les quatre « familles » rencontrées, il n'y a qu'un seul père qui sera présent étant donné que les autres familles sont en situation de divorce ou monoparentale. Les pères sont donc majoritairement absents de mes entretiens, mais aussi et surtout de la vie des adolescents.

[62] Cette identification entraine par exemple les mères à plusieurs reprises à me demander de transmettre un certain nombre d'informations aux professionnels de l'UTPAS, voire de « défendre » leur situation auprès de certains afin de bénéficier d'une meilleure image auprès de ce qu'ils nomment les « services sociaux ».

Il me fallait être prudente dans les questions à aborder. En effet mes thématiques d'enquête examinent les représentations face à la corpulence, les habitudes alimentaires et corporelles familiales qui relèvent de la sphère intime. Cette intimité est davantage exposée puisqu'il s'agit d'interviewer non pas seulement des jeunes, mais aussi leurs mères, et derrière cela, leur mode d'éducation avec tous les enjeux que cela soulève. Les mères peuvent se sentir jugées sur leur capacité à gérer le quotidien familial, à être de « bons parents », à nourrir « correctement » leur enfant, à en prendre soin, à le maintenir en bonne santé, etc. La « culpabilité maternelle » (Eideliman, 2008) est d'ailleurs un sentiment fortement partagé chez les mères d'adolescents en obésité et sera une thématique approfondie dans la suite de la thèse. En prenant conscience de cela lors du premier entretien, les thématiques abordées et la manière de le faire ont évolué. Il a fallu que je me détache fortement de cette image d'interrogatoire voire d'« enquête sociale ». Pour cela, il fallait repenser cette volonté d'être méthodique et rigoureux à tout prix : moins de questions et plus de « *souplesse* » était de mise pour mener les entretiens (Le Play, cité par Blanchet & Gotman, 1992, p.13). « Mieux vaut écouter qu'interroger » (*ibid.*). Cette formulation est représentative de la façon dont j'ai alors procédé dès le deuxième entretien : l'écoute, ponctuée de quelques relances lorsque cela est nécessaire. Comme l'explique Thompson à propos des récits de vie, « le chercheur est préparé à recevoir l'inattendu, et plus encore que le cadre d'ensemble lui-même au sein duquel les informations sont recueillies n'est par déterminé par le chercheur, mais par l'informateur… c'est le questionnement qui doit s'insérer dans ce cadre et non l'inverse » (cité par Blanchet & Gotman, 1992, p.39). Grâce à cette écoute et au fait que j'insiste sur ma non-appartenance à l'UTPAS, les parents semblaient plus en confiance et de nouvelles thématiques sont apparues. Par exemple, l'importance du contexte socio-économique des parents, le rôle de la mère prédominant dans la gestion des soins aux enfants, le cumul des démarches de soins, le cumul des problématiques liées à la santé et au social, le harcèlement scolaire des adolescents, la déscolarisation, la souffrance des adolescentes. J'ai considérablement réduit les questions liées aux pratiques alimentaires elles-mêmes. Les parents comme les jeunes répondaient que trop peu à ces questions. En revanche, il était plus adéquat d'aborder l'alimentation à travers l'histoire familiale globale, l'accessibilité à une alimentation suffisante, les tensions liées à l'alimentation au moment des repas par exemple, la gestion des placards alimentaires, les sorties aux *fast food* etc. Ma méthodologie d'enquête s'est donc progressivement ouverte et j'ai souhaité aborder la thèse avec une démarche davantage inspirée de l'induction.

2.2. Corpus de discours médicaux et entretiens auprès de professionnels

Vague d'enquête n°2

Durée : mars 2016 à juillet 2018 (28 mois)

Données recueillies : 38 entretiens auprès de professionnels + analyse de corpus de discours médicaux

Cette deuxième vague d'enquête s'est déroulée sur un peu plus de deux années et se compose d'un corpus de documents médicaux de natures différentes (littérature médicale, documents spécialisés à destination des professionnels, supports médiatiques, formations destinées aux professionnels, etc.), de programmes de santé publique (recommandations HAS, PNNS, PO, etc.) et de 38 entretiens semi-directifs auprès de différents professionnels. Ces professionnels ont pour point commun d'accompagner des jeunes en obésité en s'inspirant de manière officielle ou non de l'ETP. Ces différents éléments récoltés durant la seconde vague d'enquête seront centraux dans la constitution de la Partie 2 de la thèse. Si la démarche inductive et les observations sur la scène médicale étaient pourtant pressenties au début de la thèse, les diverses contraintes rencontrées, académiques[63] ou de terrain, m'amènent *a posteriori* à qualifier ma méthodologie qualitative davantage comme mixte et multi-située, ce qui n'empêche pas ma démarche générale de s'être inspirée de l'induction.

La démarche inductive initialement envisagée s'inscrit dans la lignée de la *Grounded Theory* de Glaser et Strauss (1967) dans le sens où il s'agit d'élaborer une théorie qui découle inductivement de l'étude du phénomène qu'elle présente :

[63] Au delà des difficultés purement liées à l'accès difficile au terrain médical, il faut rappeler que cette thèse est faite dans un cadre non financé, où j'ai dû me concentrer dès mon entrée en doctorat à prioritairement trouver un travail « alimentaire ». Au-delà de mes espérances, mon premier emploi a été d'occuper le poste d'ingénieure d'études CNRS pour un projet ANR intitulé Responsabilité Sociale des Journalistes : Médias, Diversité et Sport (RSJ-MéDiS). Ce travail au côté du responsable du projet Fabien Wille, professeur en STAPS à l'université de Lille 2, a débuté fin février 2016. C'est donc pour cette raison que je fais commencer la date de cette deuxième vague d'enquête au même moment. La recherche d'emploi est un travail à temps plein qui ne m'a pas permis d'entamer l'enquête de terrain sereinement plus tôt. En parallèle, durant la troisième année de la thèse j'ai également menée une recherche en tant que sociologue indépendante sur l'alimentation et la précarité dans le quartier de Lille-Fives pour un laboratoire de recherche situé à Paris. Puis, j'ai effectué quelques vacations à l'université de Lille 1 au sein de la licence de sociologie et du master PPLS. Ces différents emplois qui prennent place en parallèle au travail de thèse, participent à expliquer ma volonté de trouver rapidement un échappatoire face à la méthode inductive pressentie initialement et aux observations qui peinaient à se mettre en place C'est notamment pour cette raison que j'ai décidé de poursuivre les entretiens auprès des professionnels du milieu médical, même s'ils ne débouchaient pas sur des observations, et qu'en parallèle j'ai décidé de constituer un corpus de documents médicaux.

> C'est-à-dire qu'elle est découverte, développée et vérifiée de façon provisoire à travers une collecte systématique de données et une analyse des données relative à ce phénomène. Donc, collecte de données, analyse et théorie sont en rapports réciproques étroits. On ne commence pas avec une théorie pour la prouver, mais plutôt avec un domaine d'étude et on permet à ce qui est pertinent pour ce domaine d'émerger. (Strauss, 1992, p.53)

Ma démarche peut aussi être qualifiée de compréhensive, c'est-à-dire qu'elle essaie de saisir le sens vécu d'une situation, la compréhension d'un phénomène, ici la construction de la trajectoire de maladie d'un adolescent en obésité. Elle prend en compte la subjectivité de la parole de l'enquêté et sa singularité comme des éléments par lesquels il est nécessaire de passer pour comprendre l'expérience vécue et ensuite produire la théorie (Kivits et *al*., 2016, p.167)

Cette vague d'enquête a constitué un moyen de me socialiser au milieu médical enquêté puisque, de rencontre en rencontre, j'ai identifié les acteurs clés spécialisés, j'ai créé un lien de confiance avec un milieu restreint de professionnels, j'ai développé un langage spécialisé et progressivement négocié l'accès aux observations. Une première partie développera l'intérêt d'une ethnographie en milieu d'interconnaissance ainsi que les difficultés auxquelles j'ai été confrontée. Ce sont ces difficultés d'accès au terrain très spécialisé de l'éducation thérapeutique de l'adolescent en obésité dans le Nord et le Pas-de-Calais qui m'ont conduite à réaliser un corpus des documents médicaux et à multiplier les entretiens réalisés auprès de professionnels.

2.2.1. Enquêter en milieu d'interconnaissance professionnelle

La longue phase de négociations des observations a eu des conséquences sur le contenu de cette deuxième vague d'enquête. Cette dernière est même devenue une étape conséquente et incontournable au bon déroulement de toutes les étapes suivantes en me permettant d'apprivoiser un milieu médical restreint et de me socialiser[64] avec les professionnels qui mettent en place un accompagnement thérapeutique pour adolescents en obésité. J'ai dû réaliser un bon nombre d'entretiens et solidifier le corpus de documents avant que cette recherche prenne une tournure ethnographique comme il était initialement souhaité.

[64] Le terme de socialisation permet de comprendre sur quoi repose cette étape de recherche, dans le sens où j'ai intégré des « normes », des « codes de conduite », et où je me suis familiarisée avec certaines « valeurs »

Au-delà du processus de socialisation nécessaire, cette vague d'enquête conséquente aura permis la réalisation d'une « monographie locale » et l'étude d'un milieu d'« interconnaissance professionnelle » (Beaud & Weber, 2010, p.69 et p.75). L'interconnaissance désigne « un ensemble de personnes en relation directe les unes avec les autres ou plus exactement qui disposent, les unes sur les autres, d'un certain nombre d'informations nominales » (Beaud & Weber, 2010, p.275). Enquêter en milieu d'interconnaissance est la condition fondamentale pour réaliser une étude ethnographique selon Beaud et Weber (*ibid.* p.274). Mais enquêter en milieu d'interconnaissance professionnelle appelle en revanche le chercheur à l'exigence, non seulement de l'anonymat, mais aussi de la confidentialité lors du travail d'écriture. Ces éléments sont détaillés dans l'encadré ci-dessous exposé : « *Les exigences de la confidentialité d'un terrain en milieu d'interconnaissance.* » Béliard et Eideliman (2008) proposent des techniques d'anonymisation tout à fait adaptées pour des enquêtes se déroulant dans des milieux de forte interconnaissance.

Les exigences de la confidentialité d'un terrain en milieu d'interconnaissance

Cette recherche s'inscrit dans un territoire donné, le Nord et le Pas-de-Calais principalement, et plus précisément les prises en charge de l'obésité des adolescents qui mettent en place un accompagnement de type ETP. Le nombre d'acteurs concernés est ainsi assez limité et il me faut donc veiller particulièrement à l'anonymisation et la confidentialité.

En ce qui concerne les adolescents et leurs parents, leurs propos ont pu être protégés en anonymisant leurs noms, villes d'habitation et structures fréquentées tout en préservant leur « sens sociologique » (Zolesio, 2011). Par exemple, le prénom est en effet véritablement « un indicateur de position sociale : l'âge et le sexe peuvent être facilement estimés, le milieu social globalement » (Coulmont, 2006, cité par Zolesio, 2011). Il appartient donc au sociologue qui retranscrit de faire apparaître ces indications sociales – déterminismes familiaux, régionaux, religieux ou culturels – qui sont déjà autant d'éléments significatifs pour l'analyse des cas étudiés.

Cependant, pour les professionnels, cette méthode ne suffit pas à protéger la confidentialité de leurs propos. Les travaux de thèse de Eideliman (2008), ou encore l'article de Béliard et Eideliman (2008) confrontés à une problématique d'écriture similaire, ont été éclairants à ce niveau : « Ce n'est plus l'anonymat (l'impossibilité d'être reconnu par un lecteur lambda), mais la confidentialité (la garantie donnée aux personnes que leurs propos ne seront pas répétés) qui est ici en cause et elle est déontologiquement tout aussi problématique » (Eideliman, 2008, p.62). Pour régler ce souci, Eideliman fait le choix de « tricher avec l'exigence de vérité » (Schwartz cité par Eideliman, 2008, p.64). J'ai décidé de tendre vers cela au fil de l'écriture uniquement lorsque cela me paraît nécessaire pour garantir non plus uniquement l'anonymat, mais surtout la confidentialité des propos des professionnels. Par exemple, concernant les typologies de prise en charge, je suis obligée de jouer avec les données réelles, c'est-à-dire que pour réaliser par exemple le portrait d'une consultation médicale en centre hospitalier, je me sers de plusieurs consultations de différents centres hospitaliers, afin de mélanger les données en veillant à ne pas impacter la cohérence en termes sociologiques. Parfois, plus rarement, c'est le sexe et l'âge du professionnel que je suis contrainte de modifier pour que l'on ne puisse pas l'identifier. Cette identification des professionnels pourrait être dérangeante pour ce milieu d'interconnaissance dans le sens où les pratiques, représentations et discours des professionnels à l'égard de l'obésité des uns peuvent constituer une vive remise en questions des pratiques des autres. Enfin, comme Zolesio (2011), j'ai adopté le parti pris de donner parfois deux noms à un même enquêté dont l'identification du cas aurait été problématique pour l'enquêté. Le nom des villes où se situent les structures est également anonymisé afin d'éviter les recoupements possibles.

Au moment où la recherche est réalisée, il n'existe pas un unique « réseau d'acteurs »[65] sur le territoire qui soit bien identifié et officiel comme cela peut être le cas dans plusieurs autres régions où ils sont ordinairement nommés « Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique » (RéPPOP)[66]. Cette difficulté à identifier les acteurs pertinents sur le territoire du Nord et Pas-de-Calais sera aussi énoncée au fil de l'enquête par les parents. Cette problématique est également au cœur des débats de certains professionnels du territoire qui souhaitent « gagner en visibilité » afin de faciliter ce travail d'identification des patients. Il y a en effet peu de visibilité sur l'offre disponible, les professionnels compétents en matière de prise en charge et ceux à qui s'adresser en première instance. En 2004 au moment de la rédaction du traité de médecine de l'obésité, la prise en charge était encore jugée trop floue et l'organisation de l'offre de soins peu claire :

> L'obésité se caractérise par une très grande hétérogénéité et par des pratiques parfois douteuses, qu'une réglementation floue n'a pas fait disparaître. […] On conçoit dans ces conditions l'extrême difficulté pour un sujet obèse à trouver une filière de prise en charge et de suivi adaptés à sa situation. (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.406)

Difficile pour les professionnels, comme pour les parents et les adolescents concernés de s'y retrouver. En effet, le parent de l'enfant en obésité se retrouve face à un très grand choix sur le marché médical et en dehors. Aussi, jusque dans l'organisation des soins, on voit que les modèles médicaux en matière d'obésité des jeunes aboutissent rarement à un consensus entre les différents professionnels médicaux, il y a une certaine hétérogénéité des pratiques et des représentations. Ainsi, c'est bien la constitution d'un corpus de documents médicaux mêlé aux entretiens de professionnels « spécialisés » qui m'aura permis progressivement de comprendre l'offre de soins, d'identifier clairement les acteurs clés et les structures dominantes du territoire Nord et Pas-de-Calais.

Nous allons maintenant détailler la constitution de ce corpus de discours médicaux qui a participé à éclairer une certaine monographie locale et un milieu d'interconnaissance professionnelle.

---

[65] Pour reprendre les termes indigènes.

[66] Par exemple, l'Alsace, l'Aquitaine, la Franche-Comté, l'Ile De France, les Midi-Pyrénées, l'Ardèche, l'Isère, etc … Pour plus d'informations, se référer au site internet de la Coordination Nationale des Réppop : http://www.cnreppop.com/ La question du réseau sera approfondie dans la Partie 2 de la thèse.

2.2.2. Constituer un corpus de discours médicaux

Le terme « corpus » en littérature regroupe des documents de différentes natures. Ces documents ont un point en commun qui est le thème qui fait figure de leur ressemblance. Ici, le corpus de documents est construit autour de la thématique suivante : prise en charge médicale des adolescents en obésité. Une première échelle d'analyse est plutôt nationale et une seconde échelle davantage localisée au sein du Nord et Pas-de-Calais. Ces documents sont considérés comme participant à donner des informations dites « indigènes »[67].

Notre corpus regroupe différents documents. Tout d'abord, des documents issus de la littérature médicale scientifique et la littérature spécialisée à destination des professionnels. Par exemple, les premières recommandations publiées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) : *Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent - Recommandations* (2003), ainsi que les recommandations actualisées par la HAS[68] : *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent – Actualisation des recommandations 2003* (2011). Ces normes évoquées représentent une référence pour l'organisation de l'offre de soins. Il est intéressant de se représenter la manière dont la gestion médicale de l'obésité a pris forme progressivement en France et comment est né ce concept de « *médecine de l'obésité* ». Le corpus est aussi composé du traité de médecine de l'obésité réalisé par les Docteurs Basdevant et Guy-Grand (2004) et de différents ouvrages de référence dans le milieu médical sur l'obésité des enfants et adolescents, par exemple les écrits du Dr Tounian : *L'obésité de l'enfant* (2007) et *Obésité infantile : Pourquoi on fait fausse route* (2008). De manière générale, les recommandations sur lesquelles je m'appuie et les auteurs cités sont centraux dans la prise en charge de l'obésité des adolescents. Si différents noms sont cités au cours de la thèse et ainsi non anonymisés, c'est qu'ils ont eu un réel impact à l'échelle nationale, tant dans la mise sur agenda politique de l'obésité que sa médicalisation. De plus cela permettra de constater la fréquence à laquelle certains noms apparaissent et s'ils sont repris par les professionnels à l'échelle locale du Nord et Pas-de-Calais.

---

[67] Cette précision permet de rappeler ma posture de sociologue face au savoir médical. Il ne s'agit pas de remettre en question le bien fondé de ces documents, mais simplement de prendre une posture autant distanciée que possible. Comme Commaille (2009) l'exprime au sujet de l'étude de la « famille » finalement, il faut bien distinguer la catégorie intellectuelle de la catégorie pratique.

[68] Notons que l'ANAES a été remplacée par la HAS selon les dispositions de la loi du 13 août 2004. Elle a pour rôle d'accréditer les établissements de santé et certains praticiens médicaux, de définir des recommandations sur les bonnes pratiques cliniques, de vérifier la légitimité des remboursements de médicaments ou soins médicaux et de maîtriser les dépenses de santé en France. Nous nous appuierons grandement sur ces recommandations de 2011 pour réaliser ce chapitre étant donné qu'elles jouent un rôle fondamental dans la formalisation d'une médecine de l'obésité. Les deux documents cités (ANAES, 2003 ; HAS, 2011) sont disponibles en fichiers pdf. dans la bibliographie.

Divers supports médiatiques contribuant à éclairer l'organisation locale de l'offre de soins viennent enrichir le corpus. Je m'appuie sur des articles de journaux locaux[69] qui présentent les différentes structures qui prennent en charge les adolescents en obésité.

J'ai également sélectionné un certain nombre d'outils utilisés par les professionnels eux-mêmes et disponibles sur internet pour enrichir le corpus. La caisse nationale d'assurance maladie en délivre un certain nombre. On peut, à titre d'exemple, citer un écrit de synthèse : *Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent*[70] (2013), ou encore le document *Évaluation de la motivation et des habitudes de vie*[71]. On peut également mentionner les courbes de corpulence de référence chez les filles et les garçons de 0 à 18 ans, sur lesquelles se basent les professionnels notamment les infirmières, pour tracer l'IMC des jeunes. On retrouve aussi un questionnaire adressé à l'enfant qui mesure les activités physiques et sédentaires de ce dernier et qui est utilisé notamment par les éducateurs médico-sportifs.

Le corpus englobe également un outil informatique d'aide au dépistage et au suivi du surpoids et de l'obésité de l'enfant. C'est un site internet conçu pour guider pas à pas les professionnels sur la manière de conduire la consultation. J'ai observé certains professionnels utiliser cet outil informatique par la suite lors de consultations au sein d'un réseau de santé. On retrouve sur ce site différents onglets[72].

Enfin, diverses informations ont été recueillies lors de ma formation e-learning et viennent s'ajouter au corpus. J'ai, en effet, suivi une première formation courte en ligne, spécialisée en éducation thérapeutique du patient, destinée aux professionnels. La formation visait à s'approprier les concepts et savoir-faire fondamentaux en matière d'ETP. Elle ne constitue qu'une première étape par rapport à la formation suivie par les professionnels rencontrés. Le premier module m'a permis

[69] Par exemple au sein de la Voix du Nord.

[70] Ce mémo intègre les recommandations de la HAS (2011), rappelle les critères de surpoids et d'obésité, les éléments évocateurs d'un risque de surpoids ainsi que les différentes causes et complications à rechercher chez un enfant en surpoids.

[71] Il présente, d'une part, les différents points à explorer pour évaluer la motivation de l'enfant et de sa famille à s'inscrire dans une démarche de changement et d'autre part, les questions à aborder concernant l'activité physique, la sédentarité et l'alimentation de l'enfant. Cela permet de choisir, avec lui et sa famille, un ou deux objectifs réalistes, atteignables et acceptables parmi les habitudes de vie à recommander.

[72] Les différents onglets sont les suivants : Dépistage et Courbes ; Consultation Initiale ; Examen clinique et Orientation ; Exploration et Accompagnement Diététique ; Exploration et Accompagnement Activité Physique ; Exploration et Accompagnement Psychologique ; Consultation de Suivi ; Fiches Conseil ; Liens Utiles. Si l'on prend par exemple le premier onglet : « Dépistage et Courbes », une première page conseille au professionnel de mesurer l'enfant dès la naissance : 2 à 3 fois/an puis invite le professionnel à entrer le sexe et l'âge de son patient. Ensuite, cela nous conduit sur une deuxième page où le professionnel va être invité à entrer différentes mesures qui permettront la réalisation des courbes de corpulence, de taille et de poids.

de comprendre « le contexte socio-économique » et « le contexte politique et juridique » de l'ETP. Le second module expose « les champs d'intervention en éducation thérapeutique »[73]. Le troisième module présente la démarche éducative c'est-à-dire « le diagnostic éducatif » et le « contrat éducatif ». Enfin, le dernier module présente « l'évaluation de l'éducation thérapeutique avec le patient »[74]. Cette formation était un moyen d'avoir accès au vocabulaire spécifique de l'ETP et m'a permis lors des observations de comprendre d'où provenait ce langage spécifique commun aux professionnels. La formation intégrait l'état de l'art en matière de modèles d'éducation, des cas concrets et une évaluation en ligne à chaque nouveau module. (Annexe n°2 : « Formation à l'Éducation thérapeutique du patient : Module e-learning »).

2.2.3. Des entretiens semi-directifs et la concrétisation d'une enquête ethnographique

Grâce au corpus constitué et à quelques premiers entretiens auprès de professionnels du milieu médical, je me suis progressivement dirigée vers les structures identifiées comme centrales sur le territoire. D'entretien en entretien, les professionnels m'ont conduite à identifier ce milieu d'interconnaissance du Nord et Pas-de-Calais. Je me suis progressivement centrée uniquement sur le secteur hospitalier, les centres de soins de suite et de réadaptation (CSSR)[75] et les réseaux de santé, leur point commun est de proposer des accompagnements de type éducation thérapeutique du patient à des adolescents en obésité.

Les professionnels interrogés viennent de différentes disciplines, cela s'explique notamment par le fait que l'ETP prône la pluridisciplinarité dans l'accompagnement thérapeutique. J'ai ainsi interrogé des psychologues, des nutritionnistes, des diététicien(ne)s, des pédiatres, des endocrinologues, des infirmières, des éducateurs médico-sportifs, des assistantes sociales, une monitrice éducatrice, une psychomotricienne, un kinésithérapeute et des coordinatrices de structures/projets spécialisées dans l'obésité des adolescents[76].

---

[73] C'est-à-dire, « la transmission de l'information », « la communication et le choix du patient », et « les interactions dans le groupe. »

[74] Il s'agit de comprendre le concept d'évaluation et ses logiques, l'évaluation de la transmission d'informations et de techniques et enfin, l'évaluation de l'autonomie du patient et de son interdépendance aux autres.

[75] Les CSSR seront également nommés « Centres SSR » ou encore « centres spécialisés ».

[76] Nous ne pouvons pas préciser davantage leurs fonctions sous peine de rendre l'anonymisation impossible.

Ces professionnels de différentes disciplines ont été rencontrés au sein de différents types de structures : réseaux de santé, centres de soins de suite et de réadaptation (CSSR)[77] et centres hospitaliers. De plus, ces différents types de structures ont été enquêtés au sein de différentes villes du Nord et Pas-de-Calais et parfois au-delà du territoire[78]. Le panel obtenu est riche surtout si on le rapporte au nombre d'acteurs existants sur le territoire dans ce domaine. Au total, 38 entretiens ont été réalisés.

Les premiers entretiens réalisés sont semi-directifs. Je disposais d'un certain nombre de thèmes et de questions guides, assez ouvertes. J'abordais en général cinq thématiques durant l'entretien, en posant une question par thématique. Le but était de ne pas interrompre le professionnel, qu'il parle librement et ainsi que le terrain m'emmène là où cela est riche de sens, dans la logique d'une démarche inductive. J'étais parfois obligée de relancer le professionnel avec quelques questions précises lorsque cela semblait important. L'ensemble des thématiques et sous-thèmes abordés sont détaillés en annexe (Annexe n°3 : « Guide d'entretien semi-directif avec les professionnels »). J'invitais le professionnel à, premièrement, se présenter, retracer son histoire, son parcours universitaire et professionnel. Je lui proposais, ensuite, de me décrire l'offre de soins existante dans sa structure, il pouvait être amené, à titre d'exemple, à me décrire une journée type, une consultation type, un atelier type, les acteurs impliqués, les relations entre structures. Il pouvait parler de ses propres pratiques, ou, celles de ses collègues. J'abordais ensuite la prise en charge en accordant de la valeur à la temporalité, c'est-à-dire que je questionnais l'avant, le pendant et l'après (les objectifs du programme ETP, les résultats, le suivi à long terme, etc.). Enfin, la quatrième thématique était centrée sur l'adolescent et ses parents, leurs portraits et les problématiques récurrentes. Pour finir, j'abordais la définition et les causes de l'« obésité » et la manière dont cela était discuté, ou non, avec les parents et jeunes. Ce guide d'enquête a évolué constamment au fil des entretiens afin de correspondre au plus près du terrain.

La seconde moitié des entretiens a pris une tournure plus ethnographique. Elle correspond à des « entretiens ethnographiques » qui ne sont ni « isolés » ni « autonomisés de la situation d'enquête », c'est-à-dire qu'ils prennent « place et sens dans un contexte » dont on connaît la dimension historique et locale, qu'ils s'appuient sur des « observations préalables » et qu'ils « guident les

[77] J'ai réussi à enquêter au sein des trois établissements SSR existants dans la région. Ces établissements SSR prennent en charge les enfants nécessitant une hospitalisation thérapeutique et éducative de moyenne et longue durée. Ils permettent d'offrir aux jeunes une prise en charge « multiprofessionnelle » pour reprendre leur terme, associée à une scolarité dans le cas des séjours prolongés.

[78] Une carte géographique a été effectuée lors du recueil de données et sera exposé en 2.5.

observations à venir » (Beaud & Weber, 2010, p.155). Ces entretiens s'appuient sur les mêmes questions que celles précédemment exposées, mais en plus, ils sont mêlés avec des échanges informels avec les professionnels puisqu'ils ont la caractéristique d'être entremêlés à la vague d'enquête concernant les observations sur la scène médicale qui sera détaillée dans la partie suivante (2.3).

Pour conclure, les successions de difficultés d'accès au terrain m'ont poussée à apprivoiser en profondeur la sphère médicale. Faire dialoguer un corpus de documents et les entretiens permet d'éclairer un certain « parcours des normes » (Maurice, 2014, p.14) en débutant l'analyse par ce que l'on pourrait nommer les « conditions de transmission de la norme médicale » (Keppens, 2010). Il s'agit de comprendre l'organisation nationale de l'offre de soins, la production des normes et la vision institutionnelle puis sa déclinaison locale en identifiant les structures, les acteurs, leurs discours, leur manière de s'approprier les normes et de les diffuser, de les imposer au public cible. Avant d'étudier la manière dont cette norme médicale est transmise aux jeunes et à leurs parents sur le terrain médical puis réceptionnée et négociée, il faut veiller à comprendre comment les professionnels s'organisent localement et s'emparent eux-mêmes des recommandations officielles. La constitution d'un « corpus de discours médicaux » au sens de Charlap (2015) a permis d'éclairer le processus de médicalisation et de politisation et d'identifier plus clairement l'offre de soins au niveau national, ses logiques et ses contours. En complément, les entretiens auprès de professionnels ont permis d'identifier la manière dont cela se déclinait localement, sur le territoire observé : les acteurs clés, leurs pratiques, représentations, leur manière de se partager le territoire et de s'approprier les normes officielles.

2.3. Observations ethnographiques sur la scène de l'éducation thérapeutique

Vague d'enquête n°3
Durée : février 2018 à décembre 2018 (dix mois)
Données recueillies : une centaine de moments clés observés

La troisième vague d'enquête concerne la réalisation des observations sur la scène médicale. Cette étape centrale s'est déroulée sur presque une année. Elle est au cœur de l'étude du parcours de

normes en permettant l'analyse de l'interaction entre deux sphères. Les données récoltées lors de cette vague d'enquête viennent alimenter l'ensemble de la thèse mais plus spécifiquement la Partie 4 dédiée aux interactions et rapports sociaux entre les professionnels, les parents et les adolescents. Les moments observés durent généralement entre 30 min et une journée mais la majorité s'étale sur une heure ce qui équivaut au total à une centaine d'heures d'observations réalisées.

L'observation est le principal outil de l'ethnographe (Beaud & Weber, 2010, p.155) et l'une des plus longues traditions de la recherche qualitative (Kivits et *al*., 2016, p.117). Cette méthode va permettre d'éclairer la trajectoire des adolescents et de « mettre au jour l'ordre négocié » (*ibid.* p. 21). Ainsi, il va être possible de poursuivre cette analyse du « parcours des normes » en observant la manière dont les professionnels transmettent aux parents et aux adolescents un certain nombre d'éléments, ce que nous appelons la « norme médicale », et la manière dont ces derniers la reçoivent, recomposent avec, la négocient, se l'approprient ou non. L'observation est à privilégier notamment « pour étudier les pratiques et leurs dimensions informelles » (Arborio & Fournier, 1999). Cela permet de saisir la part du travail des malades et de leur entourage dans les activités médicales, que cela soit formel ou informel, dans la lignée des travaux de Strauss (1992), Baszanger (1986) et plus récemment Mougel (2009) ou encore Keppens (2010). Je m'inscris dans ces travaux de recherche en souhaitant rendre visible le travail effectué par les patients, ici celui des adolescents en obésité et des mères qui intériorisent beaucoup de choses comme « naturelles » et ont des difficultés à reconnaître qu'elles font un véritable travail sanitaire auprès de leurs proches : « Cette production est sans cesse niée, banalisée ou dévalorisée » (Cresson, 1991). Cela permet également de mettre en avant les pratiques informelles des professionnels lors de la prise en charge. L'observation permet justement l'étude « du système complet d'interaction entre toutes les catégories d'agents [ici les professionnels, les patients ou encore l'entourage] impliqués dans son fonctionnement » (Peretz, 1998, p.22). L'observation directe sur la scène médicale est particulièrement adaptée pour les comportements qui ne sont pas facilement verbalisés (Arborio & Fournier, 1999). En travaillant sur des prises en charge de type ETP, l'observation permet d'avoir accès au processus de changement souhaité par les professionnels et ainsi à une certaine socialisation des jeunes et de leurs parents avec la sphère médicale (Peneff, 2009, p.222 et 234). Observer la relation du triptyque adolescents-parents-professionnels, sur différents sites, permet également une analyse fine de l'imbrication des rapports sociaux et interactions sociales.

L'objectif de cette partie est d'énoncer les « informations minimales » qui doivent être exposées lorsque l'on décide de pratiquer l'observation : les caractéristiques « topologiques » du terrain (contexte spatial, social, historique), l'explicitation de la pertinence du choix du terrain, la position d'observation et les modalités de négociation de sa présence sur le terrain (Arborio & Fournier, 1999, p.100 et 101). Cette partie débutera par la présentation d'une épreuve dans l'accès aux observations sur le terrain médical puis par l'exposition de la réussite de la négociation des observations sur la scène médicale.

2.3.1. Une entrée sur la scène médicale limitée au nom de la protection des patients

Les recherches en sociologie de la santé qui attestent des difficultés d'accès au terrain sont nombreuses, mais peu de sociologues les relatent en profondeur. Les ouvrages de méthodologie du travail de terrain ne mettent généralement pas non plus l'accent sur les enjeux épistémologiques, éthiques et politiques des phases de négociations (Derbez, 2010, p.105). Les observations n'ont été possibles qu'après plusieurs épisodes de négociations. Plusieurs raisons s'entremêlent. J'ai évoqué lors de la première vague d'enquête l'expérience de « m'imposer aux imposants » au sens de Chamboredon et *al.* (1994) lors d'un entretien à l'hôpital A auprès d'un médecin spécialiste de l'obésité[79], la difficulté d'affronter des terrains d'enquête sous « tension » à l'école[80], puis dans la seconde vague j'ai évoqué la difficulté à identifier les acteurs clés, l'organisation locale de l'offre de soins et à se socialiser à l'univers enquêté[81]. La difficulté énoncée dans cette partie est d'une autre nature, elle se traduit par un refus d'accès au terrain hospitalier par le directeur d'établissement au nom de la protection des patients, et en raison de lourdes démarches de soumission du travail de recherche inadaptées à une enquête ethnographique.

Les premières années de cette thèse sont marquées par des changements importants concernant la protection des patients et plus précisément la loi Jardé du 05 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. De nouveaux arrêtés ont été publiés en décembre 2016 venant réduire considérablement les marges de manœuvre possibles pour la recherche. Il s'agissait

[79] Sé référer à la partie 2.1.2. La légitimité du sociologue remise en question sur la scène hospitalière

[80] Se référer à la partie 2.1.1. Le collège, un terrain d'enquête révélateur d'interactions sociales en « tension »

[81] Se référer à la partie 2.2.1. Le chercheur en milieu d'interconnaissance

d'appliquer aux « recherches non interventionnelles » (appelées également recherches observationnelles[82]) les dispositions normalement réservées aux seules « recherches interventionnelles[83]». Les Comités de Protection des Personnes (CPP)[84] devaient alors obligatoirement être consultés pour tout type de dossier, interventionnel ou non, du moment que le projet portait sur une recherche impliquant la personne humaine. Cela pouvait très bien concerner des travaux de mémoire, de thèse et de toutes disciplines confondues.

Lors d'un échange sur la scène médicale auprès d'un médecin spécialiste de la prise en charge de l'obésité, la négociation de l'observation faite en fin d'entretien s'était soldée par un succès. Il était question de me laisser accéder à un fichier informatique répertoriant l'ensemble des adolescents qui avaient été pris en charge jusqu'à maintenant afin que je puisse leur téléphoner. Ma recherche intéressait le médecin qui constatait qu'un nombre important d'adolescents arrêtaient de venir en suivi et ne donner plus de nouvelles ni de motifs à leur « abandon ». Me laisser accéder aux coordonnées des anciens patients, représentait pour ce médecin un moyen de reprendre contact avec les adolescents et de comprendre ses nombreux « abandons ». Il était aussi question de me laisser assister à certains ateliers de la prise en charge, avec les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire qui l'acceptaient[85].

En raison de ces nouvelles dispositions légales dont il était beaucoup question dans l'actualité médicale au moment de cette phase de négociation, les démarches à effectuer pour correspondre au protocole officiel étaient floues pour mes interlocuteurs. Méfiants ou prudents, ils ont souhaité s'en référer à l'avocat de l'établissement avant de valider définitivement ma présence sur la scène médicale. La question était de savoir si mon protocole de recherche devait être soumis à ce nouvel

[82] Ce sont les recherches qui ne comportent aucun risque ni contrainte dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle. Ce peut être par exemple des observations portant sur l'observance des traitements, la tolérance d'un médicament après sa mise sur le marché, les pratiques d'un centre de soins comparé à un autre. Ces recherches ne peuvent être mises en œuvre qu'après avis favorable d'un Comité de Protection des Personnes (article L. 1121-4 du CSP).

[83] Les recherches interventionnelles en santé sont des recherches qui comportent une intervention sur les personnes non dénuée de risques pour celles-ci. On compte parmi ces recherches, celles portant sur des médicaments, sur les autres produits de santé (mentionnés à l'article L. 5311-1), et aussi sur des recherches ne portant pas sur des produits de santé (par exemple recherches portant sur des denrées alimentaires). Elles correspondent à ce qui était défini antérieurement comme « recherches biomédicales ». Elles ne peuvent être mises en œuvre qu'après autorisation de l'ANSM et avis favorable d'un CPP (article L. 1121-4 du CSP). Elles désignent également des recherches à risques et contraintes minimes, qui sont définies par un arrêté du ministre chargé de la santé. Elles peuvent comporter l'utilisation de produits de santé, mais ceux-ci le sont alors dans les conditions habituelles d'utilisation. Elles peuvent comporter des actes peu invasifs (prélèvement veineux sanguins, imagerie non invasive…). Ainsi, une partie de ces recherches correspond à ce qui était antérieurement désigné comme « recherches visant à évaluer les soins courants ». Elles ne peuvent être mises en œuvre qu'après avis favorable d'un CPP (article L. 1121-4 du CSP). L'autorisation de l'ANSM n'est pas requise.

[84] Les CPP sont chargés d'émettre un avis préalable sur les conditions de validité de toute recherche impliquant la personne humaine, au regard des critères définis par l'article L1123-7 du Code de la Santé Publique.

[85] Certains professionnels avaient été désignés comme étant susceptibles de refuser que l'on assiste à leurs ateliers.

arrêté, à savoir *a minima* à un CPP. Les mois s'écoulent et j'accumule les relances auprès du médecin référent et de sa direction qui semblent particulièrement débordés et plutôt gênés par rapport à cette loi Jardé en plein mouvement. En parallèle, je me renseigne sur les documents à remplir pour présenter ma recherche à un CPP. Je me rends compte, assez vite, de la difficulté de faire entrer une recherche de type ethnographique dans les cases de ce rapport. Cette phase obligatoire de soumission de son protocole de recherche implique une « démarche hypothético-déductive, un questionnement stabilisé, une temporalité figée, un échantillon prédéfini d'enquêtés » (Lederman, 2007, cité par Fassin, 2008b, p.132). Au contraire, ma méthode de type qualitative, inductive, comme beaucoup de recherches sociologiques, ou ethnographiques, qui « construit les questions au fur et à mesure de la recherche, distingue difficilement le temps de l'enquête du temps qui lui serait extérieur, implique des personnes au gré des relations de confiance qui s'établissent » (*ibid.*). Après plusieurs mois de questionnements, le décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 est finalement venu rectifier cette loi et simplifier l'accès au terrain. Les recherches en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé ne sont désormais plus concernées. Cet incident a néanmoins compliqué la phase de négociations et fragilisé les liens entre le médecin, sa direction et moi-même. De manière générale, le contact avec les patients reste soumis à un contrôle assez strict et à des demandes d'autorisation préalables. La communication s'est simplement interrompue à un moment donné sous le poids des démarches : nombreuses relances, manque de temps général des professionnels de santé, protection des patients, rouages administratifs complexes, protocoles stricts, nombreux stagiaires en médecine et psychologie déjà présents, etc. Aucun refus n'a été clairement et distinctement prononcé.

Comme le soulignent les anthropologues Kehr et Chabrol dans leur article, récent, sur l'hôpital comme lieu d'enquête, « il est à craindre qu'il sera de plus en plus inaccessible aux anthropologues » à cause des « dispositifs de régulation de la recherche » (2018, p.7). En effet, ces dispositifs de régulation dans le domaine de la recherche scientifique, voire de normalisation, s'imposent de plus en plus comme « acteur majeur dans la négociation de l'accès aux terrains hospitaliers » (*ibid*.). Ces instances qui décident de l'entrée sur le terrain des anthropologues sont pourtant bien souvent sans expertise sur les recherches qualitatives (Brun-Wauthier et *al.*, 2011 ; Bonnet, 2014 ; Kehr & Chabrol, 2018). Certains chercheurs suggèrent d'intégrer au Comité de protection des personnes des chercheurs de sciences humaines et sociales (Bonnet, 2014). « L'absence des sciences humaines et sociales au sein des CPP serait d'autant plus incompréhensible que les études émanant des sciences humaines et sociales sont elles-mêmes de

plus en plus souvent soumises aux avis de ces CPP. » (Bonnet, 2014, p.276). Il ne s'agit pas ici de remettre en question le bien-fondé des CPP, nés d'une réflexion légitime autour de l'éthique. Cependant, en l'état, les protocoles sont difficilement applicables à une recherche de type ethnographique, sociologique ou encore anthropologique. L'examen des projets de recherche mérite d'être mis en adéquation avec la diversité des méthodologies de recherche (Brun-Wauthier et *al.*, 2011). Certains auteurs vont même jusqu'à dire que « cette régulation normative a pour effet d'exclure le débat éthique du contrôle des protocoles de recherche [et] que le fossé entre la réflexion éthique et la régulation normative de la recherche se creuse » (*ibid*. p.83).

Je vais poursuivre en exposant la concrétisation des observations réalisées sur la scène médicale. L'exposition des moments d'observation est découpée en trois catégories : il existe des observations qui concernent uniquement la sphère médicale, d'autres qui concernent uniquement les adolescents et leurs parents, et enfin, la plus grande majorité des observations réalisées concernent les interactions entre les deux sphères. Les observations qui témoignent de la rencontre entre ce que je nomme la sphère familiale et la sphère médicale, seront les premières exposées. Il ne va pas s'agir de rendre compte de la totalité de l'offre de soins existante, qui sera présentée davantage dans la Partie 2 de la thèse, il va surtout être question de plonger le lecteur au cœur de travail de terrain en présentant son contexte et en mettant quelques extraits de retranscription.

2.3.2. L'ethnographe à l'hôpital, témoin des interactions entre sphère familiale et médicale

C'est en dehors de la métropole lilloise que ma présence sur la scène médicale a été validée pour la première fois. Le **Centre spécialisé B** qui m'a accueillie a eu un rôle primordial pour la richesse des observations obtenues par la suite en entraînant un véritable effet « boule de neige » qui durera presque un an. Après un entretien avec la cheffe de service du Centre B et quelques jours plus tard avec la référente de l'accompagnement des jeunes en obésité, j'ai été autorisée à m'entretenir avec tous les autres membres de l'équipe « *pluridisciplinaire* »[86]. J'avais préalablement visité la structure où se déroule la prise en charge lors de l'entretien avec la référente afin de me présenter aux salariés. En parallèle de ces entretiens, j'ai été autorisée à assister à des consultations de patients,

[86] En général, les accompagnements des jeunes en obésité sont structurés par une équipe dite pluridisciplinaire qui est composée *a minima* de cinq membres : une infirmière, une psychologue, un éducateur médico-sportif, une diététicienne et un pédiatre. D'autres professionnels s'ajoutent parfois ponctuellement à la prise en charge : un kinésithérapeute, une psychomotricienne, une socio-esthéticienne, une monitrice-éducatrice, une assistante sociale, etc.

des ateliers, des réunions d'équipes et d'autres moments plus informels comme le partage de repas avec les infirmières du service SSR. Cette structure B ouverte et accueillante m'a également fait connaître d'autres structures avec lesquelles elle est amenée à travailler pour la prise en charge des jeunes en obésité : association sportive, réseau de santé, centre hospitalier, établissement de santé mentale). J'ai alors envoyé des courriers à ces autres structures et deux d'entre elles ont accepté que je réalise des entretiens et observations : le **réseau de santé D** et **l'hôpital C**. Au total, presque 60 observations ont été réalisées au sein de ces trois structures. De recommandation en recommandation j'ai appliqué ce même protocole pour d'autres zones géographiques du Nord et du Pas-de-Calais : l'accès aux observations a été possible après plusieurs entretiens auprès des membres des équipes pluridisciplinaires, en général au minimum avec le/la pédiatre et le/la référent(e) de la prise en charge.

J'ai ainsi sillonné le Nord et le Pas-de-Calais en réalisant des observations dans différentes zones géographiques et structures mettant en place des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient : CSSR, hôpitaux et réseaux de santé. Les hôpitaux peuvent être désignés Centres Spécialisés Obésité (CSO)[87] ou non. Parmi les quatre CSO identifiés dans le Nord et Pas-de-Calais, des entretiens ont été réalisés avec plusieurs professionnels au sein de trois CSO distincts (Dr Andreï, pédiatre endocrinologue, Mme Morel, diététicienne coordinatrice et Mme Willems, infirmière coordinatrice). En revanche, seulement **l'hôpital G**, a fait l'objet d'observations dans le cadre d'ateliers collectifs d'ETP. Des entretiens ont également été effectués au sein de quatre autres hôpitaux, non désignés CSO, auprès de différents professionnels (Dr Frank et Dr Thiriet, deux médecins nutritionnistes, Mme Delannoy, psychologue, Dr Maes et Dr Thomas, deux pédiatres, et Mme Thery, infirmière). Je retiens plus spécifiquement deux de ces structures dans lesquelles plusieurs observations, associées aux entretiens, ont été accomplies : **l'hôpital C** et **l'hôpital E**. En ce qui concerne les réseaux de santé, il en existe quatre sur le territoire. Des entretiens ont été menés au sein de chacun d'entre eux, auprès de plusieurs professionnels (M. Dupont et M. Jérome, deux coordinateurs, Mme Delhaye et Mme Carlier, deux diététiciennes coordinatrices, Dr Moreau, médecin endocrinologue). Cependant, des observations ont été réalisées au sein de trois de ces structures et de manière répétée uniquement avec **le réseau de santé D**. Il existe trois CSSR dans la région qui prennent en charge les jeunes en obésité : à Zuydcoote, Villeneuve-D'Ascq et Cambrai. Des entretiens ont été obtenus avec chacun d'entre eux auprès de différents professionnels (Mme

[87] L'organisation médicale à l'échelle territoriale sera approfondie en chapitre 4.

Joly et Mme Caron, deux psychologues, Dr Ruiz et Dr Hochart, Dr Simon et Dr Le Roux, quatre pédiatres, Mme Weets et Mme Brugman, deux assistante sociale, Mme Meyer et Mme Leclercq, deux diététicienne, Mme Andreas, infirmière coordinatrice, Dr David, psychiatre, M. Brunot, kinésithérapeute, Mme Estelle, psychomotricienne) mais un travail approfondi d'observations a seulement été mené avec le **Centre spécialisé B**.

2.3.2.1. Observer des consultations individuelles

J'ai assisté à des consultations de différents types, à différents stades de la prise en charge. Les programmes ETP sont mis en place au sein de trois types de structures : CSSR, hôpitaux et réseaux de santé. En ce qui concerne les centres hospitaliers et les réseaux de santé, les jeunes sont amenés généralement à s'y rendre une fois par semaine, le mercredi, durant deux à trois mois. Les centres hospitaliers fonctionnent différemment et sont ainsi amenés à accueillir les adolescents en hospitalisation complète de plusieurs semaines. Les jeunes sont ainsi hospitalisés du lundi au vendredi durant deux à trois mois.

J'ai ainsi observé des consultations lors de journées que l'on appelle « bilan multidisciplinaire ». Ce sont des journées d'hospitalisation proposées aux jeunes en situation d'obésité afin de réaliser un bilan médical complet grâce à des consultations individuelles et pluridisciplinaires : pédiatre, infirmière, éducateur médico-sportif, psychologue, diététicienne. Ces bilans sont réalisés à l'hôpital ou en centre spécialisé et servent à orienter les jeunes. J'ai parfois été amenée à suivre durant toute la journée le même adolescent lors de ses différentes consultations. J'ai également été invitée à d'autres moments à rester auprès du même professionnel et à observer différents adolescents. À la fin de ces journées, les professionnels se concertent entre eux puis indiquent aux jeunes et parents la meilleure prise en charge possible, tout en leur laissant de la place pour exprimer leur accord ou désaccord[88]. L'hôpital C, le centre spécialisé B et l'hôpital E m'ont autorisée à observer plusieurs de ces consultations de bilan. Lorsque je suis amenée à suivre le même adolescent toute la journée, des liens peuvent se tisser avec le jeune et ses parents comme en témoigne le portrait de la famille Mostefi observée en avril 2018 et présenté en annexe. (Annexe n°4 : « Une journée de bilan multidisciplinaire avec la famille Mostefi »)

[88] En effet, en fin de journée chacun est amené à donner son avis sur la suite de la prise en charge. Les professionnels énoncent les possibilités d'orientation, et le jeune ainsi que ses parents évoquent leurs préférences parmi les différents choix proposés. Si les professionnels orientent le jeune sur un unique choix de structure, cela est expliqué à la famille qui de toute façon sera seule décisionnaire face à la poursuite ou non de la prise en charge. Les professionnels peuvent aussi très bien considérer que le jeune n'a pas besoin de poursuivre vers une prise en charge, ou bien qu'il n'est pas prêt.

J'ai également observé des consultations à différents stades de l'accompagnement thérapeutique : des « *consultations initiales* », des consultations dites « *de suivi* » et des consultations de « *bilan final* » réalisées à la fin d'un programme ETP ou à la fin d'une hospitalisation en ce qui concerne les centres spécialisés. Ces consultations ont été observées au sein du centre spécialisé B, du réseau de santé D, de l'hôpital E et du réseau de santé I. Une transcription de la consultation de suivi (avril 2018) et de celle de bilan (mai 2018) de Quentin, un adolescent de 14 ans, suivi par le centre spécialisé B est disponible en annexe. (Annexe n°5 : « Consultation de suivi et consultation de bilan après séjour de Quentin »)

La « relation triangulaire » existante, courante en anthropologie de la santé puisque le chercheur se retrouve fréquemment entre les professionnels du soin d'une part et les malades et leur entourage d'autre part, n'est pas forcément facile (Sakoyan, 2008, p.4). J'ai été amenée à garder confidentielles des choses confiées par les patients, et inversement, je ne communiquais aux parents et jeunes aucune des informations dévoilées par les professionnels. Avant chaque consultation, je me présentais auprès des jeunes et de leurs parents : « *étudiante en sociologie je fais une recherche sur les différentes prises en charge de l'obésité des adolescents dans la région* ». Puis, je leur demandais s'ils acceptaient ma présence. Le professionnel me présentait, parfois, lui-même. Les adolescents et leurs parents n'ont jamais évoqué de refus, ce qui peut être interprété comme un indice de désappropriation du pouvoir décisionnel des patients. Concernant ma posture durant les consultations médicales, j'ai veillé à garder une attitude discrète. Il était important de ne pas déranger ou trop influer le travail des professionnels, ni gêner l'intimité dévoilée des adolescents lors des consultations individuelles. Avoir conscience que la neutralité « pure » du chercheur n'existe pas, ne doit pas empêcher d'essayer de tendre vers cela. Je n'ai jamais eu l'obligation, par exemple, de porter de blouse blanche. Cela m'a été proposé mais j'ai toujours refusé afin justement de ne pas être identifiée au corps médical. De plus, ma position dans l'espace lors des consultations est représentative de la posture vers laquelle j'essayais de tendre, même si cela différait selon la configuration de la salle. Lorsque la consultation se déroulait dans un bureau, je n'étais assise ni du côté du professionnel ni du côté du patient, j'étais sur le côté du bureau, entre les deux interlocuteurs. Lorsque la consultation se déroulait dans une chambre de l'hôpital où l'espace est insuffisant pour que tout le monde s'installe autour de la table, je m'asseyais sur une chaise légèrement en retrait.

2.3.2.2. Observer et participer à des ateliers collectifs

J'ai assisté à différents ateliers collectifs d'ETP qui ont lieu une fois par semaine sur la scène hospitalière et au sein des réseaux de santé, ou quotidiennement en ce qui concerne les centres spécialisés. Ces ateliers regroupent soit uniquement des parents, soit uniquement des jeunes, soit les deux.

J'ai pris part à des ateliers pour les adolescents au sein du réseau de santé D, du centre hospitalier E et du centre hospitalier G. Les jeunes sont entre 4 et 8 selon les structures. En général une thématique précise guide l'atelier : l'alimentation, la publicité, les moqueries sur le poids, etc. Durant ces ateliers, les jeunes installés à proximité de moi n'hésitent pas à solliciter ma participation ponctuellement, pour les aider à réaliser une tâche, pour leur expliquer les propos du professionnel, pour me demander un conseil, etc.

J'ai également assisté à des ateliers centrés sur les parents au sein du réseau de santé D, du centre hospitalier E, du centre spécialisé B et du réseau de santé F. Ce sont des moments d'échanges qui leur permettent de se confier, s'entre-aider et d'exposer aux professionnels présents les soucis rencontrés dans la prise en charge, comme la difficulté de l'adolescent à changer un certain nombre d'habitude au domicile familial alors qu'il réussit au sein de la structure. Il y a certains ateliers durant lesquels les professionnels laissent les parents mener les échanges comme ils le souhaitent et d'autres qui prennent plus une tournure « informative » et dans lesquels même si les parents sont invités à échanger, une thématique précise est abordée et l'objectif d'apporter des connaissances spécifiques médicales aux parents, reste dominant. Ce sont majoritairement toujours des mères qui sont présentes. Ma présence est toujours bien acceptée par ces groupes de femmes et ne les empêche pas de se confier, au contraire, certaines expriment leur contentement à être entendu par une personne supplémentaire.

Enfin, j'ai observé des ateliers où se mêlent les adolescents et leurs parents. Ces ateliers sont menés sous forme de jeux collectifs, ou autour d'un goûter, ou encore lors d'atelier cuisine. Ce sont des moments de partages qui illustrent la manière dont les professionnels transmettent un certain nombre d'éléments. Cela permet aux professionnels de mettre en pratique leurs discours théoriques et de faire une comparaison entre les pratiques familiales et les pratiques inculquées aux jeunes au cours de la prise en charge. J'ai aussi réalisé de l'observation dite participante. J'ai cuisiné avec les

jeunes, leurs mères[89] et les professionnels. J'ai partagé un repas au restaurant avec une équipe de professionnels, des adolescents et leurs mères en guise de conclusion à une prise en charge thérapeutique. J'ai pratiqué des activités physiques et sportives avec les jeunes, les professionnels, les parents, en extérieur tout comme en salle. J'ai participé à des jeux ludiques où je me suis retrouvée tantôt en équipe avec les parents, tantôt avec les jeunes, et parfois, j'ai été invité à jouer le rôle du professionnel en participant à l'animation de jeux ludiques au sein de réseaux de santé.

Ma posture face aux adolescents, aux parents et aux professionnels va être détaillée par la suite. On peut d'ores et déjà constater que si lors des consultations individuelles je suis amenée à essayer d'adopter une posture « neutre », lors des ateliers d'ETP, je suis fréquemment sollicitée pour prendre part aux interactions, que cela soit par les professionnels, par les adolescents ou encore par les parents, selon les contextes.

Ce sont à présent les moments où l'observation ne concerne que la sphère médicale qui vont être présentés.

2.3.3. L'ethnographe et la sphère médicale

Les moments sur la scène médicale qui me permettent d'observer uniquement les professionnels sont principalement les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)[90]. Une transcription d'une de ces RCP au sein de l'hôpital C est disponible en annexe. (Annexe n°6 : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au sujet d'Inès). La synthèse faite par les professionnels concerne une adolescente, Inès, âgée de 10 ans en CM2. J'ai par la suite observé Inès lors d'un programme de prise en charge dans le réseau de santé D et j'ai également réalisé un entretien avec sa mère et elle.

J'ai participé aux RCP de trois structures différentes : le centre spécialisé B, l'hôpital C et l'hôpital E. Les professionnels du centre spécialisé B m'ont davantage accordé une place dite participative à ces réunions. Étant donné que j'ai accès à plusieurs scènes au sein de leur centre et donc à de

[89] Si je préfère dire « mère » plutôt que « parent » c'est pour indiquer la présence exclusivement féminine de certains moments.

[90] La RCP est une réunion collégiale entre médecins de différentes spécialités, pendant laquelle se discutent la situation d'un patient. Sur la base des recommandations de bonne pratique et compte tenu de la situation personnelle et globale du patient, ils établissent une proposition de traitements.

nombreuses informations sur les adolescents, cela rend ma posture privilégiée[91]. Même si les professionnels ne me demandent jamais de trahir la confiance que les parents ou jeunes m'ont accordée en restituant leurs propos, ils me demandent parfois mon avis pour les aider à prendre une décision.

Pour mieux connaître ce milieu d'interconnaissance professionnel, j'ai assisté à différentes conférences ou observé différents événements spécialisés organisés localement dont j'avais eu écho lors d'entretiens ou d'échanges informels. Au fil des mois, j'ai commencé à y voir des professionnels que j'avais déjà interrogés et à reconnaître de nombreux visages. Ma posture de sociologue au sein de la scène médicale est devenue de plus en plus légitime et des relations de confiance se sont nouées. Cela a certainement participé à me faire accepter au sein de ce milieu restreint en nombre. J'ai assisté à des événements plus grand public où des patients viennent témoigner au côté des spécialistes comme lors des Journées Européennes de l'obésité en mai 2018 (Annexe n°7 : « Journée Européenne de l'Obésité à l'hôpital de Lille »). J'ai également été à Amiens pour assister au congrès régional des Hauts-de-France de l'obésité et du diabète réservé aux professionnels en juin 2018 (Annexe n°8 : « 3ème Journée Régionale Diabète et Obésité »). Le temps a été un critère essentiel pour mener cette recherche au sein de ce milieu d'interconnaissance. En effet, « quand la présence se prolonge, les habitudes refont surface et l'observation s'en trouve modifiée. Les réactions sont moins contrôlées. » (Tillard, 2011, p.43).

Au-delà du Nord et Pas-de-Calais, j'ai assisté deux fois au congrès annuel du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS). C'est une association, un lieu de réflexion, d'échanges et de formation qui regroupe des soignants en charge de patients en difficulté avec leur poids et comportement alimentaire. Ils proposent une approche appelée « Bio Psycho Sensorielle » dont on fera état par la suite. Des professionnels du territoire du Nord et Pas-de-Calais interrogés énoncent faire partie de ce réseau, et occupent une place importante dans mon corpus d'analyse. C'est pour cette raison que j'ai décidé de participer en 2018 au congrès qui s'est intitulé « Du noregim à l'alimentation intuitive », dont le programme est disponible en annexe (Annexe n°9 : « Programme du congrès du GROS 2018 ») et en 2019, « Du régime à l'addiction, après le désamour, comment reconstruire la confiance ? » (Annexe n°10 : « Programme du congrès du GROS 2019 »). L'accès à ces congrès m'a permis de mieux comprendre les pratiques et représentations des professionnels

[91] En effet je suis amenée à observer non seulement des ateliers dédiés aux parents, mais aussi des consultations réalisées avec les adolescents, leurs parents et différents professionnels, et enfin des moments informels. Cela me permet d'avoir un tableau de l'adolescent plus complet que les professionnels.

enquêtés, formés par le GROS. Ces congrès s'étendent sur trois journées et regroupent des conférences de spécialistes de l'obésité de diverses disciplines qui se réclament appartenir au GROS : psychiatres, psychologues, diététiciens, nutritionnistes, ou encore neurobiologistes. On peut également y retrouver des ateliers où des professionnels viennent exposer leurs pratiques et échanger avec les autres professionnels du public, qui généralement appartiennent au GROS. Ci-dessous un extrait du journal de terrain du congrès de 2019 est présenté.

Extrait du journal de terrain, Congrès GROS 2019, Paris.

Lors du Congrès de 2019, la première journée fut consacrée à des conférences sur la neurophysiologie des addictions de manière générale, un focus sur l'addiction les émotions et l'alimentation, l'addiction au sucre, l'addiction et les régimes, le trouble du réconfort et l'anesthésie émotionnelle. La deuxième journée était réservée à la pratique avec onze ateliers portant sur différentes thématiques, cela afin de répondre aux préoccupations et attentes des professionnels présents. La troisième journée portait sur les addictions alimentaires : mythe ou réalité ? Cette matinée était ouverte au grand public. Au total, plus de 350 participants.

Pour ma part, je retiens principalement trois ateliers autour de la « pratique ». Un premier atelier a été animé par une psychologue de la région des Hauts-de-France et s'intitule « *Comment accompagner les parents d'enfants en surpoids ?* ». Cette psychologue, également mère d'un enfant de 3 ans ayant des soucis de poids, a été récemment en consultation spécialisée à ce sujet, et a très mal vécu l'entretien, en tant que mère. De là est née cette envie de consacrer un atelier à la thématique afin d'aider les professionnels du GROS à mieux accompagner les parents. Le second atelier, intitulé « *l'alliance thérapeutique* » est délivrée par une psychologue clinicienne de la région Île-de-France. L'objectif est de donner des outils aux thérapeutes pour les aider à créer une « *alliance favorable* » avec leurs patients en obésité principalement en se focalisant sur l'empathie. L'alliance thérapeutique représente selon cette professionnelle une condition nécessaire pour que le patient puisse modifier aussi bien ses émotions et ses croyances que les « *comportements* » qui posent « *problème* » et dont il souhaite le changement. Le troisième atelier intitulé « *Comment aider les patients qui craquent et compulsent ? Les émotions, ça se mange sans faim* » est animé par une nutritionniste de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Contrairement aux ateliers précédents qui sont très interactifs, car réalisés en groupe restreint, ce dernier est dispensé dans un amphithéâtre et donc se prête moins aux partages de pratiques entre professionnels. Néanmoins cet atelier est pertinent pour mon analyse car la nutritionniste base sa présentation sur un cas pratique et les problématiques soulevées seront les mêmes que celles observées au sein de certaines structures du Nord et Pas-de-Calais qui revendiquent appliquer la philosophie du GROS dans leur prise en charge.

J'ai pris connaissance de ce groupe de professionnels au cours de la thèse lors de la phase intensive d'observations et il m'a semblé important de le mettre en avant puisque leurs discours et pratiques sont en marge de ce que j'avais observé jusque-là. Ces professionnels ont en commun d'être assez critiques à l'égard de la pratique des régimes amaigrissants restrictifs et invitent à la prudence concernant les injonctions diététiques du PNNS et aux pratiques de certains de leurs collègues médecins. L'association organise régulièrement des colloques et soutient une intense production de livres de nutrition à la fois critiques et soucieux d'applications concrètes. Un certain nombre d'ouvrages écrits par les fondateurs du GROS ont également été lus. On citera principalement l'ouvrage de Zermati, médecin nutritionniste psychothérapeute : *Maigrir sans régime* (2002),

l'ouvrage de Apfeldorfer, psychiatre : *Mangez en paix !* (2008) ainsi que l'ouvrage de Waysfeld psychiatre et nutritionniste, Apfeldorfer et Zermati : *Traiter l'obésité et le surpoids* (2010).

Toujours à Paris, j'ai assisté aux événements régulièrement organisés soit par la Fondation Nestlé France[92] soit par le Fonds Français pour l'Alimentation et la Santé (FFAS)[93] puisque les thématiques abordées se rapportaient parfois à l'obésité des jeunes mais aussi parce que certains professionnels enquêtés dans le Nord et le Pas-de-Calais prenaient part à ces conférences.

2.3.3. L'ethnographe et la sphère familiale

Les observations de la « sphère » familiale concerne les moments sur la scène médicale où je me suis trouvée seule en présence de jeunes ou de leurs parents. Il s'agit souvent de moments informels où les professionnels s'absentent. Ces moments sont intéressants, car même s'ils sont courts, en général la parole circule de manière fluide et spontanée. À titre d'exemple, l'extrait du journal de terrain ci-dessous exposé de Camille, une adolescente de 15 ans, témoigne de ces moments informels, spontanés, intéressants à capturer pour l'oeil de l'ethnographe.

[92] La Fondation Nestlé France se consacre depuis sa création en 2008 à la promotion de la culture alimentaire française. La Fondation s'est dotée d'un comité d'experts scientifiques pluridisciplinaires présidé par le sociologue Poulain.

[93] Le FFAS est doté d'un Conseil Scientifique et Ethique présidé par le sociologue Fischler. Le Fonds français pour l'alimentation et la santé (FFAS) a pour objectif de réunir l'ensemble des acteurs scientifiques et économiques afin de consolider un partenariat durable au service d'une politique de santé publique globale. C'est un lieu d'échange entre la communauté scientifique et les acteurs économiques, dans un objectif d'intérêt général. Pour plus de renseignements ; https://alimentation-sante.org/

Confidence de Camille dans la salle des familles.

La journée de bilan du centre B est un moment où les parents et adolescents réalisent différents ateliers et consultations. Ce jour, cinq jeunes sont présents dont un garçon, et cinq parents dont un père. Ils sont en général quatre à sept familles. Ces journées servent à évaluer si le jeune est prêt à s'investir ou non dans un programme de plusieurs semaines au centre B nécessitant une hospitalisation complète du lundi au vendredi, ou s'il est préférable de continuer un suivi avec des consultations ponctuelles, individuelles. Lors de la journée, les familles visitent la structure et rencontrent toute l'équipe médicale, les jeunes passent quelques tests par exemple d'aptitude physique, et pendant ce temps les parents assistent à des ateliers où ils peuvent échanger entre eux. Entre chaque rendez-vous, chaque atelier, les familles sont amenées à attendre dans une salle qui leur est dédiée pour la journée. Je suis restée toute la journée au côté des parents et notamment dans cette « salle des familles » pour échanger de manière non officielle.

Le midi, les parents ont été conviés à manger à l'extérieur de la structure par leur propre moyen, pendant que les professionnels mangent avec les adolescents au centre. Pour ma part, comme les parents je décide de manger seule à l'extérieur afin de pouvoir prendre des notes sur la matinée qui vient de se dérouler. Le temps du midi est important puisqu'il va permettre aux jeunes de voir le déroulement des repas et ce qu'ils vont être amenés à manger tout au long de leur séjour s'ils acceptent et y sont acceptés. Il est 13h. Je suis assise avec les parents dans la « salle des familles » en attendant que les jeunes reviennent du repas. Ils arrivent tous lorsque je suis en train de discuter avec la mère de Camille, une adolescente de 15 ans qui fera l'objet d'un portrait lors du chapitre 5. L'infirmière qui les accompagne, Mme Andreas, demande à Camille devant tout le monde si elle a apprécié la nourriture, si cela a été suffisant et si elle s'imagine pouvoir tenir comme cela au sein du centre plusieurs semaines. Camille s'exclame très fort d'un ton particulièrement enjoué, voire théâtral : « *c'était super bon, vraiment bon, je n'ai plus faim du tout !* ». Elle me regarde ensuite en souriant comme pour partager un moment de complicité et m'avertir de quelque chose. L'infirmière quitte la salle en expliquant qu'elle revient dans quelques minutes pour expliquer la suite de la journée. Dès que la porte se referme et qu'il ne reste plus que les jeunes, les parents et moi-même dans la salle, Camille regarde les autres adolescents et moi-même en rigolant et dit : « *tu parles, c'était dégueu, heureusement j'ai caché des gâteaux à bouffer ! Qui en veut ?* »

Extrait du journal de terrain, Centre spécialisé B, journée de bilan, avril 2018.

Mon implication a été prenante et parfois teintée d'émotions. Je me suis impliquée dans le terrain au point de vivre des expériences fortes, parfois proches de celles des parents stigmatisés et jugés. Cette implication de l'ethnographe est centrale et ne constitue pas une entrave à l'analyse (Favret-Saada, 1977 ; Weber, 1990). Je vais relater mon expérience, auprès d'une mère et ses deux filles, qui reflète l'implication de l'ethnographe sur son terrain, il s'agit de la famille Mostefi dont la transcription de la journée de bilan multidisciplinaire au sein de l'hôpital E est disponible en annexe (Annexe n°4 : « Une journée de bilan multidisciplinaire avec la famille Mostefi »).

Relation de l'ethnographe avec son terrain : le cas de Samia

Le portrait de cette famille a déjà été évoqué précédemment.

J'ai accompagné Samia, âgée de 10 ans de professionnel en professionnel et j'ai patienté avec elle en salle d'attente entre chaque rendez-vous. Un lien s'est doucement noué entre nous. Entre deux consultations, un homme âgé d'une cinquantaine d'années, certainement en obésité morbide, patient dans le service d'à côté réservé aux diabétiques, nous a regardé toutes les deux et s'est assis à côté de moi dans la salle d'attente sans pour autre but que de discuter. Il s'est penché sur Samia assise à mes côtés et lui a dit : « *fais attention sinon tu finiras aussi grosse et en mauvaise santé que moi et c'est très difficile à vivre* », puis il a ajouté : « *je suis certain que tu serais plus jolie si tu perdais du poids, sinon ça va être difficile de trouver un copain* ». Ce monsieur pensant que j'étais la mère de cette adolescente de 10 ans a commencé à critiquer la manière dont j'éduquais « mon » enfant. Il s'est empressé de donner des conseils à Samia : « *j'imagine que tu es du genre à te jeter sur le pain à la maison ? j'étais pareil. Et bien tu vois il faut arrêter dès maintenant.* » puis il s'est tourné vers moi : « *faut limiter le pain à la maison Madame ! Faites attention à ce que vous lui donnez c'est important l'alimentation !* » Son intention n'était probablement nullement d'être méchant, il voulait lui faire peur, la faire réagir, provoquer « *un déclic* ». Il paraissait inquiet, triste et alarmant à la fois. Son discours était stigmatisant (jolie = mince et grosse = mauvaise santé, pas de copains), voire violent. Samia réservée s'est contentée d'acquiescer de quelques signes de la tête, mais sans dire un mot à cet homme. Pour ma part, je n'ai pas pris le temps de démentir nos liens de parenté ni de lui expliquer ma posture de sociologue. L'homme nous a laissé que très peu l'occasion de nous exprimer. Choquée par ses propos, j'ai simplement tenté de mettre fin à cette interaction au plus vite en prétextant un rendez-vous immédiat pour Samia et moi-même. Il est alors parti. J'ai ensuite pris l'initiative de rassurer Samia pour éviter qu'elle incorpore ce discours stigmatisant et lui ai suggéré de ne pas écouter ce qu'il venait de dire. Je lui ai expliqué que ce Monsieur était très certainement en souffrance et inquiet pour lui-même étant donné qu'il sortait d'une consultation pour le diabète. Nous avons ensuite rigolé à l'idée qu'il m'ait pris pour sa mère, ce qui n'est pas complètement incohérent puisque Samia a 10 ans et moi 27 ans à ce moment.

Extrait du journal de terrain, hôpital E, journée de bilan, avril 2018.

La relation nouée avec Nadia et ses deux filles Samia et Anissa n'est pas un cas isolé. Les différents jeunes et leurs parents interrogés à domicile ont en général également fait l'objet de diverses observations sur la scène médicale ce qui tend à créer des liens. Ma présence récurrente sur la scène médicale et la proximité sociale entre un nombre important de parents et ma propre histoire familiale ont certainement participé à favoriser des liens de confiance. Lors de certaines observations de consultations, lorsque le professionnel s'absente, il n'est pas rare que les mères me demandent mon avis sur une décision à prendre, ou, qu'elles me demandent des précisions sur des éléments qu'elles ne sont pas certaines d'avoir compris. Ce type d'expérience est relaté dans d'autres recherches (Fainzang, 2006). Lors des consultations, les parents, à travers leurs regards et sourires, viennent parfois eux-mêmes me trouver pour m'intégrer à l'interaction. Cela se produit dans deux situations, soit quand ils sont en confiance avec le professionnel, quand la distance sociale est peu marquée entre eux (notamment avec l'infirmière Mme Andreas et l'infirmière Mme Willems), que les interactions sont fluides et l'ambiance particulièrement détendue, soit au contraire lorsqu'ils sont face à des médecins où la distance sociale est fortement marquée, où la communication peine à se faire et où ils semblent assez réservés avec ces derniers (notamment avec le Dr Thomas, pédiatre ou le Dr Le Roux, pédiatre également). Dans ces derniers cas-là, certains

parents me regardent, me font des clins d'œil et s'adressent à moi comme pour trouver du réconfort ou la validation dans certains de leurs propos : « *enfin, vous voyez comment sont les adolescents vous, la nouvelle génération, je n'y peux rien moi ce n'est pas ma faute, vous me comprenez » ; « vous savez comment ça marche le téléphone et les adolescents c'est compliqué » ; « on se comprend n'est-ce pas ? ce n'est pas toujours facile la vie financièrement* ». J'acquiesce ou me permets de sourire en général. Enfin, lorsque les professionnels du Centre spécialisé B font visiter aux parents la structure lors de la journée de bilan (mai 2018), il arrive à deux reprises que je rejoigne une mère qui semble se mettre volontairement à l'écart du groupe. Il s'agit de la mère de Djamal, un adolescent de 17 ans dont le portait sera étudié lors du Chapitre 8. Cette mère me confie discrètement qu'elle est fatiguée par la longueur de la journée et a de grandes difficultés à se concentrer sur les explications des professionnels. Elle se sent différente des autres mères présentes qui n'ont pas l'air de peiner comme elle. Ces journées qui s'étalent en moyenne de 08h à 16h semblent être une épreuve pour certaines mères, socialement les plus en difficultés, comme la mère de Djamal. Sachant qu'elles n'expriment pas aux professionnels ces difficultés à se concentrer, par exemple, ces derniers interprètent parfois leur comportement comme du désintérêt pour l'accompagnement et un manque d'implication. Les malentendus sont nombreux sur la scène médicale entre les professionnels et les mères issues de classes populaires ou en grande précarité.

La dernière vague d'enquête va maintenant être évoquée, celle réservée à la réalisation des tableaux de familles, ce qui permet de poursuivre la réflexion au sujet de ma posture auprès de ces adolescents et leurs parents.

2.4. Réalisation de portraits de familles

Vague d'enquête n° 4
Durée : mars 2018 à août 2018 (six mois)
Données recueillies : 21 entretiens de type biographiques auprès des familles

Durant cette quatrième vague d'enquête qui vient clore le parcours des normes, une vingtaine d'entretiens à caractère biographiques ont été réalisés auprès d'adolescents et leurs parents. Les entretiens biographiques devaient constituer initialement le cœur et point de départ de

la méthodologie et viennent finalement clôturer ce travail d'enquête. Les données récoltées lors de cette vague d'enquête seront particulièrement centrales dans la Partie 3 de la thèse.

Le recours aux récits de vie dans une perspective ethnographique permet la compréhension de « catégories de situation » entendues comme une « situation sociale » particulière, commune aux enquêtés, qui engendre « plus ou moins les mêmes contraintes, les mêmes tensions, les mêmes logiques » (Bertaux, 2010, p.18). Autrement dit, cela permet :

> de saisir par quels mécanismes et processus des sujets en sont venus à se retrouver dans une situation donnée ; de découvrir les caractéristiques profondes de cette situation, et notamment les tensions qui la traversent et la caractérisent ; et comment les personnes qui s'y retrouvent s'efforcent de gérer cette situation sociale (Bertaux, 2010, p.19).

La situation sociale étudiée présentement se trouve être le travail mis en place pour gérer l'obésité d'un adolescent, un travail effectué par lui-même, ses parents et les professionnels, soit les acteurs qui participent à la co-construction de sa trajectoire de maladie. Nous verrons au fil de la thèse que si le processus de stigmatisation semble traverser l'ensemble des trajectoires de ces adolescents, en revanche l'impact diffère selon notamment la catégorie sociale et le sexe des jeunes.

Ce recours à la « méthode biographique » (Giraud, Saunier & Raynaud, 2014) conduit à ne pas uniquement collecter des données sur les propriétés sociales des parents, par exemple, mais à chercher à reconstruire le fil des expériences spécifiques des jeunes au travers desquelles des propriétés se sont modelées. Il s'agit de porter une attention sur la manière dont des expériences se sont sédimentées en l'individu sous la forme de dispositions et de mettre au jour des traits structurants définissant un individu socialisé (*ibid.*). Ce faisant, la méthode biographique consiste en un modèle d'intelligibilité des individus dans ce qui constitue leur singularité sociale incorporée. En s'inspirant grandement des travaux de Lahire, cette recherche souhaite « montrer que les réalités individuelles sont socialement produites, et ce, jusqu'en leurs plis les plus singuliers » (Lahire, 2005, p.155). Autrement dit, elle participe à penser que l'analyse du singulier peut dépasser la description ethnographique d'une situation particulière et avoir une portée générale qui vise à la compréhension de processus sociétaux (Veith, 2004) notamment celui de la construction des inégalités sociales et de la stigmatisation.

2.4.1. Négocier des entretiens auprès de patients sur différentes scènes médicales

La négociation des entretiens avec les 21 familles passe d'abord par une négociation avec le milieu hospitalier. Il faut comprendre ainsi la manière dont les professionnels m'ont autorisée à accéder à leurs patients et quelles ont été les conditions.

Quatre structures m'ont permis d'entrer en contact avec leurs patients, en plus de m'avoir préalablement autorisée à réaliser des observations. Ma présence répétée sur le terrain et le lien de confiance noué avec les professionnels autant qu'avec les parents et les jeunes aura permis de faciliter cette partie de la négociation.

Cette enquête étant multi-située, la négociation est différente pour chaque structure. Le chercheur dispose d'un répertoire de postures différentes qu'il adapte en permanence à la situation. Dans chacun des espaces observés, il négocie la place, le statut, le rôle que les acteurs lui attribuent (Cefaï, 2010 ; Gold, 2003; Lignier, 2013 cités par Nocerino, 2017). Néanmoins, c'est toujours un professionnel désigné référent du programme de prise en charge qui m'a autorisé cet accès aux jeunes, au fil d'interactions et en accord avec le médecin de l'équipe pluridisciplinaire (endocrinologue, diabétologue, pédiatre).

Le **centre spécialisé B** est la première structure qui m'a ouvert les portes de l'observation et également permis de réaliser mes dix premiers entretiens biographiques : **Léna (14 ans), Amélie (14 ans), Rayan (14 ans), Enzo (14 ans), Chloé (12 ans) et Emma (16 ans)[94], Camille (15 ans), Maëlys (15 ans), Madleen (15 ans), Yasmine (17 ans), Nathan (13 ans)**. Afin de demander aux parents et aux jeunes de s'entretenir avec moi, j'attendais la fin de l'observation de la consultation (généralement avec Mme Andreas, l'infirmière référente, lors de consultations dites de « *suivi* » ou avec la pédiatre, le Dr Le Roux lors de consultations dites « *initiales* »). Avant la consultation, Mme Andreas ou le Dr Le Roux et moi-même échangions au sujet du jeune en question. Cela me

[94] Emma et Chloé sont soeurs, je les compte comme une seule unité, puisque je comptabilise le nombre de portraits de « famille » et non le nombre d'adolescents interrogés. En effet il n'est pas rare qu'un frère ou une soeur également en obésité assiste voire participe à l'entretien biographique à domicile. Aussi, il arrive que les jeunes soient absents de l'entretien à domicile, que je m'entretienne seule avec la mère par exemple et que je n'ai ainsi pu les voir que lors des observations sur la scène médicale.

permettait d'anticiper si j'allais ou non pouvoir solliciter un entretien[95]. Parfois, de trop lourdes problématiques étaient soulevées comme le décès récent d'un père, des enfants placés en famille d'accueil, ou encore une précarité importante. Si possible, la consultation avec le professionnel s'achevait par ma demande d'entretien auprès du parent, majoritairement de la mère, puis du jeune. Je prenais leurs coordonnées pour que l'on convienne d'une date ensemble ultérieurement pour un échange à leur domicile. Lors d'un second temps, toujours au sein du centre spécialisé B, j'ai sollicité des entretiens durant les observations des journées dites de « *bilan multidisciplinaire* ». J'ai profité de moments informels où l'ambiance était familière, pour me rapprocher individuellement des parents dans la « *salle des familles* » du centre. J'ai pris le temps d'expliquer mon projet de recherche aux parents et d'exposer mon souhait de réaliser des entretiens. Le centre spécialisé B m'a donc laissé libre tout au long de la phase des observations (consultations ou journées bilan) de solliciter les entretiens avec les adolescents et parents que je voulais, où je voulais, lorsque je le voulais.

Il est arrivé une seule fois qu'une mère refuse que l'entretien se déroule à son domicile. Il s'agit de la mère de Chloé et Emma dont le portrait est énoncé dans le Chapitre 5. Cette famille en grande précarité avait accepté de me revoir mais est devenue réticente par téléphone lorsqu'il a fallu convenir d'une date précise. La mère essaya de m'expliquer qu'il y avait des travaux dans sa maison, que c'était peu pratique pour un entretien, que les enfants allaient être agités. Elle ne semblait pas s'opposer catégoriquement à un entretien, mais semblait gênée. J'ai alors proposé de réaliser l'entretien à la suite de l'un de ses rendez-vous déjà pris dans le centre spécialisé B et dont j'avais connaissance puisque j'avais convenu avec Mme Andreas d'y assister dans le cadre des observations. Elle a tout de suite accepté, avec soulagement. Je comprendrais plus tard qu'il y avait peut-être une crainte de la part de la mère liée à des signalements faits à la protection de l'enfance quelques années auparavant et qui avaient bouleversé toute la famille. Une grande méfiance envers les professionnels s'était établie, surtout, à l'égard de ceux se déplaçant à domicile. Les professionnels ont compris la situation et lorsque je leur ai demandé, ils ont aussitôt accepté de mettre à notre disposition un bureau.

La seconde structure ayant accepté que j'accède aux patients est l'**hôpital E**. La négociation s'est faite suite à un entretien avec le pédiatre, Dr Maes, puis avec la psychologue Mme Delannoy,

[95] À préciser que les professionnels de la structure B ne m'ont jamais conseillée ou déconseillée de solliciter un entretien auprès de quelqu'un, peu importe la situation. Ils me laissaient entièrement juge de prendre la décision. J'ai décidé de ne pas enquêter chez les « familles » où les problématiques soulevées durant les consultations étaient trop complexes, ou récentes.

référente des accompagnements. Mme Delannoy m'a proposé à la fin de l'entretien de me mettre en contact avec des jeunes ayant déjà suivis une prise en charge il y a plusieurs années. Elle a choisi quelques noms dans son fichier Excel, à mes côtés, en anticipant le fait que les parents et adolescents accepteraient de me rencontrer. Elle a téléphoné aux mères pour me présenter, demander leur accord, puis m'a transmis leurs coordonnées aussitôt. J'ai plus tard moi-même téléphoné à ces mères pour convenir d'un rendez-vous. Quatre familles ont été « recrutées » ainsi : **Alicia (14 ans), Laurine (17 ans), Claire (13 ans) et Baptiste (13 ans)**. Les entretiens ont tous été réalisés au domicile des parents. En revanche, je constate que cette sélection de la part de la psychologue n'est pas représentative des catégories sociales des parents habituellement présents sur la scène médicale. Les adolescents sélectionnés semblent davantage issus de classes moyennes (Laurine et Baptiste), voire classe aisée (Alicia), que ceux présents lors des observations. Il existe une proximité sociale[96] évidente entre la psychologue et les parents pressentis. Cela sera pris en compte dans l'analyse et montre alors l'intérêt de multiplier les méthodes d'enquête. D'ailleurs, les quatre mères évoqueront elles-mêmes ce sentiment de s'être senties « différentes »[97] des autres lors de la prise en charge sur la scène médicale.

Au sein de la troisième structure, le **réseau de santé F**, le « recrutement » s'est produit à la fin de l'observation d'un atelier dédié aux parents où quatre mères étaient présentes. Je me suis présentée en début d'atelier, je leur ai demandé l'autorisation d'être présente, puis en fin d'atelier je leur ai demandé leurs coordonnées pour convenir d'un rendez-vous ultérieurement pour un entretien. Cela avait été négocié précédemment durant l'entretien avec M. Dupont, le coordinateur du réseau F. J'ai pu obtenir quatre portraits : **Ethan (12 ans), Dylan (13 ans), Damien (13 ans) et Océane (13 ans)**. Ces entretiens se sont déroulés dans les locaux de la structure, puisque les professionnels semblaient plus à l'aise avec ce choix. Cela permettait de faire gagner du temps aux mères en couplant les entretiens à des jours où elles devaient être présentes pour y déposer leurs enfants. Le fait de coupler les entretiens à des rendez-vous auprès des professionnels prend sens étant donné que ces

[96] La proximité sociale entre les parents et les professionnels sera une thématique approfondie dans la thèse car elle a une influence sur le déroulement de l'accompagnement et les liens tissés.

[97] En effet les quatre mères interrogées évoqueront leurs différences : « *pendant que les enfants étaient en ateliers, nous, parents, on était de notre côté. Ça s'est bien passé, après il y a des choses que je savais déjà aussi, dans le cadre de mon travail on travaille sur le développement de la politique alimentaire, développement durable, donc je suis sensibilisée par le biais du travail, donc je ne me sentais pas toujours à ma place.* » (Entretien, mère d'Alicia, classe aisée) ; « *Baptiste a des problèmes de poids, mais il n'a jamais eu d'addictions particulières, de problèmes sociaux à l'école… enfin en comparaison à d'autres enfants… il y en avait qui se levaient la nuit pour manger, qui volaient dans les placards en cachette… le problème de poids peut entraîner d'autres problèmes en fait, que Nicolas n'a pas, c'est un jeune garçon qui semble allait bien* » (Entretien, Mère de Baptiste).

mères gèrent en général seules la santé de leurs enfants et conçoivent alors cette stratégie comme un gain de temps.

Au sein de la quatrième structure, le **réseau de santé D**, deux entretiens ont été sollicités : **Inès (10 ans) et Liam (12 ans)**. Cela s'est négocié lors de l'observation de la dernière séance d'un programme de prise en charge durant lequel j'avais assisté à différents ateliers étendus sur trois mois. La diététicienne Mme Delhaye, référente du programme avec qui je m'étais déjà entretenue, m'a proposé de réaliser des entretiens avec deux mères, qu'elle jugeait assez « *représentatives* » mais aussi « *réceptives* » et « *disponibles* »[98]. Ces deux familles avaient prochainement rendez-vous au sein de la structure afin de faire un bilan de la fin du programme, nous avons alors convenu avec l'accord de tous, que je puisse assister à la consultation de bilan, puis que s'en suive un entretien avec moi, dans un bureau mis à notre disposition au sein des locaux de la structure.

Le 21ème adolescent enquêté est **Jeremy,** âgé de 14 ans, et sa mère, tous les deux rencontrés au sein d'une association spécialisée dans l'obésité au sein de la région Nord et Pas-de-Calais. Étant donné que cette structure ne propose pas de prise en charge médicale[99] et que Jeremy n'a pas fait l'objet d'observations complémentaires, ce portrait sera rarement mobilisé dans l'analyse. Néanmoins l'entretien est intéressant à exploiter puisque Jeremy et sa mère critiquent les structures d'accompagnement thérapeutique.

Parmi les vingt-deux[100] adolescents enquêtés, il y a treize filles et neuf garçons. Ces jeunes ont entre 10 ans (Inès) et 17 ans (Laurine et Yasmine) mais la majorité d'entre eux ont entre 13 et 15 ans (quinze adolescents sur vingt-deux). Parmi les vingt-deux adolescents, seize jeunes sont au collège, cinq filles sont au lycée (Laurine, Yasmine, Maelys, Madleen, Emma) et Inès est la seule en CM2. Le tableau ci-dessous permet de répertorier le sexe, l'âge, la classe des adolescents et montre également la situation maritale des parents et leur appartenance sociale. Si l'on se réfère aux professions des parents qui ont été recueillies et codées à partir de la classification des professions

[98] Mme Delhaye considère en effet les mères de Liam et Inès, issues de classes populaires, comme très impliquées dans la prise en charge contrairement aux autres parents qui ne viennent pas toujours aux ateliers et pourraient potentiellement refuser mon entretien.

[99] L'association propose plutôt du soutien à travers des groupes de paroles, non dédiées aux enfants/adolescents et diverses activités adaptées.

[100] Je rappelle que je comptabilise 21 « familles » interrogées, mais 22 adolescents étant donné qu'il y a deux soeurs, Chloé et Emma, qui ont été observées sur la scène médicale et suivent une prise en charge.

et catégories sociales (PCS)[101] de l'INSEE, on peut considérer que la moitié des jeunes interrogés sont issus des classes populaires (douze sur vingt-deux). La manière dont ont été faites les classifications des PCS et la détermination de la classe sociale s'inspirent du protocole mis en place par Loretti au cours de sa thèse (2017) et sont détaillées en annexe (Annexe n°11 : « Classer les enquêtés selon les PCS »).

N°	Date de l'entretien	Caractéristiques de l'adolescent	Caractéristiques des parents
1	06/03/2018	Léna, 14ans, collège privé, 4ème	Parents divorcés - Mère : technicienne assurance qualité - Père : vendeur préparateur - Classe moyenne
2	14/03/2018	Amélie, 14 ans, 4ème	Parents mariés - Mère sans emploi - Père : magasinier dans l'agroalimentaire - Classe populaire
3	26/03/2018	Rayan, 14 ans, 5ème (redoublement + AVS)	Parents divorcés - Mère sans emploi - Beau-père sans emploi - Classe populaire
4	09/04/2018	Enzo, 14 ans, 4ème (frère Mathis, 17ans, 1ère pro.)	Parents divorcés - Mère : Chargée projet insertion emploi des allocataires RSA - Père : professeur d'enseignement général de collège - Classe moyenne
5	17/04/2018	Émma, 16ans, 1ère pro. APR (soeur Chloé, 12ans, 6ème)	Parents mariés - Mère sans emploi - Père sans emploi en cours de reconnaissance MDPH - Classe populaire
6	25/04/2018	Camille, 15 ans, 3ème segpa (+ frère, 13 ans, 5ème, déscolarisé)	Parents mariés - Mère : technicienne de surface - Père : ouvrier chef de chantier - Classe populaire
7	03/05/2018	Maelys, 15 ans, Snd générale	Parents mariés - Mère + père : propriétaires commerçants employés restauration - Classe moyenne
8	04/05/2018	Madleen, 15 ans, Snd générale	Parents divorcés - Mère sans emploi - père absent - Classe populaire
9	07/05/2018	Claire, 13 ans, 4ème	Parents mariés - Mère : nourrice agréé à domicile (avant atsem) - père : ouvrier poseur de cuisine - Classe populaire
10	09/05/2018	Laurine, 17 ans, 1ère pro ASSP.	Parents mariés - propriétaires d'une maison - Mère sans emploi - Père : retraité gendarme - Classe moyenne
11	14/05/2018	Yasmine, 17 ans, 1èreS	Parents mariés - Mère : Auxiliaire de vie scolaire - Père : ouvrier bâtiment construction - Classe Populaire
12	14/05/2018	Nathan, 13 ans, 5ème	Parents divorcés - Mère et beau-père propriétaires d'une maison - emploi flou pour la mère employée - père absent - Classe moyenne
13	23/05/2018	Ethan, 12ans, 5ème	Parents divorcés - Mère : employée de commerce - Classe populaire
14	23/05/2018	Dylan, 6ème, 13 ans	Parents divorcés - Mère + beau-père + père sans emploi - Classe populaire
15	23/05/2018	Océane, 13ans, 5ème	Parents mariés et propriétaires d'une maison - Mère secrétaire de direction - père : profession inconnue - Classe moyenne
16	30/05/2018	Damien, 13 ans, 5ème	Parents mariés et propriétaires d'une maison - Mère : retraitée professeure des écoles - père : enseignant et directeur école primaire - Classe moyenne
17	31/05/2018	Jeremy, 14 ans, 4ème	Père décédé - Mère directrice dans le secteur associatif - Classe moyenne
18	04/07/2018	Alicia, 14 ans, 4ème	Parents mariés et propriétaires d'une maison - Mère : assistante de direction - Père : responsable d'agence - Classe supérieure
19	05/07/2018	Baptiste, 13 ans, 5ème	Parents mariés et propriétaires d'une maison - Mère : enseignante - Père : agent technique - Classe moyenne
20	16/07/2018	Inès, 10 ans, CM2	Parents mariés - Mère sans emploi - père : chauffeur routier - Classe populaire
21	16/07/2018	Liam, 12 ans, 6ème	Parents mariés - Mère et père sans emploi - Classe populaire

[101] Cette nomenclature a remplacé celle des catégories socioprofessionnelles (CSP) de 1982 (Desrosières et Thévenot, 2002) et a ensuite été révisée en 2003 (INSEE, 2009). Elle comporte trois niveaux d'agrégation : les groupes socioprofessionnels (8 postes), les catégories socioprofessionnelles (24 et 42 postes) et les professions proprement dites (486 postes).

2.4.2. La posture de la sociologue au domicile familial

La recherche à domicile peut parfois comporter quelques « difficultés évidentes ou des désagréments » (Tillard, 2011, p.42) avec lesquels l'ethnographe doit composer. On citera par exemple « la présence de la télévision ou de la radio que l'on hésite à demander d'interrompre » (*ibid*.). En effet la télévision est allumée et fait office de bruit de fond chez tous les parents interrogés, à l'exception de certains parents issus de classes moyennes et aisées. Cela a constitué un « désagrément » seulement une fois, pour des raisons techniques de retranscription et concerne l'entretien mené avec Maëlys et son père. En effet cet entretien a été réalisé sur le lieu de travail des parents qui est en même temps l'endroit où ils habitent, à savoir une brasserie. J'ai réalisé l'entretien sur une table de la brasserie, durant un horaire d'ouverture où s'entremêlait le bruit des discussions de comptoir, des verres, des assiettes et de la télévision. Au sujet de la télévision, Masclet (2018) rend d'ailleurs compte des usages qu'il en est fait dans les classes populaires et la qualifie d'« invité permanent »[102]. Lors des entretiens à domicile, on peut également citer « les interruptions par le téléphone ou les visites » assez fréquentes dans mon enquête voire « la présence d'une tierce personne inattendue, parfois très accaparante ou gênante » (Tillard, 2011, p.42). Pour illustrer cela, nous pourrions évoquer le jeune homme âgé d'une vingtaine d'années, accompagné de son bébé, qui rend visite à sa mère, également mère de la jeune Amélie, et mettant ainsi fin à notre échange quelques minutes après son arrivée. La mère, au chômage notamment à cause de son obésité, est en effet la nourrice de son petit-fils. Cette situation s'est également produite au domicile familial de Camille au sein duquel, la grande sœur âgée d'une vingtaine d'années portant son bébé au bras, a également souhaité rendre visite à sa mère pour faire garder son enfant, âgé de deux ans. La mère de Camille alterne en effet les périodes d'emploi et de chômage et se retrouve ainsi fréquemment à garder son petit-fils. Curieux et agité, l'enfant a alors rythmé l'entretien. Ces deux situations livrent des informations ethnographiques sur les manières de vivre des parents plus qu'elles ne constituent des désagréments d'enquête. On pourrait également citer l'exemple d'un grand-père bavard, accaparant tout autant que gentil, qui arrive en plein milieu de l'entretien mené avec la mère de Léna et qui malgré les tentatives de la mère pour le convaincre d'attendre la fin de l'entretien, continue de faire des blagues comme pour m'intégrer davantage. Enfin, il arrive qu'une voisine et amie vienne rendre visite à la mère enquêtée comme c'est le cas

[102] La télévision est davantage aujourd'hui un « invité permanent » selon Masclet (2018), « invité » pour tenir compagnie, et « permanent » parce que la durée d'écoute quotidienne moyenne ne cesse d'augmenter (120 minutes dans les années 1960-1980 et 220 aujourd'hui). Omniprésente et allumée du matin au soir, la télévision rythme l'usage de l'espace et du temps au sein du foyer : repas, départ à l'école, travail ménager, devoirs scolaires, repos et délassements, coucher des enfants, jours de semaine et week-end … Pour aller plus loin sur la question de la télévision au sein des foyers de classes populaires, se référer à l'ouvrage de Masclet (2018).

lors de l'entretien mené avec la mère de Madleen. La mère de Madleen et son amie étant toutes les deux au chômage, ont pris l'habitude de boire le café ensemble l'après-midi. Ces différents éléments peuvent évoquer une forme de banalisation de la situation d'enquête, ou encore, constituer des informations sur la sociabilité au domicile familial.

Au domicile l'ambiance est détendue, moins formelle que lors des échanges sur la scène médicale. Les parents et moi-même sommes plus à l'aise. Les mères proposent toujours une tasse de café ou un verre de soda et, parfois, des gâteaux sucrés comme la mère de Yasmine qui me propose des pâtisseries orientales. Je me permets de débuter les entretiens en expliquant, à nouveau, que je suis sociologue, étudiante, et que je n'appartiens pas à l'équipe médicale avec laquelle ils m'ont précédemment rencontrée. Je les rassure aussi sur l'anonymat de leurs propos. Aussi, je n'hésite pas à leur expliquer l'importance de leur témoignage, de leur parole, pour faire avancer la recherche sur la compréhension du vécu de l'obésité. Généralement, cette précision les fait sourire et les amène à entamer une discussion. Pour guider l'échange, je possède un ensemble de thématiques à aborder mais je laisse l'échange ouvert le plus possible, je pose peu de questions. L'objectif est de noter les thématiques récurrentes et de faire émerger des problématiques propres à la famille en question. Il y a plusieurs thématiques abordées. Je commence par questionner l'histoire du poids du jeune, de la famille, puis l'avant, le pendant et l'après prise en charge, et j'aborde également la scolarité, l'alimentation, l'activité physique, et enfin, le contexte professionnel, familial et conjugal à la fin de l'entretien, une fois que la confiance s'est installée, pour ne pas sembler intrusive d'emblée. Après chaque entretien, j'ajoute au guide d'entretien les nouvelles thématiques abordées par les enquêtés. Un document récapitulant l'ensemble des thématiques abordées par les parents et adolescents est disponible en annexe. (Annexe n°12 : « Guide d'entretien auprès des parents et adolescents »). Ce document ne doit en aucun cas être confondu avec un questionnaire.

Les parents les plus en difficultés d'un point de vue socio-économique ont tendance à être davantage en demande de conseils ou de réconfort de ma part. Ils me perçoivent parfois comme un relais entre la structure médicale et eux-mêmes. J'ai fait par exemple face à un entretien, celui de Rayan, où les parents ont cherché à obtenir de l'aide auprès de moi, mon avis sur leur situation, et un certain réconfort. En effet, lors de l'observation de la consultation de Rayan en mars 2018 au centre spécialisé B, sa mère et son beau-père étaient désemparés et perdus. C'était la première démarche qu'ils effectuaient au sujet du poids de Rayan. La consultation avait pris fin lorsque le jeune s'était fixé lui-même un objectif à tenir (moins de grignotages), en accord avec le Dr Le

Roux, jusqu'à la prochaine consultation pour voir s'il avait respecté ses engagements afin de faire preuve de sa « *motivation* » à « *changer* »[103]. C'est donc quelques semaines après cette première démarche que je rencontrai les parents et le jeune à leur domicile, pour mener l'entretien. Cependant, malgré le fait que je me sois présentée en tant qu'étudiante en sociologie, sans lien avec le centre spécialisé B où l'on s'était rencontré, les parents ont insisté pour me poser des questions sur le centre et obtenir mon avis. Les parents de Rayan semblaient inquiets parce que leur fils n'avait selon eux pas respecté l'objectif qu'il s'était fixé avec le Dr Le Roux. Les parents avaient l'espoir de ne pas mettre en place « *uniquement de simples consultations* » ponctuelles pour leur fils, ils souhaitaient le faire entrer en hospitalisation de plusieurs semaines et au plus vite ne sachant plus comment gérer eux-mêmes ses « *compulsions alimentaires* » et ne voulant plus « *tout le temps lui dire non* » et « *se disputer* » avec lui, pour reprendre leurs propos. Cependant, ils ont conscience que l'entrée en séjour se fait normalement lorsque les professionnels considèrent le jeune prêt et motivé, après plusieurs consultations individuelles, ponctuelles. Dans l'analyse de cet entretien, il me faut alors prendre conscience que leurs réponses à mes questions sont guidées par l'envie de m'assurer qu'il est nécessaire que leur fils entre prochainement en séjour spécialisé. Ils espèrent que je puisse convaincre le centre B en ce sens. En fin d'entretien, je suis amenée à adopter une posture rassurante non seulement envers le jeune mais aussi envers ses parents démunis et inquiets pour l'avenir de Rayan. L'entretien peut déclencher, parfois, des émotions lourdes chez les parents et les adolescents, il n'est pas toujours évident de raconter l'histoire familiale. Les inquiétudes évoquées lors de l'entretien de Rayan ne sont pas exclusivement centrées sur le poids, elles sont aussi liées à la situation professionnelle précaire des parents, à la scolarité chaotique de Rayan, ses nombreuses absences, son rythme de sommeil décalé, ses complexes physiques et les disputes familiales quotidiennes à table autour de l'alimentation. Si ma posture de chercheuse m'empêche d'accepter ce rôle de relais que certains parents espèrent de moi, en revanche elle ne m'empêche pas d'éprouver compassion, compréhension, ni même d'apporter une forme de réconfort en fin d'entretien.

La question du genre entre également en compte de manière distincte dans cette phase de l'enquête. Les mères sont présentes vingt fois sur vingt et un entretiens, et les pères (ou beaux-pères) sont présents uniquement trois fois. La situation la plus fréquente est celle où je suis uniquement face à des mères, soit dans dix-huit situations. Je me suis trouvée une unique fois en présence d'un père

[103] Les guillemets présents servent à illustrer les propos récurrents des professionnels du milieu médical.

seul avec sa fille (Maëlys). Dans les deux autres situations, le beau-père est présent à côté de la mère et la parole est répartie équitablement (il s'agit des familles de Rayan et Dylan). Les adolescents sont présents à l'entretien dans treize situations. Il y a trois garçons présents sur neuf concernés et dix filles présentes sur treize concernées. Ces données seront approfondies au cours de l'analyse. Ce que je souhaite souligner à ce stade de l'écriture c'est davantage l'influence de ma posture, en tant que chercheuse, femme, élevée par sa mère au sein d'un foyer monoparental, et qui s'adresse dans cette enquête majoritairement à des mères, des adolescentes et où les pères semblent invisibles. La question du genre a une influence dans la relation ethnographe-enquêtés. Les interactions varient considérablement. Les garçons sont plus réservés face à moi, voire presque silencieux lors des entretiens alors que les filles participent activement à l'échange, se confient, me parlent de leurs « *comportements compulsifs* »[104] face à l'alimentation, du harcèlement et parfois pleurent. Beaucoup de thématiques intimes sont abordées avec les filles. Du côté des mères, elles se confient également fréquemment. Cela peut concerner la difficulté à gérer l'obésité de leur enfant au quotidien, les crises alimentaires « compulsives », les relations conflictuelles ou inexistantes entre le père et l'enfant ou encore les nombreux conflits autour de l'alimentation dans la fratrie. Certaines mères m'incitent à « *poursuivre ainsi pour aider les jeunes qui en ont besoin* » ou encore à « *choisir un métier en lien avec l'obésité* »[105], pour les citer. Les mères comme les adolescentes me confient presque systématiquement des événements douloureux de leur histoire de vie, au point que l'on puisse parler parfois de « relation thérapeutique ». (Beaud & Weber, 2010, p.220). Les confidences recueillies par certaines, les pleurs par d'autres, sont autant d'indices du caractère fortement chargé d'affects, car socialement crucial, de l'interaction enquêtrice-enquêtées.

2.5. L'analyse des données d'enquête

Les données recueillies qui ont été utiles à l'analyse depuis la phase exploratoire vont être analysées. Quelques éléments chiffrés viendront ponctuer l'inventaire des données. Il s'agira notamment d'évoquer la manière dont cela a été analysé.

[104] Ce terme indigène utilisé par les professionnels du milieu médical est également repris par la grande majorité des filles. Aussi, pour participer à rendre compte de ma posture face au savoir médical, tout au long de la thèse, je mettrais entre guillemet certain termes « indigènes » qui désignent des termes médicaux employés lors de la prise en charge de l'obésité et sont mobilisés de manière récurrente par les professionnels observés/interrogés.

[105] Ce sont les propos de la mère de Camille et de la mère d'Inès recueillis lors des entretiens biographiques.

2.5.1. Faire l'inventaire des données collectées

- Corpus de discours médicaux

Ce corpus regroupe des documents de nature différente (littérature médicale scientifique et spécialisée, supports médiatiques, formations à destination des professionnels, politiques publiques, etc.) Des prises de notes ont été effectuées pour ce corpus.

- Entretiens auprès de professionnels (semi-directif - ethnographique) : 55

Ils sont tous retranscrits intégralement.

- Entretiens auprès de familles (biographique) : 25

Ils sont tous retranscrits intégralement.

- Observations (directes ou participatives) : 110

Ces observations ont fait l'objet de prises de notes dans cinq journaux de terrain, rédigés de manière chronologique et font l'objet de réécritures informatisées partielles. Le moment observé ne permettait pas toujours de prendre des notes de manière conséquente et nécessitait parfois de la discrétion. Ne souhaitant ni perturber le déroulement des consultations ni mettre mal à l'aise qui que ce soit, ni rompre la confiance avec les professionnels, il me fallait noter simplement quelques mots clés sur l'instant. Cette méthode a nécessité de longues phases de prises de notes aussitôt après chaque observation.

- Carnet de bord

Un carnet est consacré aux actions entreprises avec les professionnels tout au long de l'enquête. Les démarches ont été conséquentes et fastidieuses en début de recherche. Outre les difficultés d'accès, à travers ce carnet il s'agissait de mettre en avant une monographie locale du réseau de prise en charge des adolescents en obésité. Ce carnet prend la forme d'un répertoire de professionnels. Un paragraphe est consacré à chaque acteur sollicité[106].

[106] Chaque paragraphe comporte les cordonnées du professionnel et les démarches effectuées : emails envoyés, réponses obtenues ou non, entretiens téléphoniques, rendez-vous obtenus ou non, entretiens réalisés, absences aux entretiens, etc. Des notes ont également été prises dès qu'un professionnel me dirigeait vers d'autres collègues afin d'identifier au mieux ce milieu d'interconnaissance.

- Questionnaires d'enquêtes : 2 (au total, environ 400 jeunes et leurs parents ont répondu)

Deux questionnaires réalisés par des structures locales, en interne, indépendamment de mon enquête, m'ont été rendus accessibles. Ces documents seront mobilisés ponctuellement pour enrichir l'analyse. Le premier regroupe l'ensemble des résultats statistiques d'un questionnaire distribué à environ 300 élèves d'un collège du Nord en 2014-2015. Il concerne leurs habitudes alimentaires, d'activités physiques et des informations sur leur sommeil. Le deuxième regroupe différents résultats issus d'évaluations d'un programme d'ETP à destination des jeunes en obésité, au sein d'un réseau de santé du Nord. Il y a une centaine d'évaluations qui s'étendent de 2011 à 2016. On y retrouve des données sur les patients inclus, la personne ou structure qui les a adressés, leur assiduité au programme, les effets du programme sur leurs connaissances, leurs comportements, leurs courbes de poids, l'avis des jeunes, des parents, des professionnels, le score EPICES[107] de la famille, l'obésité chez les parents, dans la fratrie, les événements de vie marquants, etc. Les structures et patients concernés resteront anonymes pour des raisons de confidentialité.

- Des tableaux Excel : 3

Des tableaux qui synthétisent quelques caractéristiques des entretiens et observations ont été réalisés. Ces tableaux sont utiles notamment pour contextualiser les entretiens lors de l'analyse.

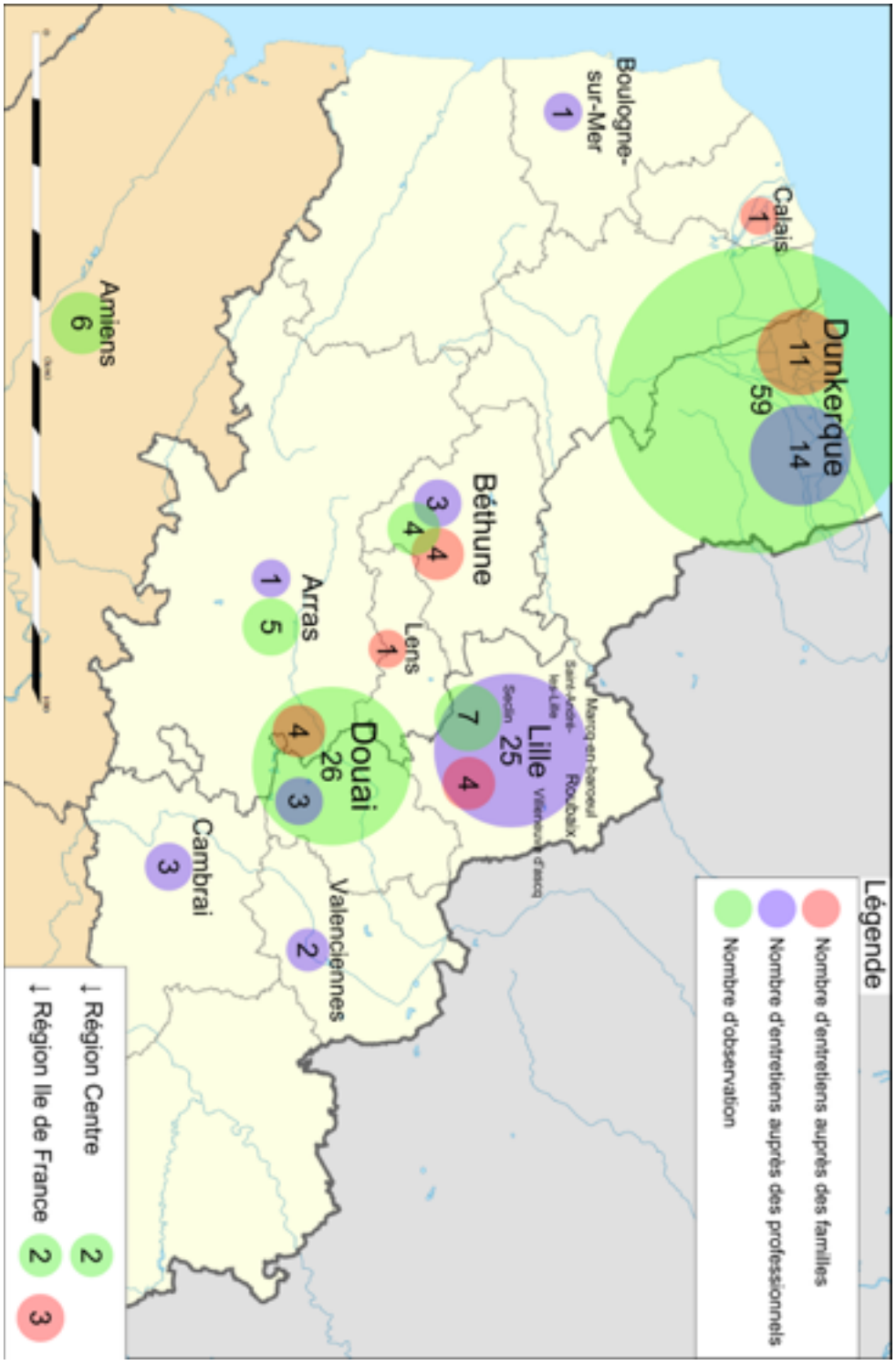
- Un tableau regroupant les professionnels interrogés : date de la rencontre, profession exercée, structure, zone géographique de la structure.
- Un tableau regroupant les parents et les adolescents interrogés : date de la rencontre, âge de l'adolescent, niveau scolaire, le sexe du parent présent durant l'entretien, les autres personnes présentes durant l'entretien (frère, sœur, beaux-parents, etc.), le contexte d'obtention de l'entretien, le contexte de l'entretien, la situation maritale des parents, la profession des parents et les moments où ils ont été observés sur la scène médicale pour recouper les données.
- Un tableau regroupant les observations : date de l'observation, structure impliquée, motif de la consultation/thématique de l'observation, professionnels présents, patients présents.

- Cartographie des entretiens et observations

Une cartographie a été constituée afin d'illustrer la méthodologie mixte autant que multi-située de cette enquête ethnographique. La majorité des entretiens et observations ont été réalisés en sillonnant les départements du Nord et Pas-de-Calais, zones géographiques privilégiées de cette

[107] EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

recherche, sauf quelques exceptions précédemment justifiées[108]. Aussi, des observations et entretiens ont été réalisés dans la région Centre où j'ai souhaité entamer une brève comparaison entre structures hospitalières.



[108] En effet, des observations ont été réalisées à Paris, lieu important de réseautage entre professionnels spécialisés dans l'approche du GROS. D'autres observations ont aussi été réalisées à Amiens dans l'ancienne région Picardie parce qu'elle s'est associée à celle du Nord-Pas-de-Calais pour former les Hauts-de-France suite à la réforme territoriale de 2014. Il m'a semblé important d'assister aux événements de réseautage majeurs ayant lieu dans la « nouvelle » région.

2.5.2. Des méthodes d'analyse plurielles pour une enquête mixte et multi-située

En débutant l'analyse, je me suis retrouvée face à une masse de données qualitatives mixtes et multi-situées, une centaine d'observations, une cinquantaine d'entretiens de professionnels et une vingtaine d'entretiens biographiques auprès de familles. En raison des épreuves de négociations d'accès au terrain, une fois le processus enclenché, je n'ai pas souhaité le limiter malgré ce sentiment de récurrence des données. Il était alors judicieux de procéder à un choix stratégique concernant leur analyse (Beaud & Weber, 2010, p.206). Des entretiens et observations ont été sélectionnés pour faire l'objet d'une analyse approfondie. Deux secteurs géographiques ont été favorisés. Les données récoltées sur les autres secteurs sont tout de même étudiées, mais plus partiellement.

Sachant que différentes méthodes de recueil de données ont été utilisées, n'est-il pas nécessaire de les analyser de manières différentes ? Dans ce cas présent, le choix de l'analyse vient renforcer la logique globale de la recherche qui cherche à comprendre « les forces et contre-forces, internes (dispositionnelles) et externes (contextuelles) […] qui nous font sentir ce que nous sentons, penser ce que nous pensons et faire ce que nous faisons » (Lahire, 2013, p.47.). Les entretiens et observations réalisés ont été soumis à une analyse thématique transversale. En revanche, j'ai décidé d'accorder plus d'importance aux entretiens réalisés auprès des parents et adolescents et pour cela, une analyse au cas par cas (Bertaux, 2010) a été appliquée en plus. Je vais d'abord présenter l'analyse thématique transversale et ensuite préciser l'analyse « au cas par cas ».

2.5.2.1. Une analyse thématique transversale

Une analyse thématique a été appliquée pour les trois corpus suivants : entretiens professionnels, entretiens parents/adolescents et observations. À partir des retranscriptions, j'ai identifié les éléments importants et je les ai classés dans une grille d'analyse, propre à chaque corpus, hiérarchisée en thèmes principaux et thèmes secondaires. Des extraits de retranscription ont été insérés, par la suite, pour illustrer chaque thème. Cette grille permet d'avoir une idée globale de tous les thèmes qui seront abordés. Les thèmes sélectionnés sont bien sûr liés à la problématique initiale et cherchent à la nourrir.

L'analyse thématique est ensuite enrichie grâce à un esprit comparatif. C'est par la comparaison entre les trajectoires d'adolescents, entre les pratiques des professionnels, que l'on voit apparaître des récurrences, des logiques d'action et que l'on repère alors un mécanisme social générateur de pratiques, représentations et un même processus (Bertaux, 2010).

La comparaison prend place non seulement à l'intérieur de chaque corpus, mais aussi entre les corpus dans l'optique d'une étude autour des interactions entre sphère familiale et sphère médicale. L'analyse thématique permet d'éclairer des thèmes parfois transversaux aux trois corpus. Ainsi, pour une même thématique j'ai pu confronter non seulement les entretiens des professionnels à celui des parents et adolescents, mais aussi y intégrer des observations multi-situées des interactions de ces trois protagonistes : réseau de santé, hôpital, centre spécialisé. À titre d'exemple, la thématique de la stigmatisation est abordée autant par les professionnels que les parents et les adolescents lors des entretiens et c'est aussi une thématique qui fait l'objet d'observations car cela est abordé lors de certaines consultations médicales à titre individuel ou lors d'ateliers.

2.5.2.2. Une analyse au cas par cas pour constituer des tableaux de familles

J'ai souhaité accorder une place importante aux entretiens ethnographiques réalisés auprès des familles en leur appliquant une méthode d'analyse supplémentaire que celle des autres entretiens.

Les chercheurs utilisent des méthodes spécifiques au traitement des matériaux biographiques (Veith, 2004). Différents travaux guide cette méthodologie. Elle s'inspire, à titre d'exemple, de l'analyse « au cas par cas » des récits de vie proposée par Bertaux (2010)[109] qui ne consiste pas à d'abord recueillir les matériaux, puis, simplement à les analyser ensuite. Il s'agit d'intégrer l'analyse très tôt au processus de recueil des données, c'est-à-dire d'effectuer en parallèle des observations, le recueil des statistiques sociales, des textes réglementaires, etc. Cette analyse au cas par cas permet de faire évoluer régulièrement le guide d'entretien, de guider dans le choix des futurs personnes à interroger et doit être réalisée de préférence sur un terrain d'enquête multi-sites (*ibid.* p.68 et p.69). Aussi, d'autres chercheurs s'attellent à repérer les « événements biographiques » au sens de Leclerc-Olive

[109] Selon Bertaux, l'utilisation seule de l'analyse thématique pour des entretiens de types récits de vie prend le risque de détacher les passages de leurs contextes discursifs, et alors de faire violence à la cohérence interne de chaque récit (Bertaux, 2010, p.91. Pour palier à cette critique, « la solution semble de résumer soi-même le contexte discursif, voir le segment pertinent d'histoire du sujet l'ayant amené à la scène, la situation, l'action, la révélation d'un mécanisme social décrit de façon si juste qu'on tient à reproduire ses paroles » (Bertaux, 2010, p.115).

(1997) ou encore les « bifurcations » au sens de Bessin, Bidart et Grossetti (2009) dans une trajectoire, un parcours, un récit de vie. Même si chaque terme désigne des points de vue différents on peut dire qu'ils se recoupent partiellement (Leclerc-Olive, 2009). Les événements biographiques désignent « les crises, les événements "critiques", les bifurcations d'un cheminement biographiques, les tournants de l'existence » (Leclerc-Olive, 1997, p.21). Ce terme désigne quelques événements clés de la trajectoire de maladie des adolescents, énoncés par eux-mêmes et considérés en partie comme responsables de la survenue de l'obésité des jeunes, ou de son maintien. La méthode utilisée pour rendre compte de ces entretiens ethnographiques est, finalement, principalement celle de Lahire dans son ouvrage portant sur des portraits familiaux (1998). Aborder uniquement l'univers familial par thèmes pourrait faire perdre de vue ce qui semble le plus important dans ce travail de recherche à savoir que ces thèmes se combinent entre eux et n'ont de sens sociologique, pour l'objet, qu'insérés dans le réseau de leurs entrelacements concrets. C'est bien à travers ce que Lahire appelle des « portraits de configurations » « et non dans des analyses qui dénoueraient ce que nous avons consciencieusement noué, que l'on trouve l'interprétation des faits ». (Lahire, 1998, p.61).

Les résultats de cette analyse se manifesteront par l'exposé de deux portraits biographiques faisant l'objet d'un chapitre à part entière, le chapitre 5. Certains des aspects méthodologiques seront dévoilés dans le chapitre consacré à ces tableaux de familles afin que le lecteur saisisse la manière dont ils seront exposés juste avant de pouvoir les découvrir.

Pour conclure, l'enquête ethnographique exposée s'appuie sur une méthodologie mixte et multi-située (Marcus, 1995). Il me semble important de souligner l'originalité de ces travaux ayant couplé : un corpus de discours médicaux - des observations (directes et participantes) multi-situées sur la scène médicale - des entretiens biographiques avec des parents (surtout des mères) et des adolescents (surtout des filles) - des entretiens avec des professionnels de l'ETP de différentes disciplines (endocrinologue, nutritionniste, infirmière, diététicienne, éducateur sportif, psychologue, etc.).

L'utilisation d'une méthodologie mixte et multi située permet d'éclairer le parcours des normes médicales tout en participant à la compréhension de trajectoires d'adolescents en obésité se co-construisant notamment par l'interaction et les rapports sociaux de différentes sphères : médicale et familiale. On commence par étudier la manière dont les normes officielles dites médicales sont produites en cherchant à comprendre la vision institutionnelle. Pour cela, l'analyse de corpus de

discours médicaux a permis d'accorder une importance au contexte socio-historique de la prise en charge de l'obésité. Ensuite, en se focalisant sur un milieu d'interconnaissance professionnelle et territoriale, on étudie les conditions de transmission de la norme médicale, c'est-à-dire, comment les professionnels s'organisent localement et s'emparent eux-mêmes des recommandations officielles. Enfin, on cherche à éclairer la manière dont cette norme médicale est réceptionnée et négociée par les jeunes comme par les parents. Cela a été possible grâce à l'observation et aux entretiens biographiques.

Partie 2 — Au commencement du parcours des normes médicales

Cette deuxième partie composée de deux chapitres analyse le « parcours des normes » à son commencement. L'enjeu est de comprendre le contenu des normes médicales, autrement dit, des modèles médicaux de l'obésité, ou encore, des représentations émanant de la sphère médicale. Cette recherche s'attarde à comprendre les manières dont ces normes médicales sont transmises du professionnel de soin au parent et/ou au jeune. C'est donc en connaissant les pratiques que le parent et le jeune « doivent » installer dans leur quotidien que l'on pourra comprendre par la suite la manière dont ils les mettent en place et les négocient.

À ce niveau de la thèse, il s'agit de comprendre la vision institutionnelle, c'est-à-dire la production des normes à l'égard de l'obésité, dans le champ médical et politique. Nous analysons tant l'organisation nationale de l'offre de soins et des politiques, que leur déclinaison locale (Nord et Pas-de-Calais) et la manière dont les professionnels de la prise en charge de l'obésité des adolescents s'approprient ces normes institutionnelles et entendent les diffuser à travers au sein de l'ETP. Le Chapitre 3 commence par une analyse éloignée de l'échelle de l'individu (niveau macrosocial). Il s'agit de mettre en relation différents processus qui éclairent la manière dont l'obésité est passée d'une question morale et esthétique à un objet médical, politique et de santé publique. À travers l'analyse des processus de médicalisation, mise sur agenda, politisation et médiatisation de l'obésité, il s'agit d'éclairer comment l'obésité est passée d'un problème privé à un problème public. Une analyse au plus proche de l'individu (niveau microsocial) est ensuite pressentie dans le Chapitre 4. Il s'agit d'étudier l'appropriation des normes institutionnelles produites par le milieu médical et politique à une échelle plus locale, celle du Nord et Pas-de-Calais, à travers l'organisation locale du milieu médical, les programmes politiques régionaux ainsi que les représentations des professionnels impliqués dans l'éducation thérapeutique à destination des jeunes en obésité.

Chapitre 3 — La construction de l'obésité comme objet médical, politique et de santé publique

L'étude de l'obésité permet de mettre en avant l'imbrication fine des processus de médicalisation, mise sur agenda et politisation sachant qu'ils contribuent tous, chacun à leur manière, à faire de la question de l'obésité, une question primordiale de santé publique et ainsi une véritable « épidémie mondiale » dès la fin des années 1990. Les processus de médiatisation et de dramatisation de l'obésité donnent également une impulsion à la fabrication de l'obésité comme priorité mondiale et nationale de santé publique. Ce chapitre débute en définissant ces différents processus (3.1) puis en analysant la manière dont ils éclairent le cas de l'obésité grâce à une présentation chronologique d'événements clés (3.2). Nous nous focaliserons ensuite sur la politisation de l'obésité à travers l'analyse du programme national nutrition santé (PNNS) et du Plan obésité (3.3) puis sur l'institutionnalisation médicale de l'obésité en particulier à travers l'éducation thérapeutique (3.4)

3.1. Analyser la construction sociale de la santé publique à travers les processus de médicalisation et mise sur agenda politique

Nous commencerons par définir les processus de médicalisation puis de mise sur agenda politique avant de revenir sur la manière dont se construisent les problématiques de santé publique.

Dans l'étude de l'obésité, définir les contours de processus comme celui de la médicalisation ou celui de la mise sur agenda politique est une tâche peu aisée qui révèle finalement la manière dont ils s'influencent mutuellement. En ce sens, notre analyse s'inscrit dans les travaux autour de la médicalisation de Aïach et Delanoë (1998) et plus particulièrement de l'avant-propos rédigé par Fassin (1998) qui étudie la manière dont une situation donnée peut devenir un problème de santé publique. En nous appuyant sur les travaux de ces auteurs, nous allons montrer comment l'obésité est devenue une question de santé publique en considérant cette dernière comme une « construction sociale » qui passe par « une double opération de médicalisation et de politisation des faits sociaux » (Fassin, 1998, p.30). Il s'agit d'intégrer la dimension politique à une étude sur la médicalisation.

Fassin nous met en garde sur le processus de médicalisation d'un problème qui précède sa politisation et pourrait avoir comme conséquence l'évitement de questions politiques dérangeantes :

> Tout se passe comme si agir sur ces réalités socialement et politiquement explosives impliquait préalablement de les déplacer sur un terrain relativement consensuel et pacifié. La santé, à l'évidence, en est un. Mais ce déplacement a un prix… il évite de poser d'autres questions, d'autres problèmes, plus politiquement dérangeants et conflictuels. (Fassin, 1996, 2000, cité par Pierru, 2002, pp. 206-207)

Par conséquent, ce chapitre veillera à prendre en compte au sein de l'analyse de cas de l'obésité, les questions liées aux inégalités sociales de santé qui peuvent être perçues comme politiquement dérangeantes et conflictuelles. Dans la même logique, cela nous conduit à penser qu'« il faudrait pouvoir être attentif à la fois à ce qui fait l'objet d'une traduction [d'un fait social en priorité de santé publique] dans l'espace social et ce qui échappe du même coup à cette opération » (Fassin, 2008d, pp.33-34) comme la distribution inégale de l'obésité notamment selon les classes sociales et les sexes. Le choix des normes, des méthodes de diagnostic ou encore le choix d'une interprétation, ont des conséquences importantes dans la mesure où considérée comme « résultant d'un trouble comportemental, la maladie invitera à des actions éducatives, alors que, conséquence des inégalités sociales, elle appellera des mesures structurelles » (*ibid.* p. 59). Nous faisons le postulat que la construction de l'obésité comme enjeu de santé publique illustre la manière dont le rôle des inégalités sociales de santé peut être relégué au second plan.

3.1.1. Analyser l'obésité à travers le processus de médicalisation

La médicalisation est l'un des premiers concepts mis au point par la sociologie de la médecine pour penser, analyser et critiquer le milieu médical (Fox, 1977). Il s'agit du processus par lequel on en vient à conférer une nature médicale à des représentations et pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes. C'est la redéfinition d'un problème existant, dans un langage médical (Conrad, 1992). On peut citer l'exemple de la circoncision qui passe d'une question religieuse à une question médicale (Fassin, 1998, p.5). C'est au nom de ses effets thérapeutiques d'abord, puis de son intérêt préventif ensuite que la circoncision se généralise. Il faut ajouter à cela le fait que l'enfance connaît au même moment une attention croissante de la part des médecins. Déchamp-Le Roux fournit de nombreux autres exemples participants à montrer le

processus de médicalisation comme celui de la grossesse (2003) ou encore le domaine du mal-être qui est pris en charge par la technique pharmacologique, la fatigue physique et psychique qui est de plus en plus médicalisée ou encore la vieillesse qui est devenue une catégorie médicale avec notamment la gérontologie et la gériatrie (2002). Plusieurs travaux participent ainsi à montrer que la médicalisation contribue à la définition d'une norme de comportement dans tous les aspects de l'existence : comportements face à l'alcool, à l'alimentation, l'hyperactivité, la ménopause, les phases de la naissance et de la mort, les relations sexuelles, les dépendances aux psychotropes, au jeu, affectives et amoureuses, cyberdépendances, etc. Gori et Volgo (2005) utilisent le terme de « pathologisation de l'existence » pour désigner le fait que la médecine prend le relais *via* la médicalisation pour gérer de plus en plus la vie quotidienne.

Le « modèle séquentiel de la médicalisation » proposé par Conrad et Scheider (1980) permet d'étudier la construction de ce processus pas-à-pas en l'appliquant à l'étude de l'obésité. Ce modèle comprend cinq étapes que nous allons aborder brièvement dès à présent et approfondir tout au long de ce chapitre. La personne en obésité a historiquement d'abord été jugée comme déviante et était particulièrement soumise à un jugement moral et esthétique (Poulain, 2009, pp.154-157 ; Vigarello, 2010). Cela se rapproche de la première étape du modèle séquentiel de la médicalisation de Conrad et Scheider (1980) consistant à définir un « comportement comme déviant » en dehors du champ de la médecine. Par la suite, la question de l'obésité est passée d'un jugement moral à un registre de l'ordre médical. Cela peut être comparable à la seconde étape du modèle qui réside dans « l'apparition et la mise en application de découvertes médicales ». Elle repose sur l'idée d'un transfert de désignation d'un registre à un autre. Nous avons ensuite vu apparaître l'action d'entrepreneurs médicaux mais aussi non-médicaux dans différents secteurs de la société concernant l'obésité. Dès lors, les processus de mise sur agenda, politisation et médicalisation de l'obésité se révèlent particulièrement imbriqués. Cela correspond à la troisième étape du modèle séquentiel : la « promotion de cette désignation médicale ». Elle consiste en l'expression des intérêts médicaux et non médicaux. De nouveaux acteurs peuvent apparaître lors de cette étape. Au début des années 2000, on verra qu'il ne tarde pas à se dessiner une certaine « médecine de l'obésité » (Basdevant & Guy-Grand, 2004), relayée et légitimée par les politiques de santé publique notamment avec les recommandations officielles pour la prise en charge de l'obésité du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent qui ont reçu le label de l'ANAES en 2003 et les recommandations de la HAS en 2011. À nouveau, le politique et le médical sont liés. Cela est à rapprocher de la quatrième étape du modèle qui consiste à « assurer la légitimité de la désignation

médicale ». Il s'agit des négociations avec les institutions de l'État dans l'objectif de délimiter le territoire et la légitimité de l'intervention médicale. L'organisation de l'offre de soins, principalement à travers l'éducation thérapeutique du patient (ETP) proposée dans la prise en charge de l'obésité autour des années 2009, peut être rapprochée de la cinquième étape du modèle qui repose sur « l'institutionnalisation médicale ». Elle prend forme soit à travers la codification dans le système des classifications médicales, soit à travers la bureaucratisation, c'est-à-dire la création d'organisations spécialisées qui vont avoir pour fonction de soutenir les professionnels dans la prise en charge médicalisée de la nouvelle entité et d'établir les nouvelles normes pratiques pour résister aux contestations de légitimité.

Nous verrons que le processus de médicalisation de l'obésité à un caractère « lent » et « continu » (Poulain, 2009, p.153) et ne s'est « achevé » au sens de Fassin (1998) que très récemment. En effet, c'est uniquement autour des années 2000 qu'une prise en charge officielle est énoncée, que des recommandations officielles sont rédigées mais aussi que différents acteurs se mêlent en dehors de la sphère médicale notamment les acteurs de la sphère politique et médiatique.

3.1.2. L'obésité analysée à travers le processus de mise sur agenda politique

La mise sur agenda politique est un concept issu de la sociologie de l'action publique et de la science politique qui s'intéressent aux modalités selon lesquelles un problème du domaine privé devient public. Elle se définit comme « l'ensemble des problèmes faisant l'objet d'un traitement, sous quelque forme que ce soit, de la part des autorités publiques et donc susceptibles de faire l'objet d'une ou plusieurs décisions » (Garraud, 1990, p.27). Derrière cela se trouve la question de la frontière entre privé et public en matière de santé. La littérature sociologique a déjà bien documenté la progressive construction de la « santé publique » qui touche de plus en plus la sphère de l'intime comme l'avait annoncé Foucault dans les années 1970 par les concepts de « biopolitique » « biopouvoir » et « gouvernementalité » et plus récemment Fassin et Memmi à travers le concept de gouvernement des corps (2004). Ces concepts ont déjà été énoncés dans le Chapitre 1 afin de mettre en avant le fait que les pouvoirs publics s'immiscent progressivement et de manière plurielle dans la relation privée de l'individu à son destin physique et que les questions du corps, de la santé et de la vie occupent une place croissante dans le gouvernement des affaires

humaines (Fassin & Memmi, 2004, p.10). Le processus de mise sur agenda politique nous permet de décortiquer cette opération où une problématique privée devient publique, au point qu'en découlent un traitement politique et des programmes de santé publique.

John Wells Kingdon (1984) s'intéresse de plus près aux conditions de la mise sur agenda politique. C'est sur ses travaux que nous décidons de nous appuyer majoritairement, avec ceux de Hassenteufel (2010) qui les complètent et les actualisent. La mise sur agenda s'opère dans un certain contexte. Il existe trois « flux », ou pour le dire autrement trois « courants » d'informations, qui vont déterminer l'agenda des politiques publiques à un moment donné précis (Kingdon, 1984). Il s'agit du courant des problèmes (indicateurs, statistiques, événements marquants, etc.), celui des solutions (solutions de l'action publique disponibles et qui sont susceptibles d'être adoptées selon notamment leur faisabilité technique et leur compatibilité avec les valeurs dominantes) et celui de la politique (l'opinion publique, les forces politiques organisées, le pouvoir exécutif et la négociation collective). C'est au moment de la conjonction de ces trois flux que va s'ouvrir la « fenêtre politique d'opportunité », la *policy window* (Hassenteufel, 2010). C'est donc lorsqu'« un problème est reconnu, une solution est développée et disponible au sein de la communauté des politiques publiques, un changement politique en fait le moment adéquat pour un changement de politique » que la mise sur agenda peut s'effectuer (Kingdon, 1984, p.174).

Ce qu'il faut souligner c'est que tout problème public est une construction sociale et qu'il n'existe pas dans la nature des problèmes publics prêts à être gérés par les autorités publiques :

> Ainsi ce sont moins les propriétés intrinsèques d'un problème (sa gravité, le nombre de personnes concernées, son urgence...) que sa mise en visibilité par différents acteurs […], les ressources de ceux qui le portent et le relaient, les réponses disponibles en termes d'action publique et son adéquation avec des valeurs dominantes dans une société donnée et à un moment donné qui expliquent sa mise sur agenda par des autorités publiques. (Hassenteufel, 2010, p.53)

Kingdon évoque également le rôle important des « entrepreneurs », désignés comme « acteurs » par Hassenteufel, capables à un instant T de jouer le rôle de rassembleurs de ces trois courants. Il faut souligner que ces acteurs n'appartiennent pas forcément à l'appareil politique. Ils doivent disposer de ressources, se positionner comme experts, maîtriser les techniques d'accès aux médias, convaincre les décideurs politiques de la réalité du problème et des solutions envisageables, etc. L'objet d'étude de l'obésité peut alors être analysé à la lumière de ces travaux. Nous pouvons

émettre l'hypothèse que le processus de médicalisation de l'obésité a participé à cette mise sur agenda politique qui elle-même a permis d'achever un peu plus la médicalisation en lui reconnaissant un caractère légitime à « traiter » l'obésité. Cette définition des entrepreneurs est à rapprocher de celle des « entrepreneurs de morale » de Becker (1985) dans le sens où les normes sont le produit de l'initiative de certains individus que l'on peut considérer comme des entrepreneurs de morale. Becker propose ce concept pour analyser l'activité normative d'individus qui travaillent à imposer leur interprétation des comportements. Becker distingue deux types d'entrepreneurs de morale : ceux qui créent la norme et ceux qui l'appliquent et la font respecter[110].

Ces différents travaux permettent de mieux comprendre la médiatisation voire la dramatisation de l'obésité et leur influence sur sa médicalisation et mise sur agenda politique. En effet, si une problématique est fortement relayée par les médias et qu'elle entre en résonance avec les préoccupations et aspirations de nos sociétés, alors sa mise sur agenda a d'autant plus de chance d'opérer. Cela correspond au dernier élément énoncé par Hassenteufel (2010) lors de sa définition de la mise sur agenda précédemment citée, à savoir ces « valeurs dominantes dans une société donnée à un moment donné » et l'allusion faite à cette « mise en visibilité ».

Les travaux de Poulain (2009) mettent au goût du jour cette théorie de la mise sur agenda de Kingdon en l'appliquant au cas de l'obésité :

> le courant des problèmes doit rendre visible l'obésité, décrire ses conséquences négatives et donner des raisons de la prendre en considération. Le courant des solutions doit montrer qu'il existe des réponses techniques pour dépister, prendre en charge, traiter et prévenir l'obésité. Un problème grave, des solutions pour le résoudre, telles sont les conditions nécessaires pour que le courant du politique entre en action (Poulain, 2009, p.218).

3.1.3. L'obésité, une question de santé publique

La santé publique est une construction sociale qui suppose au préalable un processus de médicalisation et de politisation des faits sociaux.

[110] C'est d'ailleurs ainsi que nous pourrions concevoir le découpage de cette deuxième partie de la thèse, d'un côté ceux qui créent la norme au sein du Chapitre 3 et de l'autre côté ceux qui la font respecter, à travers le Chapitre 4.

Empruntée à Foucault, la notion de « bio-politique », comme nous l'avons déjà vu, est couramment employée dans différentes disciplines des sciences sociales pour désigner l'évolution historique des politiques de santé publique sur la longue durée et ainsi évoquer l'individualisation du risque dans les dispositifs de santé publique les plus récents (Bossy & Briatte, 2011). Cette notion de biopolitique apparaît avant tout comme une hypothèse d'arrière-plan et nous invite à mobiliser le correctif théorique apporté par Fassin à travers la notion de « biolégitimité » définit comme « la manière dont les problèmes sociaux trouvent, non pas leur solution, mais leur expression la plus autorisée dans le langage de la santé publique » (Fassin, 1998 cité par Bossy & Briatte, 2011, pp. 11-12). S'intéresser au concept de santéïsation, aussi nommé sanitarisation, ou encore pathologisation du social, permet de montrer l'effacement des frontières entre la santé et la médecine. La médicalisation, soit « le basculement d'enjeux sociaux et moraux dans le champ du médical » et la santéïsation, qui à l'opposé représente « la transposition de problèmes médicaux ou de santé publique, en enjeux moraux et sociaux » (Conrad, 1992 cité par Collin & Suissa, 2007, p. 27) sont pour certains auteurs des processus et concepts très différents, bien qu'agissant en concomitance. Si la médicalisation suppose des causes et des interventions de nature biomédicales, la santéïsation fait pour sa part davantage appelle à des causes et des interventions ayant pour objectif la transformation des comportements et des habitudes de vie (Conrad, 1992). D'autres auteurs s'opposent à cette distinction et considèrent que la santéïsation ne serait qu'une forme plus achevée de la médicalisation :

> Un élément n'a pourtant pas été suffisamment abordé dans les nombreux travaux portant sur la médicalisation : la discontinuité existant dans ce processus et plus particulièrement le passage du singulier au collectif. C'est en effet au moment où s'opère un déplacement de la clinique médicale à la santé publique que la médicalisation prend toute son amplitude […]. Autrement dit, la médicalisation suppose une normalisation. Elle devient un phénomène de société et non plus le seul fait d'une profession, à partir du moment où la reconnaissance du problème comme pathologique se double de son inscription dans 1'espace collectif, où la santé publique excède la clinique médicale, en somme où la médicalisation prend une dimension politique. (Fassin, 1998, p.7)

La médicalisation n'est donc pas uniquement liée à la profession médicale et contrairement à certains auteurs qui parlent de démédicalisation pour signifier la fin de la médecine et le début de la priorité donnée à la santé, sa promotion et la prévention des maladies, Fassin plaide au contraire pour analyser le retrait des médecins comme la forme la plus achevée de la médicalisation (*ibid.* p. 6). Le moment où s'opère le déplacement de la clinique médicale à la santé publique, représente le

moment où la médicalisation prend toute son amplitude. Cela rejoint l'analyse de Conrad et Schneider (1980) qui considèrent ce que certains nomment comme un mouvement de démédicalisation, davantage comme un mouvement de déprofessionnalisation. Tout comme dans le débat sur la distinction des concepts de santéïsation et de médicalisation, Fassin (1998) franchit un pas supplémentaire en affirmant que la déprofessionnalisation de la médicalisation est un indicateur de sa puissance en démontrant l'implication du monde profane dans la médicalisation et la pathologisation du social. Plusieurs refusent, à l'instar de Fassin, d'entrevoir la médicalisation comme un outil de contrôle social mené, d'une main de maître, par un impérialisme médical dont le seul objectif serait d'étendre sa juridiction à un ensemble, toujours plus imposant, de comportements et d'événements de l'existence humaine. Les médecins demeurent fortement impliqués dans la médicalisation, étant les seuls détenteurs du droit de diagnostiquer et de traiter les maladies, néanmoins, de nombreux autres acteurs représentent un puissant contrepoids à la profession médicale dans l'orientation des mécanismes de la médicalisation et contribuent à transformer, chacun à leur manière, le contexte socioéconornique dans lequel s'inscrit cette médicalisation du social.

Le développement de la santé publique a favorisé les liens entre politisation et médicalisation. Ce phénomène s'observe notamment à travers la multiplication des usages politiques de la santé :

> Si au niveau culturel, la médicalisation de la société correspond à la reformulation de problèmes sociaux dans les termes de la médecine, on peut ajouter que, sur le plan politique, elle implique la légitimation de cette reformulation. Tel est bien le sens de ces situations, toujours plus nombreuses, où le politique se dit dans le langage du médical, où la légitimité sanitaire s'impose dans l'action publique. (Fassin, 1998, p.10)

Si c'est le processus de médicalisation de l'obésité qui permet d'enclencher un processus de mise sur agenda politique, ce dernier permet en même temps de légitimer la vision médicale et donc constitue une forme plus achevée de médicalisation. Ce constat plaide en faveur d'un entremêlement entre les acteurs du milieu médical et du milieu politique ayant participé à faire de l'obésité un problème majeur de santé publique.

3.2. L’obésité, d’une question morale à une question médicale et de santé publique

Nous allons maintenant retracer de manière chronologique le moment où l’on est passé d’une période où l’obésité était considérée comme un problème esthétique, moral, comme une déviance, à une période où elle est devenue une maladie, un objet politique, l’objet d’une argumentation sanitaire de plus en plus poussée, une véritable « épidémie mondiale » et l’objet d’une médiatisation particulièrement intense au point de parler de dramatisation de l’obésité.

3.2.1. Une lecture moralisatrice de l’obésité

La corpulence et l’obésité ont d’abord été jugées comme un problème moral et esthétique. Ce processus correspond à la première étape du « modèle séquentiel de la médicalisation » (Conrad & Schneider, 1980) qui consiste à définir un comportement comme déviant en dehors du champ de la médecine.

Les travaux socio-historiques de Vigarello (2010) exposés dans le Chapitre 1, dressent une histoire de l’obésité du Moyen Âge à aujourd’hui. Il montre comment les représentations se sont déplacées au fil des siècles. Le regard médiéval évoque la gourmandise et la gloutonnerie. La Renaissance, époque qui valorise l'efficacité et l’activité, associe la personne en obésité à la lourdeur, l'inutilité et la paresse. Puis, à l’époque des Lumières, ce sont les représentations autour de l’impuissance et l’insensibilité qui dominent. À la fin du XIXe siècle, « la pression du gras a gagné en intensité » (*ibid.* p. 217). Les évolutions sociales et culturelles conduisent à un dévoilement du corps. L'esthétique prend le pas sur les considérations morales. Dans les années 1920, un nouvel idéal de beauté féminin voit le jour : un corps élancé et athlétique mais c’est en 1950 que ce modèle s’impose avec force. À l'opposé, la personne en obésité symbolise l'anormalité, le monstrueux, celui qui ne veut pas maigrir, l'incapable. Finalement, cette vision de l’incapable qui ne contrôle pas assez son corps, son alimentation, est encore largement répandue dans les représentations en ce début de XXIème siècle comme nous l’avons évoqué à travers les propos introductifs. Les corps en situation d’obésité sont stigmatisés et renvoient l'image d'un manque de contrôle de soi, d’un comportement déviant, voire immoral. Les travaux de Vigarello (2010) montrent également la distinction faite entre catégories sociales et sexes dans les représentations de l’obésité au fil de l’histoire. Les

femmes et classes populaires en obésité semblent plus souffrir de représentations à connotations péjoratives à l'égard de leur poids.

Même si Fischler (1990) nous rappelle qu'il existe toujours une frontière, un poids au-delà duquel la figure positive du surpoids se transforme et où le gros devient celui qui ne respecte plus les règles, celui qui mange plus que sa part, il existe des différences de représentations autour du corps au fil de l'histoire qu'il est intéressant d'énoncer. Cela révèle par ailleurs que le seuil socialement défini de l'obésité s'est abaissé et qu'il y aurait donc un « seuil de tolérance de l'obésité » qui sépare son acceptation et sa valorisation de sa dévalorisation (Poulain, 2009, p.121). Les travaux de Carof (2019) éclairent notamment un certain nombre des différences existantes entre les personnes en « surpoids » et celles en « obésité » en ce qui concerne la stigmatisation.

Les pratiques alimentaires et de dépenses physiques fluctuent au cours des siècles et modèlent les corps en fonction des idéaux et des imaginaires de puissance, d'esthétique et de santé. Si le modèle de la minceur est maintenant mis en avant, cela n'a pas toujours été le cas. L'idéal de beauté féminine était auparavant une femme que l'on qualifiait de bien en chair (Poulain, 2009). La capacité à stocker les matières grasses était considérée comme un signe de fertilité et de bonne santé durant la période entre les deux guerres. L'embonpoint était un signe de richesse, de succès et marquait une position sociale. Dans un univers où les aliments sont rares, être gros est une notion positive. Puis, le modèle de la minceur s'impose dès les années 1950. Ce modèle est encouragé par l'émergence de l'abondance qui va alors permettre de définir de nouveaux critères de distinction sociale. Dès l'instant où s'installe de façon durable l'abondance alimentaire, le modèle esthétique de la minceur devient alors le signe de prospérité voire de richesse. Le sociologue Corbeau propose une interprétation de cette situation en termes de revanche sociale (Corbeau, 1995). Pour les classes populaires qui à l'échelle de l'histoire, auraient le plus souffert de la faim, le contexte contemporain d'abondance serait vécu sur le plan de l'imaginaire social comme l'occasion d'une revanche. Les classes populaires (population migrante ou classe ouvrière pendant la guerre) sont celles qui ont le plus souffert en termes alimentaires notamment. Ainsi, leur modèle corporel idéal ne revendique pas la minceur mais plutôt l'embonpoint, synonyme de santé et donc d'une quantité de nourriture suffisante. De plus, la participation à la société de consommation est la preuve de l'accès à l'industrie de masse dont ces familles peuvent parfois avoir été exclues. Il peut paraître alors essentiel pour certaines femmes, notamment sans emploi, de conserver leur fonction nourricière puisque « l'abondance alimentaire témoigne également de la capacité parentale à tenir son rang et à

nourrir correctement les enfants, malgré les contraintes financières » et cela malgré les nombreux reproches culpabilisants qui leur sont adressés notamment dans le domaine éducatif (Régnier & Masullo, 2009, p.758)[111]. Dans les catégories modestes, la priorité est que le jeune puisse manger ce qu'il lui plaît : l'honneur tient au fait de pouvoir nourrir ses enfants soi-même. Dans les catégories aisées, bien nourrir son enfant relève d'une démarche éducative et d'une « conception pédagogique » (Gojard, 2000, p.482) structurée par un ensemble de règles et de principes vigoureusement affirmés (Régnier & Masullo, 2009, p.758). Nous pouvons opposer un corps perçu comme « force », chez les classes populaires, au corps comme « forme » des classes supérieures.

3.2.2. L'obésité comme maladie et épidémie mondiale

Nous allons montrer comment l'obésité est ensuite passée d'une question morale à une question médicale. Cela met en lumière la deuxième, troisième et quatrième étape du modèle séquentiel de la médicalisation (Conrad & Scheider, 1980) qui présuppose l'apparition de découvertes médicales, la promotion de la désignation médicale et sa légitimité. Ces différentes étapes qui incluent également des acteurs extérieurs à la sphère médicale se mêlent à celles de la mise sur agenda politique de l'obésité. C'est lorsqu'« un problème est reconnu, une solution est développée et disponible au sein de la communauté des politiques publiques, un changement politique en fait le moment adéquat pour un changement de politique » que la mise sur agenda peut s'effectuer (Kingdon, 1984, p.174). Les moments clés du milieu médical comme du milieu politique en France s'enchaînent et s'entremêlent entre la fin des années 1990 et le début des années 2000 : grandes enquêtes statistiques liées à l'obésité, événements entre « experts » du milieu médical, discours politiques, rapports de grandes instances de santé publique, programmes de santé publique, etc. Ajoutons à cela le processus de médiatisation qui au début des années 2000 a été particulièrement influant concernant l'obésité. Un état chronologique[112] des différents événements permet de mieux s'en rendre compte.

Historiquement, l'obésité est devenue une question de santé publique lorsqu'une corrélation a été révélée entre la corpulence et l'espérance de vie. Ce dévoilement a été initié notamment par les

[111] Cela rejoint notre constat fait autour des « tensions » existantes entre les infirmières scolaires et les mères d'enfants en obésité qui sont sollicitées par ces dernières afin de discuter autour du poids.

[112] Pour cette chronologie, on s'appuiera sur différentes sources sociologiques, mais aussi différents programmes politiques et lettres de saisine exposées généralement en annexe de ces programmes.

compagnies d'assurances nord-américaines, qui en ont fait un facteur de risque (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.3). C'est en effet dans les années 1950-1960 que des assureurs nord-américains ont identifié l'obésité comme facteur de risque de morbidité et de mortalité cardiovasculaire. La médecine n'a cependant pas attendu le XXème siècle pour s'intéresser à l'obésité et ainsi, très tôt, cela a interpellé les médecins comme Galien, médecin grec de l'Antiquité, Caelius, médecin romain du Vème siècle ou encore Hippocrate (Poulain, 2009, p.154). Deux auteurs non-médecins ont également participé à ce que Poulain nomme le début du processus de médicalisation moderne, il s'agit de Brillat-Savarin, connu comme gastronome et Hume, philosophe et économiste (*ibid.* p. 155) qui extraient la question de l'ordre moral.

En France, c'est véritablement vers la fin des années 1990 que des préoccupations médicales et de santé publique autour de l'obésité voient le jour (Poulain, 2009, pp.165-168).

En 1997 lors de la consultation à Genève de l'OMS, l'obésité est qualifiée de « première épidémie mondiale non virale » (De Saint Pol, 2013, p.19). Ce moment marque un tournant décisif et participe à en faire un problème de toute importance pour les sociétés occidentales, dont la France. En 2003 le rapport sera traduit en français (OMS, Série de rapports techniques n°894, 2003). Si l'on s'y réfère, l'obésité y est citée comme : « maladie non transmissible », « maladie chronique » ou encore « épidémie mondiale ». Selon l'OMS, l'obésité serait « le reflet des problèmes sociaux, économiques et culturels majeurs auxquels sont actuellement confrontés les pays en développement et les pays nouvellement industrialisés, ainsi que les minorités ethniques et les populations défavorisées des pays développés » (OMS, 2003, p.5). L'objectif de cette consultation était d'épauler les pays concernés à « formuler des recommandations relatives à l'élaboration de politiques et de programmes de santé publique permettant d'améliorer la prévention et la prise en charge de cette affection » (*ibid.* p.1).

En France, en 1997, en même temps que cette consultation à Genève de l'OMS sur l'obésité, débute la première enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids, intitulée Obépi-Roche. Depuis, l'enquête est réalisée tous les trois ans. Les laboratoires Roche financent cette enquête et le Professeur Basdevant[113] en est le meneur. Nous verrons tout au long de ce Chapitre qu'il représente

[113] Le Pr Basdevant est médecin endocrinologue, chef du service de nutrition à l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur à l'Université Pierre et Marie Curie et membre de l'unité Inserm U 755

un acteur fondamental dans le développement de ce que l'on peut nommer la « médecine de l'obésité » en France.

En 1998 de premiers travaux sont engagés à l'initiative de la Direction Générale de la Santé (DGS). Il en ressort que malgré un taux de maladies cardiovasculaires relativement faible en France, « les mauvaises habitudes alimentaires s'étendent parmi les jeunes des couches sociales défavorisées, la mauvaise manière de se nourrir ayant en quelque sorte remplacé la sous-nutrition » (IGAS, 2003, p. 207). À ce sujet, certains parleront du *French paradox*[114]. Tel était le constat de départ qui décida la DGS à s'interroger. Ce que l'on constate c'est que les enfants et adolescents sont envisagés comme une population cible des politiques de santé publique, notamment celle liée à l'obésité mais aussi plus globalement à la nutrition. L'article de Génolini et Perrin (2016) sur les enquêtes de santé au sujet de la jeunesse qui permettent d'évaluer la santé des adolescents et d'orienter les politiques publiques préventives, montre comment elles participent à construire des représentations de l'adolescence articulées simultanément à une culture du risque et à une perspective de promotion de la santé. Cet article montre par ailleurs qu'au tournant des années 2000, les préoccupations sanitaires relatives à l'obésité, au corps plus globalement mais aussi au suicide et au mal-être des jeunes orientent vers la détection de risques inédits. Les enquêtes de santé participent à créer de nouveaux indicateurs du risque, déplacent les cadres interprétatifs de l'adolescence et ainsi de nouvelles figures de fragilité apparaissent comme l'inactivité et la sédentarité des jeunes ou encore l'attrait pour la malbouffe. La mise en forme de l'adolescence semble dépendante de nouvelles cartes interprétatives du normal et du pathologique davantage attachées à comprendre l'équilibre des ressources individuelles dans des environnements pathogènes (*ibid.*). Le regard porté sur l'adolescent semble ainsi dominé par une approche individualiste et moraliste (Peretti-Watel, 2010 cité par Génolini & Perrin, 2016). Les représentations de la jeunesse suivent les lignes d'une certaine pathologisation du social, permettant ainsi aux médecins et aux épidémiologistes de développer un système de santé et des offres de soins en phase avec les problèmes des adolescents. Cela pourrait cependant avoir pour conséquence d'engendrer une focalisation sur les ressources individuelles et risquerait de produire une stigmatisation des jeunes (Galland, 2006 cité par Génolini & Perrin, 2016)

[114] L'expression « paradoxe français » est créée en 1981 par les Français Richard, Cambien et Ducimetière après avoir comparé les niveaux de maladie cardio-vasculaire et de consommation de matières grasses en France. Cf. A. Evans, « The French paradox and other ecological fallacies », International Journal of Epidemiology, vol. 40, no 6, 1er décembre 2011, pp. 1486–1489

En 1999, le Comité d'experts coordonné par les Professeurs Hercberg, épidémiologiste de la nutrition et Basdevant, médecin endocrinologue, propose des objectifs de façon consensuelle dans un rapport élaboré pour la DGS intitulé « *Des objectifs pour une politique nutritionnelle de santé publique en France* ». En examinant de plus près ces experts sollicités, on constate que de manière générale ils appartiennent au secteur médical. Les objectifs élaborés à cet instant constitueront plus tard le socle du premier Programme National Nutrition Santé (PNNS) (Hercberg & Tallec, 2000, p. 120).

La même année, l'INSERM réalise la première expertise sur l'obésité, le dépistage et la prévention chez l'enfant. Une seconde expertise est mise en place en 2005 à la demande de l'Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé (OPEPS), afin d'évaluer les programmes de prise en charge et de prévention de l'obésité en France (Poulain, 2009, p.13).

En 2000, un rapport du Haut comité de santé publique (HCSP) est rédigé : « *Pour une politique nutritionnelle de santé en France* » (Hercberg & Tallec, 2000). Ce rapport vient formaliser les premières réflexions de la DGS de 1998. Peu de temps après, en décembre 2000, lors de la clôture des états généraux de l'alimentation, le Premier ministre, Jospin, annonce la création prochaine du fameux Programme National Nutrition-Santé. Il sera lancé en 2001 et piloté par Gillot, secrétaire d'État à la santé et aux handicapés à cette époque (Merlaud et *al*., 2012, p.4). Ce rapport du HCSP et les états généraux de l'alimentation, précédemment cités, sont deux événements clés fréquemment cités dans les travaux consacrés à l'obésité (*ibid.*). Ils semblent particulièrement initiateurs de la mise en avant de la thématique obésité en France dans le monde politique. Nous allons brièvement reprendre le contenu de ces deux événements afin de comprendre les premières représentations liées à l'obésité et les premiers objectifs. Notons que l'obésité se retrouve faire l'objet à chaque fois d'une attention particulière au sein de la thématique nutrition. De plus, certains sujets y sont énoncés comme liés, de manière récurrente, comme les inégalités, les jeunes et les femmes.

Le rapport de 2000 du Haut comité de santé publique est conçu suite au constat suivant : auparavant, les relations entre l'alimentation et la santé étaient perçues au travers des grandes maladies de carence nutritionnelle notamment à cause des famines et des déficits alimentaires majeurs, toutefois, au cours des dernières années en France et dans d'autres pays industrialisés, une situation d'abondance s'est développée. Par conséquent, dès son avant-propos le HCSP reconnaît

que l'alimentation participe de façon active au déterminisme de plusieurs maladies et qu'il existe un caractère multifactoriel à ces différentes pathologies, dont l'obésité : « L'alimentation est aujourd'hui considérée comme jouant un rôle essentiel » dans les causes des pathologies les plus répandues « cancers, maladies cardiovasculaires, ostéoporose, obésité ». Une partie à part entière est consacrée à l'obésité. Le lien entre nutrition et obésité y est rappelé : « parmi les facteurs environnementaux et comportementaux, le rôle de l'alimentation est évidemment primordial » (Hercberg & Tallec, 2000). Un lien est aussi établi entre l'obésité et le sexe : « la prévalence de l'obésité est en général plus élevée chez la femme que chez l'homme » mais aussi avec « l'origine ethnique », « la catégorie socioprofessionnelle » et le « niveau d'études » (*ibid.*). Selon ce rapport, il existe dans les pays industrialisés « une relation inverse entre le statut socio-économique et l'obésité, surtout bien établie chez la femme » (*ibid.* p.11). Une attention particulière est également soulignée pour les plus jeunes concernant le poids et les manières de s'alimenter. Les jeunes semblent une thématique prioritaire qui inquiète les politiques : « deux constatations peuvent être faites : 1) les enfants grandissent et grossissent de génération en génération et 2) depuis quelques dizaines d'années, on relève une augmentation importante de la prévalence de l'obésité, en particulier de l'obésité infantile. » (*ibid.* p.138). La question de la stigmatisation est à cette époque absente du rapport. Le terme d'« inégalités sociales » n'apparaît pas en ces termes dans le rapport mais quelques aspects sociologiques de l'alimentation sont évoqués même s'ils ne font pas l'objet d'un traitement de fond. Ajoutons à cela que les objectifs nutritionnels ne concernent que la modification des comportements et la volonté de faire baisser un certain nombre de pathologies, dont l'obésité et le surpoids.

À la fin des années 2000, lors du discours du premier ministre Lionel Jospin aux états généraux de l'alimentation, il annonce le lancement PNNS en 2001 et fait des jeunes et de l'obésité une priorité nationale : « l'enfance et l'adolescence sont des étapes décisives dans l'apprentissage de comportements alimentaires favorables à la santé ». La priorité mise sur l'obésité et le surpoids se traduit principalement par des objectifs quantitatifs : « ce programme entend réduire de 20 % la fréquence du surpoids et de l'obésité chez les adultes ; il faut aussi interrompre l'inquiétante progression de l'obésité chez les enfants : celle-ci touche désormais plus d'un enfant sur dix âgé de 5 à 12 ans » (discours de Lionel Jospin lors des États généraux de l'alimentation, le 13 décembre 2000[115]). Le PNNS est annoncé comme un programme qui concerne les cinq prochaines années et

[115] https://www.vie-publique.fr/discours/153346-declaration-de-m-lionel-jospin-premier-ministre-sur-les-mesures-prise

s'appuiera non seulement sur les recommandations du HCSP mais aussi sur l'ensemble des propositions énoncées au cours des États généraux de l'Alimentation. Le programme national nutrition santé est prolongé en 2006 puis en 2011 et très récemment fin 2019. Il est intéressant de noter l'absence de la problématique de l'anorexie au sein des politiques nutritionnelles qui montre combien la minceur, en tant que norme socialement valorisée dans notre société, n'est pas fondamentalement remise en cause (Merlaud, 2014, p.247).

Les moments clés continuent de se succéder du côté médical. En 1998 a lieu la création du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS). C'est cependant seulement en 2006 que leurs propos seront médiatisés (Merlaud, et *al*., 2012). Ce groupe est constitué de différents professionnels de la santé dont par exemple Waysfeld, médecin nutritionniste et psychiatre, Apfeldorfer, psychiatre et Zermati médecin nutritionniste, acteurs importants dans le milieu médical spécialisé de l'obésité. Ils ont publié un ouvrage commun qui s'intitule *Traiter l'obésité et le surpoids* (2010). Individuellement, ils ont publié de nombreux ouvrages reconnus sur le poids et les régimes dont le plus connu est certainement celui du Dr Zermati intitulé *Maigrir sans régime* (2002, 2011). Le Dr Lecerf, médecin nutritionniste et endocrinologue à l'institut pasteur de Lille faisant partie du conseil scientifique de l'association du GROS, est également un acteur important. Il publie en 2001 un ouvrage médical intitulé *Poids et obésité*. À l'époque encore déconsidérée par le corps médical, la réalité scientifique et médicale se trouve ici réhabilitée dans cet ouvrage qui s'adresse aux médecins désireux de mieux comprendre et de mieux accompagner les patients ayant un excès de poids. Même si le GROS ne semble pas participer de manière officielle à l'organisation de la prise en charge de l'obésité, force est de constater, en observant les pratiques et discours des professionnels sur la scène médicale du Nord et Pas-de-Calais, que son influence est certaine.

En 2003 de premières recommandations pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent reçoivent le label de l'ANAES. Ces recommandations de pratique clinique sont destinées à tous les médecins intervenant dans ce type de prise en charge.

En 2004, on voit se dessiner une certaine culture française comme le certifie la publication du premier traité de médecine de l'obésité : « En France, le « Traité de médecine de l'obésité », d'Arnaud Basdevant et de Bernard Guy-Grand, a joué un rôle décisif, tant sur le plan théorique que sur celui de la diffusion des idées, notamment en mettant en avant le concept de « médecine de l'obésité » (Poulain, 2009, p.14). Cette référence médicale constitue une des principales sources

étudiées pour rendre compte des normes médicales de l'obésité des adolescents (Basdevant & Guy-Grand, 2004).

L'obésité acquiert ainsi une visibilité au sein du monde médical qui le justifie en raison des nombreuses maladies qui lui sont associées et de son évolution d'un point de vue mondial comme national. La personne en situation d'obésité devient une personne « malade », ou « quelqu'un qui a des chances de le devenir et que l'on doit donc aider et soigner » (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.22). Autrement dit « les raisons pour lesquelles elle a été vue comme anormale ont changé. On est passé de la condamnation morale à la lutte contre l'obésité au nom des risques médicaux que courent les obèses eux-mêmes » (Poulain, 2009, p.82).

Au côté de ces différents acteurs médicaux qui participent à la formalisation d'une médecine de l'obésité, nous souhaitons également citer le Pr Tounian, qui joue un rôle important dans la littérature médicale autour de l'obésité de l'enfant. Nous citerons deux ouvrages en particulier qui ont participé à définir et organiser la médecine de l'obésité pour les enfants : *L'obésité de l'enfant* (2007) et *Obésité infantile : Pourquoi on fait fausse route* (2008). Son ouvrage de 2007 est important puisque jusqu'à ce moment-là aucun autre ouvrage français médical centré sur l'obésité de l'enfant n'avait réuni autant de spécialistes.

En 2010 est lancé un programme national dédié à l'obésité (PO) et en 2011, suite aux recommandations faites dans le PNNS 2 (2006-2010) et PO (2010-2013), les recommandations de l'ANAES de 2003 sont mises à jour par la HAS : *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent — Actualisation des recommandations 2003* (HAS, 2011).

Si l'analyse du contexte français est privilégiée dans cette thèse, il est intéressant d'effectuer une comparaison internationale notamment grâce au travail du sociologue Bossy (2010) sur les différentes temporalités du changement de la mise sur agenda de l'obésité en France et au Royaume-Uni. Ce dernier souligne que malgré des conditions institutionnelles plus favorables au Royaume-Uni et une prévalence de la maladie plus élevée, les politiques de lutte contre l'obésité ne sont arrivées qu'à la fin de la décennie 1990, presque en même temps que la France qui pourtant avait une prévalence plus faible et un système de santé publique jugé insatisfaisant. Le « retard » britannique témoigne bien du fait que tant que l'obésité n'est pas qualifiée de problème de santé

publique notamment par l'OMS en 1998 et qu'elle reste considérée comme un problème individuel, aucune politique n'est entreprise.

3.2.3. Médiatisation et dramatisation de l'obésité

En France, deux à trois années seulement ont séparé ces premiers rapports, enquêtes et réflexions sur l'obésité (1997-1998-1999-2000) de leur traduction en programme national officiel (PNNS 2001). Le PNNS lancé en 2001 représente la concrétisation de la mise sur agenda de l'obésité. Si son objectif général est l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition, il a également pour but d'enrayer l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids. Le lien entre alimentation et obésité est souligné au début des années 2000 dans le champ des politiques comme du milieu médical. En France, la mise à l'agenda et politisation de l'obésité mais aussi plus généralement des risques associés aux mauvaises habitudes alimentaires et à la sédentarité, se caractérise autant par sa rapidité que par un pilotage initial par le haut (Honta & Haschar-Noé, 2011). Cela constitue même un exemple frappant de rapidité de la réponse politique après avoir qualifié le problème si l'on considère que le rapport du HCSP, qui formalise beaucoup de choses à l'égard de la nutrition et l'obésité, est publié en 2000 et que le PNNS est lancé en 2001.

La rapidité de mise à l'agenda peut notamment s'expliquer par le fait que l'obésité cristallise certaines préoccupations sociales. En effet Hassenteufel (2010) lors de sa définition de la mise sur agenda précédemment citée avait fait allusion à l'importance des « valeurs dominantes dans une société donnée à un moment donné », dans le sens où en effet, si une problématique est fortement relayée par les médias et qu'elle entre en résonance avec les préoccupations et aspirations de nos sociétés, alors sa mise sur agenda a d'autant plus de chance d'opérer. Jean Pierre Poulain (2009) cherche justement à identifier la manière dont la question de l'obésité a été thématisée comme question sociale et médiatique, c'est-à-dire la place qu'occupe l'obésité dans l'imaginaire des sociétés occidentales et ses relations avec d'autres questions sociales. Les préoccupations sociales sont reliées à l'alimentation, aux crises alimentaires, à la perte de confiance des mangeurs dans leurs aliments, au risque de dégradation de la qualité des aliments avec le développement de l'agriculture intensive (OGM…), à la pression de nouvelles normes esthétiques et de minceur, etc. De plus, les médias se sont grandement emparés de la thématique en France autour des années

2000, au point même de créer une nouvelle peur dans la population (Csergo, 2009, p.9). Certains titres de presse sont particulièrement alarmants : « *Alerte à l'obésité* » (Libération, 27 octobre 2001), « *Manger tue* » (Courrier international, 24 décembre 2003), « *La chasse aux gros est ouverte* » (Le Nouvel Observateur, 13 mai 2004), « *L'obésité mal du siècle* » (Le Figaro, 11 mars 2004), « *Apocalypse Food* » (Le Monde, 27 juin 2004), « *L'obésité mal du siècle* » (Le Figaro, 11 mars 2004). L'OMS parle d'« *épidémie mondiale* » (Rapport d'une consultation de l'OMS. Série de rapports techniques n° 894, Genève, 2003, p.5.). La presse s'empare de ces termes : « *la première épidémie non infectieuse de l'histoire* » (Le Monde, 14 mars 2000) ou encore « *l'obésité, une épidémie qui s'étend* » (Le Figaro, 1er juin 2001). L'obésité devient presque une phobie, alimente les inquiétudes et saisit tout le monde. L'enfant semble être la première cible de cette montée en puissance (Csergo, 2009).[116]

Ce passage de la « thématisation » à la « dramatisation » de l'obésité a participé à son inscription sur l'agenda politique. Lorsque celle-ci est cependant excessive, les conséquences peuvent être « désastreuses » : développement de l'anxiété alimentaire dans la population générale, stigmatisation des personnes obèses (Poulain, interview, 2009, p.2), renforcement du sentiment de culpabilité chez les mangeurs, cacophonie alimentaire, application de régimes restrictifs, etc.

Finalement, la médicalisation de l'obésité a pris de l'ampleur récemment, en particulier ces vingt dernières années. On s'aperçoit également de la récurrence de certains noms d'acteurs du secteur médical, sanitaire ayant contribué au processus de mise sur agenda politique et médicalisation de l'obésité. Lors de nos entretiens auprès de professionnels du Nord et Pas-de-Calais, ces mêmes noms reviennent fréquemment. Il était important de comprendre à travers cette partie la manière dont l'obésité est devenue un enjeu médical, politique et de santé publique. Les différents documents et ouvrages cités nous auront permis d'apprivoiser le terrain d'enquête et la manière dont les professionnels s'organisent et s'emparent de ces normes à travers leurs discours et pratiques.

Nous allons maintenant nous focaliser sur la politisation de l'obésité à travers une analyse du Programme national nutrition santé et du Plan obésité.

[116] Pour aller plus loin sur cette médiatisation, se référer à l'ouvrage de Csergo (2009) d'où sont extraits les titres des articles de presse énoncés ici.

3.3. Une politisation de l'obésité à l'échelle nationale centrée sur la modification des comportements individuels

Nous débuterons par une analyse autour de la logique de succession des différents Programme national nutrition santé (PNNS) depuis son lancement en 2001. Ensuite, un focus sera effectué sur le PNNS 3 lancé en 2011 puis sur le Plan national obésité (PO) lancé en 2010, entièrement dédié à cette pathologie et qui vient le compéter. La dernière partie sera focalisée sur l'année 2019 où le PNNS 4 (2019-2023) est mis en place. Le lien entre comportements à risques, comportements individuels et politiques publiques a déjà été approfondi dans le Chapitre 1, il va s'agir maintenant d'étudier cela en se focalisant sur le PNNS et PO. Pour cela on s'appuiera sur un certain nombre d'évaluations faites des différents programmes[117].

3.3.1. Programme national nutrition santé : priorité aux inégalités sociales ?

L'objectif général annoncé par le Programme national nutrition santé (PNNS) est d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition. Le PNNS 1 (2001-2005) insiste sur les « habitudes individuelles » et n'évoque pas les aspects liés à l'environnement de la personne. Conscient de cette « négligence », le PNNS 2 (2006-2010) annonce associer de manière plus équilibrée la modification des comportements nutritionnels à l'action sur l'offre alimentaire en inscrivant la lutte contre les inégalités sociales de santé comme l'une de ses priorités. Le PNNS 2 reprend le sujet du « dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels » pour en faire l'un de ses quatre plans d'action au sein duquel il est distingué le « dépistage et prise en charge de l'obésité infantile, adolescente et adulte ». Il existe une action qui traite à part entière de « la lutte contre la stigmatisation des personnes obèses ».

Malgré cette volonté d'inscrire les inégalités sociales de santé comme une thématique importante, les résultats du PNNS 2 sont loin d'être ceux escomptés. Le rapport d'évaluation de l'IGAS (Jourdain Menninger et *al.*, 2010) au sujet de ce dernier émet de fortes réserves sur le caractère

[117] Cette partie s'appuie sur plusieurs rapports d'évaluations du PNNS et du PO produits par l'Inspection générale des affaires sociales (Menninger, Lecoq & Guedj, 2010 ; Batz, Faucon & Voynet, 2016) ou encore par le HCSP (*Pour une Politique nationale nutrition santé en France - PNNS 2017-2021* ; *Avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique [PNNS] 2018-2022*). Ces documents sont référencés en bibliographie et leurs pdf. y sont disponibles.

adapté et le niveau d'intensité des actions engagées par le PNNS. Il recommande la poursuite du programme mais affirme en revanche que « sa reconduction en l'état n'est pas souhaitable » (*ibid.* p.3). Les objectifs de réduction de la prévalence de l'obésité ne sont pas atteints et les inégalités demeurent importantes en matière d'obésité et surpoids : « la question la plus préoccupante » affirme la mission d'évaluation du PNNS 2, reste celle des « personnes de milieux socio-économiques défavorisés chez lesquelles l'épidémie d'obésité continue de progresser » (*ibid.* p. 5)[118]. À nouveau, il est recommandé de « redonner la priorité aux actions en faveur des plus démunis » lors du troisième prochain programme afin de réduire les inégalités sociales de santé (*ibid.* p.127).

Parallèlement au PNNS 3, le Président de la République, à l'époque Sarkozy, a souhaité la formalisation d'un plan obésité (PO) pour la France, « avec pour objectif de répondre à la croissance du nombre de sujets gravement atteints » (site mangerbouger.fr[119]). Le Plan obésité est lancé en 2010[120]. Le PNNS 3 (2011-2015) et le PO (2010-2013) sont estimés complémentaires et non concurrents. Ils font régulièrement référence l'un à l'autre. Le PNNS traite de la nutrition comme un déterminant de la santé. Le PO s'articule et complète le PNNS par l'organisation du dépistage, de la prise en charge des patients en obésité ainsi que par une dimension importante dédiée à la recherche. Ainsi, l'obésité ne constitue pas un axe prioritaire du PNSS 3, mais c'est essentiellement pour avoir deux programmes politiques distincts. Les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) en 2010 pour le champ de la nutrition, vont servir de base pour définir les actions prévues aussi bien pour le Programme national nutrition santé (PNNS 3) que le Plan obésité (PO) (PNNS 3 2011-2015, p.7). Ces objectifs se divisent en quatre : réduire le surpoids et l'obésité de la population, augmenter la pratique d'activités physiques et sportives régulières, améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque et réduire la prévalence de pathologies nutritionnelles.

---

[118] Plusieurs autres éléments non atteints sont soulignés concernant la prise en charge de l'obésité. Par exemple, « *l'absence de systématisation du repérage du surpoids et de l'obésité en consultations d'enfants* », « *le retard dans la mise en place de réseaux de prise en charge des enfants ou des adultes obèses* » et « *le report d'élaboration de bonnes pratiques de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité* » (*ibid.* p.5).

[119] https://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Qu-est-ce-que-le-PNNS

[120] Sarkozy a confié fin 2009 à Anne de Danne, déléguée générale de la Fondation Wyeth pour la santé de l'enfant et de l'adolescent, l'animation d'une commission sur la prévention et la prise en charge de l'obésité. Cette commission était chargée de présenter des propositions pour un futur plan d'action. Sur la base des conclusions de cette commission, le Plan obésité est lancé en 2010.

La question des inégalités sociales de santé est à nouveau annoncée comme mise au centre du PNNS 3. Des objectifs spécifiques sont dédiés aux plus défavorisés et sur les quatre axes[121] développés par le PNNS 3, le premier concerne les inégalités sociales de santé. Suite au constat de non réduction des inégalités depuis le lancement du PNNS 1, le troisième programme a souhaité « orienter les interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé dans le domaine nutritionnel tant vers les causes proximales (les comportements des individus) que les causes fondamentales (le contexte dans lequel les comportements s'insèrent) » (PNNS 3, p.15). Le PNNS 3 affirme avoir comme objectif d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé et de combiner de façon plus équilibrée, deux modes d'action : l'approche individuelle et l'approche collective. Sur le papier, son ambition est autant d'informer et de sensibiliser chaque individu aux bonnes pratiques nutritionnelles et à l'importance de l'activité physique que d'agir sur l'offre alimentaire (pouvoirs publics, industries agroalimentaires, collectivités locales...) et sur l'environnement de l'usager. Le PNNS 3 affirme qu'agir uniquement sur la seule responsabilité individuelle du consommateur ne serait pas efficace et que s'il est envisageable de prendre en compte les préoccupations des agents économiques[122], cela doit se faire avec des limites : « [les agents] ne devraient pas être placés en situation de peser sur les messages de santé publique ou d'empêcher le recours à une large palette d'outils à l'efficacité établie : réglementation, outils de marché, fiscalité comportementale, réorientation de la recherche publique » (Batz, Faucon & Voynet, 2016, p.28). Selon l'IGAS, les résultats du PNNS 3 ne sont toujours pas ceux escomptés comme nous allons le voir ci-dessous.

3.3.2. Remise en question du programme national nutrition santé

Si les mesures annoncées par le PNNS 3 semblaient en adéquation avec les remarques précédemment faites par l'IGAS, finalement la conclusion du rapport d'évaluation du PNNS 3 réalisé par l'IGAS (Batz, Faucon & Voynet, 2016) est sensiblement identique à celui du PNNS 2 et du PNNS 1 : « la reconduction du plan en l'état n'est pas souhaitable : sa logique d'ensemble a démontré ses limites, voire ses effets contre-productifs. Elle doit donc être profondément transformée » (Batz, Faucon & Voynet, 2016, p.83). Concernant les inégalités sociales de santé, c'est toujours le même constat : même si plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement

[121] Les quatre axes du PNNS 3 sont les suivant : Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention - Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité - Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition : diminuer la prévalence de la dénutrition - Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes.

[122] Les acteurs économiques sont entendus comme ceux qui élaborent les aliments et les commercialisent

ou totalement atteints par le PNNS initié en 2001 et prolongé en 2006, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition.

Parmi les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), la France se distingue par l'importance de ses inégalités de santé : la France est l'un des pays d'Europe où les inégalités de santé sont les plus importantes. Les écarts observés entre régions sont également très accusés et ces inégalités se sont accrues au cours des dix dernières années (Maresca & Helmi, 2014, p.2). Il était alors important pour les politiques publiques d'agir sur ces inégalités sociales de santé, notamment à travers le PNNS, comme le soulignaient les précédents rapports d'évaluation de l'IGAS. Pourtant, en dépit de ses objectifs, le PNNS 3 n'a pas disposé des moyens suffisants ni mis en œuvre les mesures qui permettent de réduire ces inégalités : « les inégalités sociales de santé n'ont pas diminué » (Batz, Faucon & Voynet, 2016, p.63). L'IGAS avait précédemment déconseillé de s'appuyer sur des objectifs uniquement centrés sur la modification de comportements et le PNNS 3 annonçait l'avoir intégré. Le constat est finalement identique que le précédent selon l'IGAS qui affirme clairement que cela tend à renforcer les inégalités sociales de santé et engendrer culpabilité et stigmatisation :

> Les messages d'information nutritionnelle contribuaient à conforter les inégalités, à la fois parce qu'ils étaient mieux reçus et mieux compris par les catégories socioprofessionnelles privilégiées et parce qu'ils étaient susceptibles de générer un sentiment d'impuissance et de culpabilité au sein des populations précaires. (Batz, Faucon & Voynet, 2016, p.63)

La dynamique du PNNS est même jugée « trop verticale » et « trop descendante ». Le PNNS se doit d'arrêter « les messages généralistes, les injonctions culpabilisantes, les appels à la volonté, à la responsabilité du consommateur » *(ibid.).* La volonté de changer le comportement individuel est encore toujours beaucoup trop présente par rapport à la volonté de changer le collectif, c'est-à-dire, l'offre alimentaire en profondeur. En effet dans la pratique, le PNNS 3 comporte peu d'actions qui relèvent de l'offre alimentaire — essentiellement « incitatives » ou « volontaires ». Il reste effacé concernant les mesures réglementaires, les mesures fiscales, l'encadrement du marketing alimentaire, l'étiquetage nutritionnel. Le PNNS 3 est même accusé d'avoir « occulté, au nom du consensus et des intérêts des parties prenantes, des aspects importants de la problématique nutritionnelle ». Il aurait insuffisamment pris en compte les actions possibles sur l'offre, « tant le pouvoir des lobbies de l'agroalimentaire est puissant » (*ibid.* p.3). L'information et l'éducation de

santé constituent, dans ce cadre, des instruments de politique publique privilégiés, tandis que les actions s'attaquant aux inégalités sociales ou ciblant les industries agroalimentaires sont moins ambitieuses (Bergeron & Castel, 2014). Pour conclure l'IGAS questionne cette dualité comportements individuels VS offre alimentaire :

> Le PNNS est un programme essentiellement incitatif, fondé sur la bonne volonté des acteurs économiques et sur la responsabilité du consommateur, acteur responsable de sa propre santé. C'est son intérêt ; c'est aussi sa principale limite. Que vaut la « liberté » de choix du consommateur face à la « liberté » de commercialiser des « aliments » sans intérêt nutritionnel ? Poser la question, c'est y répondre. (Batz, Faucon & Voynet, 2016, p.29)

Pour reprendre brièvement les autres critiques du rapport d'évaluation, qui ne se focalisent pas exclusivement sur les inégalités sociales de santé, il est reproché le « manque de coordination interministérielle », pourtant annoncé comme un objectif initial fondamental par le PNNS 3. En effet, face à la multiplicité des plans gouvernementaux, la « cohérence » de l'action publique se retrouve ébranlée et ce manque de coordination pèse sur la « clarté » des orientations générales des politiques publiques. Finalement, notre société est toujours proche du concept de Fischler de « cacophonie alimentaire » (1990) qui conduit à penser que la multiplicité des programmes et donc des recommandations qui en découlent ne fait qu'ajouter de la confusion chez les mangeurs. Par exemple, « se sont ajoutés le Plan national pour l'alimentation – PNA et le Plan sport santé bien-être – P2SBE, créant plus de confusions que de synergies, voire de la concurrence » (Batz, Faucon & Voynet, 2016, p.4). De plus, la déclinaison du PNNS à une échelle locale est dite insuffisante, sa « visibilité » et son « impact » sont reconnus « faibles » au plan local.

Nous allons maintenant éclairer le Plan obésité (2010-2013) qui est le fruit d'une commande politique annoncée par le président de la République, Sarkozy, en 2010 en parallèle de la constitution du PNNS 3.

3.3.3. Quelle prise en compte de la stigmatisation et des inégalités dans le Plan Obésité ?

Le Pr Basdevant, acteur du milieu médical déjà cité de nombreuses fois, est sollicité pour conduire le plan et le construire (Batz, Faucon & Voynet, 2016, p.51). On voit bien à nouveau à quel point la

médicalisation et politisation sont des processus imbriqués permettant de faire de l'obésité un enjeu de santé publique.

Le Plan obésité (PO) comporte quatre axes prioritaires : améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte - mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique - prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination - investir dans la recherche. La question des inégalités sociales et de la stigmatisation est valorisée à travers le troisième axe où il va s'agir par exemple de « Lutter contre les discriminations dans le système de soins », « Lutter contre la stigmatisation des personnes obèses dans la société » ou encore « Mettre en place des actions aux bénéfices des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique ».

Le PO réunit en un ensemble coordonné une série de mesures et d'actions dont certaines sont inscrites dans d'autres plans ou initiatives. En plus du PNNS 3, il s'articule avec le Programme national pour l'alimentation (PNA), le Plan national santé environnement (PNSE), le Plan national alimentation insertion (PAI) et le Plan santé à l'école (PSE). C'est notamment pour cela qu'une coordination interministérielle est fortement conseillée par l'IGAS pour mener à bien cela.

L'évaluation menée par l'IGAS est beaucoup moins sévère pour le PO que pour le PNNS 3. Le plan obésité est considéré comme représentant une impulsion décisive pour la prise en charge de l'obésité, et aurait contribué à faire reconnaître la médecine de l'obésité et faire progresser son organisation (Batz, Faucon & Voynet, 2016, p.55). Cela montre bien pour le cas de l'obésité comment une mise à l'agenda politique peut participer à la médicalisation de l'obésité. Plusieurs éléments ont été réalisés avec « succès » selon l'évaluation, notamment de nombreuses actions de l'axe 1 concernant l'offre de soins et le dépistage. Ainsi, on peut citer : l'élaboration des recommandations de bonne pratique clinique de la HAS pour la prise en charge médicale de 1er recours du surpoids et de l'obésité, des fiches pratiques à destination des médecins généralistes et pédiatres, l'organisation des transports sanitaires bariatriques, l'équipement de services hospitaliers et de SSR en matériel permettant la prise en charge des personnes obèses, la structuration de l'offre spécialisée selon le principe de la gradation des soins, le dépistage des personnes à risque, grâce aux services de santé scolaire, de médecine du travail et des médecins généralistes, la labellisation de 37 centres spécialisés (CSO) et la labellisation de programmes d'éducation thérapeutiques. Ces différents éléments souhaités par le plan obésité ont participé à conforter l'institutionnalisation

médicale de l'obésité et donc à faire prendre de l'ampleur au processus de médicalisation de l'obésité.

En effet suite au PO, en 2011 le ministère de la santé a identifié ces CSO dans chaque région grâce aux Agences Régionales de Santé. Il existe actuellement 37 CSO en France métropolitaine et d'outre-mer dont cinq CSO dans la région des Hauts de France. C'est la région qui en accueille le plus. Ce nombre important de CSO dans la région va de pair avec le fait que ce soit la zone géographique la plus touchée par la prévalence de l'obésité. Cette question sera approfondie dans la partie 4.2 dédiée à l'organisation territoriale des accompagnements thérapeutiques.

En revanche, les actions de prévention sont restées le « parent pauvre du plan » : « ayant donné la priorité à la prise en charge, notamment chirurgicale, de l'obésité sévère, le plan obésité est loin de constituer un plan global de prévention du surpoids et de l'obésité » (*ibid.* p.54). De plus, il était question d'accès le plan sur la lutte contre les discriminations et stigmatisation, à l'école, dans la société et au sein même du milieu médical, pourtant « la mise en œuvre des actions destinées à lutter contre les discriminations est restée bien trop symbolique et discrète » (*ibid.* p.55). Dans la même logique que le PNNS, les actions qui cherchent à réduire la stigmatisation des personnes en obésité et les inégalités sociales de santé qui y sont liées sont absentes.

3.3.4. L'année 2019, naissance du quatrième programme national nutrition santé

Si les trois premiers programme national nutrition santé se sont enchaînés, le PNNS 4 (2019-2023) tarde à voir le jour puisqu'il n'est publié qu'en décembre 2019[123] alors que le PNNS 3 s'achève en 2015. La préparation du quatrième PNNS a fait l'objet d'un travail du HCSP publié en septembre 2017 : *Pour une Politique nationale nutrition santé en France — PNNS 2017-2021*. Ce document sert de référence pour comprendre ce que le HCSP préconisait pour le PNNS 4 suite au rapport sévère de l'IGAS de 2016 sur le PNNS 3. Le HCSP reprend différentes évaluations concernant les précédents PNNS et effectue différentes recommandations.

[123] Certains documents antérieurs à sa publication, provenant de grandes instances nationales, font état d'un PNNS 4 qui devait débuter en 2017, ce qui semble logique puisque le PNNS 3 s'achevait en 2015 et que son évaluation avait lieu en 2016. D'autres documents annoncent finalement que le PNNS 4 verra le jour en 2018. Jusqu'à ce que finalement, il ne soit réellement publié qu'en décembre 2019. Aucune information n'est délivrée pour expliquer ce retard et aucun document n'en fait le constat. Des changements de direction ont eu lieu entre temps à la DGS, de nouveaux programmes nationaux liés par leur thématique ont vu le jour et le système de santé s'est profondément réformé. Ces événements ont alors peut-être participé à causer ce retard.

Le bilan est à nouveau plutôt sévère et particulièrement accès sur la question des inégalités sociales de santé. Le HCSP (2017) rappelle que l'analyse des processus et résultats des trois précédents Programmes Nationaux Nutrition Santé (PNNS) a conduit à appréhender les limites des stratégies de santé publique fondées exclusivement sur les déterminants individuels des comportements alimentaires et d'activité physique. Le HCSP (2017) rappelle également que les PNNS n'ont atteint que partiellement les objectifs fixés et que les inégalités sociales de santé se sont même encore aggravées dans le domaine de la nutrition. Pour ces motifs, le HCSP (2017) propose une prochaine politique nutritionnelle de santé publique qui s'appuie sur des mesures visant la population générale avec une « intensité graduée » selon le degré de désavantage. Il recommande d'intervenir sur l'environnement social, économique et sociétal afin de faciliter les choix individuels favorables à la santé concernant l'alimentation et l'activité physique. Il préconise par exemple de recourir à des mesures réglementaires pour réduire la pression du marketing commercial, améliorer l'offre alimentaire et l'accessibilité physique et économique aux aliments de meilleure qualité nutritionnelle. Selon le HCSP, pour être réellement efficace, une politique nutritionnelle de santé publique doit intégrer des actions puissantes dans le but de modifier l'offre alimentaire et d'activité physique. Les actions doivent agir sur l'environnement afin que le choix santé des individus puisse devenir plus aisé pour tous, notamment les populations les plus défavorisées (*ibid.* p.23). En effet, si les consommations alimentaires ou de pratique d'activité physique relèvent d'un choix personnel, ce choix est influencé par divers facteurs extérieurs à l'individu selon un schéma causal complexe. Plusieurs niveaux d'influence peuvent ainsi être identifiés : le niveau individuel, l'environnement social proche (familles, amis, parents), l'environnement physique (disponibilité et choix alimentaires dans les écoles, lieux de travail, supermarchés, environnement urbain, pistes cyclables, etc.) et enfin le macro-environnement (marketing alimentaire, normes sociales, structure du marché économique, filières de production alimentaire, régulation gouvernementale...). Chacun de ces niveaux participe et influence les choix alimentaires et d'activité physique effectués par les individus. Les mesures qui assurent la qualité des aliments, y compris par voie fiscale ou réglementaire et celles qui facilitent l'accès aux aliments sains vont dans ce sens. Des mesures fortes sont proposées pour réduire les effets de la publicité sur les populations qui y sont le plus sensibles, notamment les enfants (*ibid.* p.24). On peut constater globalement que ces recommandations sont grandement focalisées sur les inégalités sociales de santé, en agissant davantage sur l'offre alimentaire que les comportements individuels. Le HCSP (2017) conseille de

développer des actions spécifiques et prioritaires orientées vers les enfants, adolescents et les populations défavorisées.

À la lecture de ces recommandations, nous ne pouvons que constater les incitations grandissantes pour inscrire la thématique des inégalités sociales de santé au sein du programme et plus précisément, agir sur l'offre alimentaire au lieu de se focaliser sur les comportements et responsabiliser les individus.

Puis, le HCSP rédige en février 2018 les « objectifs quantifiables » demandés par la DGS pour répondre à une logique d'évaluation. À la lecture du PNNS 4 publié fin 2019, tout se passe comme si le PNNS avait tenu compte de ces objectifs quantifiables de 2018[124] mais très peu des recommandations écrites par le HCSP (2017).

Le PNNS 4 se doit d'être en adéquation avec les principes de la stratégie nationale de santé (SNS) et d'autres programmes en vigueur[125]. Parmi les objectifs quantifiables annoncés, on retrouve ceux concernant l'obésité et le surpoids : « Diminuer de 15 % la prévalence de l'obésité chez les adultes ; Stabiliser la prévalence du surpoids chez les adultes ; Stabiliser la prévalence de l'obésité, chez les femmes de faible niveau socio-économique ; Stabiliser la prévalence de l'obésité morbide par la prévention (hors chirurgie bariatrique) ». Concernant les plus jeunes, il existe également des objectifs quantifiables : « Diminuer de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents » et « Diminuer de 10 % la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents issus de familles défavorisées ».[126] Cela semble tenir compte des préconisations du HCSP de 2017 de proposer une politique nutritionnelle de santé publique qui s'appuie sur des mesures visant la population générale avec une « intensité graduée » selon le degré de désavantage.

---

[124] Soulignons qu'il est question d'un PNNS 2018-2022 et non plus 2017-2021. Sans qu'aucun document explique ce retard toujours.

[125] Parmi les événements ayant pu ralentir la publication du PNNS 4, on peut citer le décret portant la définition de la stratégie nationale de santé (SNS) pour la période 2018-2022 qui a été publié au Journal officiel le 31 décembre 2017. La SNS fixe le cadre de la politique de la santé en France pour cinq ans. La promotion de la santé et la prévention sont au cœur de cette stratégie. Une alimentation saine et une activité physique régulière participent de ces actions de prévention. Le Plan national de santé publique (PNSP) ou « Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie », mis en place en 2018, est un projet interministériel d'envergure pour améliorer la santé de la population, il s'inscrit dans le cadre de la Stratégie nationale de santé. L'édition 2019 du Comité interministériel sur les questions de santé (CIS) a décidé de se concentrer sur 3 priorités : l'alimentation, l'activité physique et la lutte contre l'obésité, pour amplifier la dynamique du plan Priorité prévention. Ainsi, l'un des grands objectifs fixés par le 2ème Comité interministériel sur les questions de santé (CIS) : 2019 est de « Diminuer de 15 % l'obésité et stabiliser le surpoids chez les adultes » et « Diminuer de 20 % le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents » (#JagispourmaSanté, CIS, 2019, p.8)

[126] Les autres objectifs quantifiables sont par exemple la réduction de consommation de sel, l'augmentation de consommation de produits BIO, l'augmentation de l'allaitement maternel, l'augmentation de pratiques d'activités physiques etc.

Le PNNS 4 se divise en cinq axes : améliorer pour tous l'environnement alimentaire et physique pour le rendre plus favorable à la santé — encourager les comportements favorables à la santé — mieux prendre en charge les personnes en surpoids, dénutries ou atteintes de maladies chroniques — impulser une dynamique territoriale — développer la recherche, l'expertise et la surveillance en appui de la politique nutritionnelle. Le premier axe semble répondre aux recommandations du HCSP en mettant l'accent sur l'environnement alimentaire et physique en reconnaissant que les interventions orientées sur l'amélioration de l'environnement conditionnent les comportements individuels et permettent de rendre plus facile pour chacun les choix favorables pour la santé : « En l'absence de telles interventions la réduction des inégalités sociales en nutrition, défi majeur pour le Programme national nutrition santé, est illusoire. » (PNNS 4, p.23). L'axe 2 en revanche réintègre la thématique des comportements individuels dits « favorables à la santé », malgré les nombreuses mises en garde de l'IGAS et du HCSP. L'axe 3, focalisé sur les maladies chroniques, indique de se référer à la future « feuille de route de l'obésité »[127]. Lors de l'introduction, le programme met l'accent sur « l'accroissement des inégalités sociales dans le champ de la nutrition » et cite en exemple la prévalence de l'obésité qui augmente. Il est également souligné que la nutrition constitue un « marqueur social » comme le montrent les apports de fruits et légumes ou de poissons plus élevés dans les populations de haut niveau socio-économiques et les apports plus élevés de gras, de produits sucrés ou de charcuteries dans celles de faible niveau socio-économique (*ibid.* p. 9). Il vise aussi particulièrement à la mise en œuvre de mesures de prévention concernant les enfants, de la période prénatale à l'adolescence, qui constituent une cible prioritaire, car les comportements acquis dans l'enfance persistent le plus souvent à l'âge adulte (*ibid.* p.17). Cette ambition de prendre en compte les inégalités sociales de santé est affichée de façon transversale dans le projet de PNNS 4. Cependant, il apparaît que son opérationnalisation fait défaut au profit d'approches qui font d'abord peser l'adoption de comportements favorables sur les individus. Les mesures sont majoritairement incitatives au niveau global et national et peu de mesures sont réglementaires. Ces mesures réglementaires visent notamment à alléger les pressions du marketing. Les mesures prévues traduisent peu cette ambition annoncée, dans la mesure où il s'agit essentiellement de dispositions non contraignantes, principalement des incitations faites aux

[127] La récente « feuille de route obésité 2019-2022 » définit, en complément du PNNS 4 les orientations relatives à la prise en charge des personnes en obésité. Elle s'intègre dans les axes 2, 3 et 4 de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) et le chantier de « Ma santé 2022 ». Cette feuille de route est axée sur la prise en charge et non la prévention. Au regard du PNNS 4 et de cette feuille de route, on constate que la question des inégalités sociales ne prend que peu de place dans les conseils pratiques, les mesures concrètes et reste souvent théorique ou est conditionnée au changement de comportements individuels. En ce qui concerne plus précisément l'obésité, l'accent devait être mis sur la prévention et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, mais ces éléments sont effacés.

entreprises du secteur privé d'adopter des pratiques favorables à la santé, ou des propositions formulées en direction des acteurs. Le PNNS 4 met en avant un processus qui accorde une place importante à la volonté des acteurs des filières concernées et encadre peu leurs pratiques. Concernant la stigmatisation de l'obésité, une action uniquement vise cette thématique et de manière indirecte (sur les 56 proposées au total) : « veiller à assurer la variété des images corporelles dans les médias ».

Pour conclure, ces résultats d'évaluation ne font que renforcer le constat fait par les sociologues Aïach et Fassin (2004) : même si la France est classée par l'OMS première pour son système de santé, elle a pourtant les plus fortes inégalités sociales de l'Europe de l'Ouest devant la mort. Dans le cas de l'obésité, le système de prise en charge s'est, certes, amélioré mais la réduction des inégalités ne s'est pas opérée ni la prise en compte de la thématique de la stigmatisation. Les inégalités sociales de santé dépendent donc moins du système de soins que de la répartition des richesses et au fond, de la solidarité nationale (Aïach & Fassin, 2004, p.2221).

L'OMS avait pourtant émis des conseils dès le départ dans ses recommandations de 1997 en faisant le constat que les programmes d'intervention et prévention axés sur le principe de l'éducation à la santé et du changement de comportements individuels avaient peu de chances de réussir dans un environnement où les incitations à adopter des comportements dits « défavorables » pour la santé sont « légion » (ibid. p.210). Le rapport de l'OMS conseillait alors aux pays de se concentrer sur des facteurs environnementaux tels que les moyens de transport, l'urbanisation, la publicité et les prix des aliments (qui favorisent une alimentation riche en graisses/énergétique) et l'inactivité physique (OMS, 2003, pp.211-212). Malgré ces recommandations, les politiques publiques en France axées sur l'alimentation et l'obésité, se sont multipliées en mettant souvent en avant les fameux comportements favorables à la santé. Nous rejoignons Tillard (2008) dans sa réflexion autour de la notion de promotion de la santé définie par l'OMS[128] lorsqu'elle explique que celle-ci illustre « une ambivalence toujours présente entre d'une part, une analyse des responsabilités de l'environnement et de la collectivité sur la santé de l'individu et d'autre part une interprétation centrée sur la responsabilité de chacun quant à son état de santé » (*ibid.* p.11)

[128] « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu » (OMS, 1986, p.18, cité par Tillard, 2008, p.11)

On peut alors constater que les croyances générales à l'égard de l'obésité, décrites dans les propos introductifs, qui reposent sur une logique moralisatrice, semblent suivre la même logique que les discours de santé publique en général, centrée sur la responsabilité de l'individu dans la survenue de sa « maladie », où les solutions doivent être tournées vers la modification du comportement.

Après avoir étudié le PNNS et PO, symboles de l'obésité comme enjeu prioritaire de santé publique, nous allons nous focaliser sur l'institutionnalisation médicale de l'obésité, entendue comme la dernière étape du modèle séquentiel de médicalisation de Conrad et Scheider (1980).

3.4. L'institutionnalisation médicale de l'obésité à l'échelle nationale

Cette partie va présenter l'offre de soins proposée pour les personnes en obésité puis va s'attarder sur l'éducation thérapeutique du patient, qui est devenue ces dernières années la prise en charge de l'obésité la plus conseillée et pratiquée. Pour finir, nous aborderons les conséquences que ces normes médicales impliquent.

3.4.1. Naissance d'une médecine de l'obésité en France

Quelques généralités sur l'organisation de l'offre de soins vont être énoncées afin de saisir les normes du milieu médical. Il s'agira également de mettre en avant le protocole proposé pour analyser cliniquement la personne en obésité, lui proposer un traitement, les différents niveaux de recours proposés et la prise en compte faite au « contexte social » du jeune en obésité et aux « facteurs sociaux » de l'obésité.

Un portrait de la médecine de l'obésité va être dressé. Il va s'appuyer plus particulièrement sur deux documents représentatifs de l'institutionnalisation de l'obésité : le traité de médecine de l'obésité (Basdevant & Guy-Grand, 2004) fondamental dans la mise en place de la prise en charge, et les recommandations de la HAS (2011) à l'égard de la prise en charge des enfants et adolescents qui viennent préciser et mettre à jour l'organisation de l'offre de soins. Soulignons le fait qu'il s'agit ici d'apporter un éclairage sociologique sur quelques éléments de l'univers médical et non de faire un

descriptif exhaustif de la prise en charge médicale avec un regard de spécialiste du domaine médical.

3.4.1.1. S'organiser pour prendre en charge une maladie bio-psycho-sociale : analyse clinique et traitement

En 2004, le traité de médecine de l'obésité expose quelques généralités sur la prise en charge. Même s'il est souligné qu'il est difficile de décrire une prise en charge et des consultations standards, il existe « quelques principes de base et une démarche globale » (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.93). Il est par exemple énoncé comme important d'intégrer à l'accompagnement les dimensions « biologiques, psychologiques et sociales de la maladie » et d'analyser « au cas par cas » puisqu'il s'agit bien d'une pathologie dite « multifactorielle », « hétérogène » et « complexe ». Le traité insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas simplement de faire maigrir une personne, la prise en charge doit reposer sur « une écoute attentive et respectueuse de la demande et des besoins de l'individu » et s'inscrire dans la durée puisque cette médecine de l'obésité « prend du temps ». Nous sommes en présence d'un registre lié à la « maladie chronique » (*ibid.*). Nous verrons, en particulier dans la Partie 4 de la thèse, que ces considérations en matière de « temps » sont présentes sur la scène de l'ETP observée. Dès l'avant-propos du traité de médecine (2004), son intention est soulignée de « faire sortir la prise en charge de l'obésité de ses archaïsmes, de ses impasses et de ses dérives ». L'archaïsme est représenté par une approche « réductrice focalisée sur la comptabilité calorique et la répétition de l'échec », et son impasse par une approche « normative et totalitaire de la corpulence » qui oublie la personne et enfin la dérive est symbolisée par la « pseudo-médecine, celle des amaigrisseurs et des gourous du poids » (*ibid.* p.406). L'ancien système médical français est alors remis en question par cette nouvelle médecine de l'obésité car peu adapté à la prise en charge de maladies chroniques comme l'obésité. Son approche semblait auparavant dominée par les spécialités d'organe. Il y avait une absence de reconnaissance des approches médicales dites « globales » (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.406). La prise en charge médicale assure ainsi sa nouvelle légitimité en mettant en avant des méthodes davantage tournées vers la pluridisciplinarité et en évoquant une dangereuse concurrence, celle des « amaigrisseurs », qu'il faut contrer.

En ce qui concerne la prise en charge des jeunes, le traité de médecine évoque d'un côté l'« analyse clinique » (*ibid.* pp.297-304) qui peut être représentée par ce que nous appelons les « consultations

initiales » et d'un autre côté le « traitement » (*ibid*. pp.304-307) qui peut être considéré comme les « consultations de suivi ». Des extraits d'observations de ces types de consultations ont été retranscrits et exposés dans le Chapitre 2 pour plonger le lecteur au cœur du terrain. Il va maintenant s'agir de relater la manière dont le corpus de documents médicaux présente ces consultations. Nous verrons plus en détail lors de la Partie 4 de la thèse la manière dont ces recommandations sont mises en œuvre par les professionnels sur le terrain. La présentation de ces documents médicaux met en avant l'origine d'un langage commun utilisé par les professionnels lors de leurs pratiques.

L'analyse clinique

Concernant les consultations initiales, deux éléments sont avancés comme principaux facteurs prédictifs d'obésité ultérieure pour les jeunes : « les antécédents familiaux d'obésité » puisque « plus d'un enfant sur deux a au moins l'un de ses parents obèse » et « le rebond prématuré[129], avant l'âge de 6 ans » (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.297). L'examen clinique initial comporte alors « un interrogatoire orienté sur les antécédents et l'histoire de l'obésité, une évaluation de ses déterminants et de ses conséquences » (*ibid.)*. Tout d'abord, les questions vont porter autour des antécédents familiaux et donc sur l'existence d'une obésité parentale ou celle d'autres facteurs de risque ». Ensuite, le professionnel recueille l'histoire pondérale. Pour cela, « en s'aidant des poids et tailles recueillis dans le carnet de santé, on peut tracer la courbe d'évolution de l'IMC » (*ibid.*). Cette méthode permet au professionnel de voir s'il y a eu un rebond d'adiposité avant l'âge de 6 ans et de « situer les périodes clés de prise de poids et de dater le début de l'obésité » (*ibid.* p.298). Il faut alors identifier les « facteurs », entendus comme les événements qui ont eu un impact dans le déclenchement du poids, il est par exemple cité « divorce des parents, naissance dans la famille, décès, stress émotionnel, prise de médicaments ». Les « causes organiques ou génétiques à l'obésité de l'enfant » sont abordées même si « peu sont connues » (*ibid.* p.298). Ensuite, les complications éventuelles sont abordées, même si elles sont reconnues « limitées » chez les plus jeunes. On citera de manière plus fréquente les « complications orthopédiques » comme les douleurs au niveau du genou principalement le « genu valgum ». Il peut également y avoir des soucis d'« hypertension artérielle », des « complications digestives », des « complications respiratoires », de l'« insulinorésistance », etc. (*ibid.* pp.300-302). Les pratiques des professionnels observées sur la

[129] Le rebond d'adiposité est le point le plus bas de la courbe de l'IMC, juste avant l'ascension de la courbe. Normalement, le rebond d'adiposité se situe vers l'âge de 6 ans. S'il survient avant, on parle de rebond précoce. Plus le rebond d'adiposité est précoce, plus le risque d'obésité à l'âge adulte est élevé

scène de l'ETP sont en totale adéquation avec ces recommandations. Les médecins qui mènent cet examen clinique suivent ce même schéma de questions. Ensuite, le traité de médecine propose d'évaluer les « habitudes alimentaires », l'« activité physique » et l'aspect « psychologique » (*ibid.* pp.302-304). Concernant les habitudes alimentaires, le traité signale qu'il est autant important d'obtenir « le contenu en nutriments et calories de l'alimentation » que « les conduites alimentaires et facteurs qui les déclenchent » (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.302). De plus, « l'analyse comportementale concerne la prise alimentaire elle-même, mais également les habitudes familiales en termes de condition d'acquisition, de stockage, de préparation et de consommation » (*ibid.*). Il est ainsi conseillé de s'intéresser aux contextes du repas (seul, en famille, devant la télévision) et à la prise alimentaire hors foyer, surtout en ce qui concerne les adolescents. Sur la scène médicale de l'ETP, les questions relatives aux conditions d'acquisition, de stockage, de préparation des repas et plus largement le contexte socioculturel de la famille et son influence sur ses pratiques alimentaires, est cependant peu questionné lors des observations de consultations menées par les diététiciennes. Le traité énonce notamment que la répartition des repas des jeunes en obésité se distingue par « un petit déjeuner et un déjeuner insuffisant et un grignotage excessif entre l'heure du goûter et du dîner ». Cela a pour conséquence d'entraîner « une proportion d'énergie ingérée dans la seconde moitié de la journée (goûter + grignotage + dîner) nettement plus importante que celle ingérée dans la première moitié de la journée » (*ibid.* p.303). Ce constat est particulièrement repris par les professionnels lors des observations. L'accent est mis sur les « compulsions alimentaires » et non sur les événements sociaux qui peuvent participer à les déclencher. Une évaluation de l'activité physique et des activités sédentaires est également conseillée par le traité de médecine. Le professionnel doit questionner le temps passé à faire du sport, à l'école et en dehors, le moyen de transport utilisé pour se rendre à l'école, les activités durant la cour de récréation, les activités partagées avec les parents. Il faut également calculer la sédentarité, c'est-à-dire le temps passé devant : « la télévision, les jeux vidéo, l'ordinateur et […] le téléphone ». Le temps de sommeil est aussi calculé (*ibid.* pp.303-304). Les pratiques des éducateurs médico-sportifs observées lors des consultations, corroborent à cette description du traité médical. Il existe, enfin, un entretien psychologique pour déterminer le « profil psychologique » du jeune mais aussi sa « motivation » à être pris en charge. Le traité de médecine de l'obésité met en garde le professionnel à ne pas « psychologiser » de manière « abusive » les questions de poids, puisque même si la dimension psychologique importe, l'obésité ne doit pas être considérée comme une maladie exclusivement psychologique. Au sein de l'évaluation psychologique, un court paragraphe invite à prendre en compte « le contexte familial et social » qui est « essentiel pour structurer et adapter la prise en

charge » (*ibid.* p.304). La prise en compte du « social » au sein du traité de médecine de l'obésité sera détaillée par la suite plus en détail.

Le traitement

Lors du « traitement », ou autrement dit, des consultations de suivi, le traité de médecine insiste sur le fait « qu'il ne s'agit pas uniquement de réduire l'excès pondéral ou d'éviter son aggravation » il s'agit aussi « d'aider aux ajustements psychologiques et sociaux » et « de réduire les effets de la pression environnementale » (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.304). Force est de constater lors des observations que les éléments sociaux sont trop peu pris en compte et que le sentiment de stigmatisation est difficile à réduire. La prise en charge n'est pas une « solution miracle, de régime type » (*ibid.* p.305). Le traitement est propre à chaque jeune. Il repose sur un ensemble de mesures coordonnées, qui concerne autant le jeune que ses parents. Les professionnels se focalisent plus ou moins sur l'alimentation, l'activité physique, ou le suivi psychologique, selon les besoins et objectifs définis. Le traité présente alors les « conseils nutritionnels » qui peuvent être donnés, à titre d'exemple en ce qui concerne les repas, les jeunes sont invités à prendre au petit-déjeuner « un produit laitier, un produit céréalier, un fruit et une boisson » et si le jeune n'a pas faim le matin, le traité conseille de « l'inciter à réduire ses ingesta[130] au dîner et à se coucher plus tôt » (*ibid.* p.306). Ensuite, le traité propose des conseils pour veiller à l'« augmentation de l'activité physique » et à la « réduction des activités sédentaires » en privilégiant la marche quotidiennement, en prenant systématiquement les escaliers plutôt que l'ascenseur, en persuadant l'enfant de pratiquer une activité physique régulière et en diminuant le temps passé devant la télévision, l'ordinateur, les jeux vidéo, etc. (*ibid.* pp.306–307). Le traité envisage, enfin, un « soutien psychologique » qui propose d'abord une « action thérapeutique » pour encourager la motivation du jeune et revaloriser son image corporelle par exemple, puis qui propose de traiter les « troubles psychologiques » associés à l'obésité ou provoqués par la prise en charge comme « maîtriser les sentiments de frustration, les découragements et les pertes de motivation » (*ibid.* p.307). Les éléments concrets énoncés au sujet des conseils nutritionnels et d'activités physiques et sportives ont tendance à chercher à modifier les comportements individuels, sans prendre en compte l'environnement social du jeune. La « motivation » du jeune, au cœur du « soutien psychologique » fait également reposer la responsabilité de la réussite ou de l'échec de la prise en charge sur le jeune.

[130] L'ingesta correspond à l'ensemble des substances alimentaires introduites dans l'organisme

Les travaux de Déchamp-Le Roux (2002) contribuent à montrer que l'emprise de la médecine sur un domaine n'est possible qu'en raison du traitement technique proposé : connaissances scientifiques, techniques thérapeutiques, techniques d'investigation. Comme le traité de médecine de l'obésité le montre, un langage technique est utilisé pour asseoir l'existence d'une médecine de l'obésité. En ce sens, on pourrait considérer l'obésité comme caractéristique d'une médicalisation rendue possible par de nouvelles techniques : l'IMC comme outil de mesure et technique de surveillance de la taille et du poids de l'enfant, l'étude de la composition corporelle par impédancemétrie, les normes nutritionnelles spécifiques, les études épidémiologiques, les normes à l'égard de la pratique physique et sportive et des rythmes de sommeil, le « soutien psychologique », la chirurgie bariatrique, etc. Cette technologisation se ferait cependant au détriment du social (*ibid.* p.22)

3.4.1.2. La reconnaissance des « facteurs sociaux » de l'obésité et la prise en compte du « contexte social » du jeune

Le traité de médecine souligne l'importance du « contexte socio-économique du jeune », plus précisément de ses parents et plus généralement l'influence de l'environnement, la stigmatisation ou encore la modernité alimentaire. Il consacre un chapitre d'un peu moins de dix pages à la sociologie de l'obésité (*ibid.* pp.17–25) écrit par le sociologue Poulain. Ce dernier analyse les « facteurs sociaux » de l'obésité notamment en évoquant la « répartition sociale » des personnes en obésité et en l'analysant à travers le changement des « modes de vie », la « modernité alimentaire » et la « stigmatisation ». Il introduit ensuite l'idée que l'obésité peut être envisagée comme « construction sociale » en développant les questions autour de l'évolution des « représentations sociales du gros et du gras » et à la manière de « faire face à la stigmatisation ». Une troisième partie vient, enfin, évoquer la « médicalisation de l'alimentation » et l'« éducation nutritionnelle » pour ouvrir sur une conclusion qui met en garde sur les dangers des discours de santé publique liés à la perte de poids.

Si le « contexte social » est abordé dans cette première partie du traité de médecine de l'obésité qui vise à définir l'obésité, en revanche sa prise en compte est très partielle par la suite que cela soit dans l'évocation des déterminants de l'obésité, dans l'analyse clinique comme lors du « traitement » proposé. La partie consacrée à la prise en charge de l'enfant traite de manière brève la question du « contexte familial et social » de l'enfant :

> La prise en compte du contexte familial et social est essentielle pour structurer et adapter la prise en charge. Il faut avoir dans certains cas une approche systémique d'éventuelles difficultés familiales dont l'enfant est un symptôme ou en tout cas dont il peut souffrir. Le contexte social, en particulier la précarité sociale et l'ensemble de ses conséquences jouent parfois un rôle déterminant dans la constitution, l'aggravation ou la persistance de l'obésité. Il faut rappeler que la fréquence de l'obésité est significativement plus élevée dans les milieux défavorisés. (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.304)

La prise en compte du contexte social se fait davantage d'un point de vue psychologique lors de l'accompagnement proposé. Il existe une certaine psychologisation, dans le sens où la prise en charge est de plus en plus individualisée et personnalisée. Les recommandations de « traitement » dans la prise en charge de l'enfant reposent principalement sur des « conseils nutritionnels », une « augmentation de l'activité physique » et « un soutien psychologique ». Cela invite à se questionner sur la manière dont le contexte social d'un patient est pris en compte sur la scène médicale, comme Loretti (2017) a pu traiter la question à travers l'étude des trajectoires de malades atteints du cancer, tout en sachant que dans le cas de l'obésité la prévalence connaît une répartition particulièrement inégale entre les classes sociales. Les solutions proposées pour le « *traitement* » de l'obésité reposent sur une logique individualiste en voulant modifier des comportements individuels, dans la même logique que les recommandations portées par les politiques de santé publique. Déchamp-Le Roux émet l'hypothèse que le sanitaire s'est développé au détriment du social, en raison de la croyance en un progrès scientifique comme moteur du progrès social (2002, p.11). En effet, la technicité et la technologisation du système de santé ont contribué à renforcer sa légitimité au détriment du social (*ibid.* p.22). Si les politiques de santé reflètent les enjeux technologiques et politiques d'une société, ils ne rendent cependant pas compte de la complexité du social (*ibid.* p.37). Cette question sera approfondie à travers l'étude de l'ETP étant donné qu'il s'agit actuellement de la prise en charge la plus pratiquée.

Les « déterminants socioculturels et économiques » apparaissent brièvement également au sein de la partie consacrée à l'examen clinique chez l'adulte. Les professionnels sont invités à prendre en compte lors du bilan initial l'environnement nutritionnel (disponibilité, abondance), l'environnement familial (habitudes alimentaires, désir de ressemblance à un parent en obésité), l'environnement social (stress, stigmatisation) et l'environnement économique et professionnel (sédentarité, voiture). Pourtant, force est de constater qu'en ce qui concerne la prise en charge des adolescents en obésité, nos observations ne vont pas en ce sens et la prise en compte de ces

déterminants peinent à être visible. Aussi, cette définition des déterminants socioculturels et économiques ne tient pas compte de la classe sociale de la personne, de son habitus culturel, social, de ses représentations sociales à l'égard de la corpulence, de la maladie, de la santé, de l'ensemble des normes, des savoirs et des pratiques régissant les manières de faire, de dire et de penser l'obésité.

3.4.1.3. Des résultats énoncés comme « décevants »

En matière de perte de poids, le constat est souvent le même, les régimes semblent inefficaces à long terme. Même si la perte de poids est positive à court terme, à plus long terme, les gens ont tendance à reprendre leur poids initial, voire des kilos supplémentaires. Même si les données chiffrées de ce taux d'échec peuvent varier selon les études, elles restent conséquentes et significatives. Pour notre part, nous nous appuyons sur le rapport de l'ANSES publié en 2010 qui montre qu'en effet 80 % des sujets reprennent du poids un an après la fin de leur régime, voire dans 95 % des cas 3 à 5 ans après un régime amaigrissant.

En se focalisant sur la prise en charge médicale de l'obésité pour les jeunes, on constate que les résultats sont également significatifs. Déjà, précisons qu'il existe peu de données statistiques éclairantes sur le sujet. Pour notre part, nous nous appuyons sur nos données empiriques et deux ouvrages spécialisés de la littérature médicale : le traité de médecine de l'obésité (Basdevant & Guy-Grand, 2004) qui reflète le mieux l'institutionnalisation de l'obésité et l'ouvrage de Tounian (2006) spécialisé plus spécifiquement dans l'obésité de l'enfant. Le traité de médecine de l'obésité (2004) annonce des résultats « décevants » :

> La grande majorité des enfants traités stoppe la progression de leur excès pondéral, mais moins de la moitié d'entre eux maintiennent une réduction d'au moins 10 p.100 de leur excès pondéral pour la taille sur une durée de suivi de 3ans. [Cela est justifié par] une mauvaise complainte au suivi thérapeutique puisque 30 à 50 p.100 de ces enfants ont déjà abandonné le suivi médical après un an. (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.307)

Le traité évoque le difficile retour au domicile familial après une prise en charge de plusieurs jours en centre SSR. La reprise pondérale est dite « inéluctable », elle est « plus ou moins rapide et complète » et à moyen terme « beaucoup d'enfants retrouvent le même degré d'excès pondéral que celui qu'ils avaient antérieurement » (*ibid.*). Selon des études faites à plus long terme, une dizaine

d'années après le début de la prise en charge thérapeutique seulement un tiers des jeunes ont un poids « normal » et les mêmes résultats sont retrouvés qu'ils aient ou non suivi une prise en charge thérapeutique (Tounian, 2006, p.138). Nos données empiriques vont dans le même sens. Les difficultés pour les adolescents à tenir un suivi à long terme sont fréquemment évoquées chez les professionnels du secteur médical comme chez les jeunes et leurs parents. Les professionnels parlent régulièrement de patients « perdus de vue » ou bien de « parcours en dent de scie ». Durant nos entretiens avec les jeunes et leurs parents, ils évoquent eux-mêmes des parcours de santé lourds à gérer, des pauses nécessaires durant leur suivi et de la fatigue à se focaliser sur leur poids quotidiennement et organiser leur vie autour de cela.

Nous allons maintenant nous centrer sur l'ETP sachant que :

> l'obésité est une maladie chronique dont le développement est fortement associé au mode de vie et donc au comportement de la personne dans son environnement. Ce sont là précisément les cibles de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui est considérée comme la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité dans le Plan obésité (PO). (Ziegler et *al*., 2014)

3.4.2. L'éducation thérapeutique du patient et l'adolescent en obésité

L'ETP implique une logique d'évolution de la relation médecin-malade et l'apparition de la notion de négociation dans la prise en charge, qui sont des enjeux déjà développés dans le Chapitre 1. Dans cette partie qui vient clôturer le Chapitre 3 nous allons nous centrer uniquement sur le cas de l'obésité.

3.4.2.1. L'introduction progressive de l'éducation thérapeutique au sein de la médecine de l'obésité

Cette partie s'appuie majoritairement sur les recommandations pour la prise en charge des jeunes en obésité et surpoids (HAS, 2011) qui sont publiées sept ans après la publication du traité de médecine (2004) et représente encore aujourd'hui une référence fondamentale dans l'organisation médicale.

D'après la HAS (2011), l'évaluation initiale comporte ce fameux « examen clinique » cité par le traité de médecine de 2004 (mesure du poids, taille, recherche des antécédents familiaux, histoire

pondérale, etc.) mais aussi un « entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille » (HAS, 2011, p.203). La HAS adopte un langage plus en adéquation avec celui de l'ETP et invite d'ailleurs à en faire la principale méthode de prise en charge. L'entretien de compréhension permet de recueillir les données pour élaborer un « diagnostic éducatif ». Ce diagnostic est réalisé en collaboration avec le patient et ses parents autour des questions suivantes : Qui est-il ? Qu'est-ce qu'il a ? Qu'est ce qu'il fait ? Qu'est ce qu'il sait ? Qu'est-ce qu'il croit ? Que ressent-il ? Quel est son projet ? Quelle est sa demande ? Le but est « d'identifier les leviers sur lesquels il est possible d'agir pour modifier les habitudes de vie ayant contribué au développement et au maintien de l'obésité (sédentarité, temps passé devant les écrans, stress familial, conditions de prise des repas, etc.) ». Il est recommandé d'en faire une synthèse avec le patient et la famille, afin de définir les difficultés, les ressources et le savoir-faire de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille et les priorités de la prise en charge. Il est également recommandé que le médecin aide la famille à trouver ses propres solutions. Il est recommandé, enfin, que la famille choisisse avec le médecin un nombre limité d'objectifs, impliquant un changement de comportement qu'elle se sent capable de réaliser et qu'ils envisagent ensemble les stratégies (HAS, 2011, p.107). Lors de l'examen clinique la HAS invite, en outre, à réaliser l'évaluation des habitudes alimentaires, de l'activité physique et psychologique, de manière distincte, avec des professionnels différents, spécialisés (HAS, 2011, p. 115). Contrairement au traité de médecine, les recommandations de la HAS considèrent plus clairement l'ETP comme la prise en charge principale qui doit être proposée et ainsi mettent davantage en avant la nécessaire « pluridisciplinarité » au sein des équipes de professionnels. Il s'agit d'une prise en charge « multidisciplinaire » (HAS, 2011). On retrouve les diététiciens, les enseignants, les infirmiers, les médecins et infirmiers de l'éducation nationale, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les professionnels de l'activité physique, les psychologues, les psychiatres, les psychométriciens, les socio-esthéticiens. Le traitement proposé peut être sous forme de consultations individuelles, ou bien d'ateliers collectifs réguliers au sein de l'hôpital ou dans le secteur associatif mais cela peut aussi être l'hospitalisation en séjour court ou long en centre SSR. Cela correspond aux différents niveaux de recours que la HAS définit clairement en 2011 et qui vont être présentés ci-dessous.

3.4.2.2. Différents niveaux de recours

C'est grâce à l'impulsion donnée par le Plan Obésité (2010-2013) et à la HAS (2011) que l'offre de soins devient plus claire et se retrouve graduée. L'organisation médicale de la prise en charge de

l'obésité est donc particulièrement récente même si le traité de médecine en 2004 avait déjà permis de donner de nombreux conseils. La prise en charge peut schématiquement s'expliquer en mettant en avant trois types de recours différents, trois niveaux, qui correspondent finalement à trois types de situations cliniques. Ces niveaux différents de prise en charge dépendent de l'association de différents critères (HAS, 2011, pp.158-160) :

– le niveau d'excès de poids,
– l'existence de comorbidités ou de complications
– le contexte psychopathologique et sociologique familial,
– l'existence de prise(s) en charge antérieure(s).

Le premier recours correspond à une prise en charge de proximité coordonnée par le médecin traitant. Le médecin du jeune réalise l'évaluation initiale et décide des orientations nécessaires. Le médecin peut être accompagné dans le suivi par un autre professionnel de proximité, en fonction des besoins (diététicien, psychologue ou psychiatre, dans le cadre ou non d'un réseau), auquel cas la coordination des soins reste assurée par le médecin. Il peut alors proposer un suivi ponctuel avec le jeune après la consultation initiale. Ce recours est proposé aux jeunes en surpoids ou en situation d'obésité jugée non compliquée, qui ont un « contexte familial jugé favorable suggérant une capacité à mettre en œuvre les changements proposés » et qui n'ont pas de « problème psychologique et social majeur identifié ». Lors de notre terrain d'enquête, nous avons décidé de ne pas cibler ce premier recours et donc de ne pas cibler les médecins généralistes.

Le deuxième recours, correspond à une prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire, faisant appel à des professionnels spécialisés. Le médecin traitant du jeune est toujours censé assurer la coordination des soins, en lien avec les acteurs de proximité ou l'équipe spécialisée. Cela peut correspondre à des séances d'éducation thérapeutique de groupe ou en individuel, ou des courts séjours en centres de soins de suite et de réadaptation (SSR), inférieurs à deux mois. Ce recours est mis en place uniquement en cas d'échec de la prise en charge de premier recours et/ou en cas de surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC et/ou en cas d'obésité avec d'éventuelles comorbidités associées et/ou lorsque le contexte familial est défavorable et/ou qu'une problématique psychologique et sociale est identifiée.

Le troisième recours est organisé à une échelle régionale et correspond à une prise en charge coordonnée par un médecin et une équipe spécialisée. Si le suivi par une équipe pluridisciplinaire est fortement conseillé en deuxième recours, il est indispensable lors du troisième recours. Les

jeunes peuvent être amenés à faire des séjours prolongés en SSR de plus de deux mois. Dans les situations exceptionnelles, des éventuelles indications de chirurgie bariatrique sont proposées. Ce recours est mis en place en cas d'échec du 2ème recours ou en cas de handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité ou lorsque le contexte familial est jugé très défavorable (carence éducative, maltraitance, composante psychiatrique et/ou sociale majeure).

Un schéma synthétique de ces niveaux de recours est disponible en annexe (Annexe n°13 : « Parcours de soins de l'enfant et adolescent en surpoids ou obèse »), il est extrait des recommandions de la HAS (2011, p.160). Notre terrain d'enquête s'est donc tourné vers la prise en charge de niveau deux et trois au sein de centres hospitaliers, réseaux de santé et centres SSR. Le point commun de ces différentes structures est de proposer aux adolescents un programme d'ETP, ou, du moins, d'en porter les valeurs pour la grande majorité rencontrée.

3.4.2.3. Prendre en charge une maladie éco-bio-psycho-sociale

L'ETP est considérée comme indispensable selon les acteurs médicaux pour prendre en charge l'obésité qui est une maladie dite « éco-bio-psycho-sociale » et nécessite alors une prise en charge pluridisciplinaire. En 2014, un article est rédigé sous l'égide du groupe de concertation et de coordination (GCC) des CSO dans l'objectif de proposer un référentiel pour la pratique et l'organisation de l'ETP pour l'obésité. Ce dernier affirme être en adéquation avec le cahier des charges de la HAS pour l'ETP (2007), les priorités du PO (2010-2013) et le rapport du Pr Basdevant (2013) concernant la stratégie nationale de santé. Les noms des professeurs Ziegler et Basdevant apparaissent à nouveau. Ce rapport s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la prise en charge de l'obésité, des soignants aux acteurs politiques et sociaux (Ziegler et *al*. 2014). Énoncer brièvement quelques éléments clés de cet article paraît indispensable puisqu'il vient mettre à jour, les recommandations de la HAS (2011) et le traité de médecine de l'obésité (2004) et surtout participe à asseoir l'idée selon laquelle l'ETP est la prise en charge principale pour l'obésité. Nous énoncerons principalement les éléments nouveaux, afin de montrer l'évolution du langage employé par les acteurs médicaux, notamment à travers l'utilisation prépondérante des termes d'*empowerment*, de compétences psychosociales, de capacités à agir, bien-être, connaissance de soi, etc.

L'obésité est exposée comme une maladie « éco-bio-psycho-sociale » et ainsi, plusieurs éléments doivent être pris en compte : la dimension écologique (microbiote intestinal, perturbateurs endocriniens, etc.), la dimension biologique, la dimension comportementale entendue comme le comportement alimentaire, la dimension sociale et pour finir le vécu de la maladie (comme la prise en compte de la « qualité de vie » et des « handicaps » quotidiens). Pour la dimension sociale, le lien entre obésité et inégalités sociales de santé est énoncé :

> Le déterminisme social de l'obésité est considérable. L'obésité est aussi le reflet des inégalités sociales de santé, dont elle peut en partie résulter et qu'elle peut aggraver. La précarité socio-économique et la pauvreté, les conditions de travail ou le manque de cohésion sociale sont des facteurs de risque. (Ziegler et *al*., 2014. p.305)

La dimension sociale de l'obésité intègre également la question de la stigmatisation et des représentations sociales négatives à l'égard des personnes en obésité (*ibid.* p.305). La littérature médicale semble énoncer fréquemment la dimension sociale de l'obésité dès le départ de son institutionnalisation, néanmoins la manière de le prendre en compte repose sur une logique individualisante, psychologisante. On peut voir une certaine « psychologisation du social » de la même manière que les travaux de Bresson (2012) soulignent la psychologisation de l'intervention sociale. Cette psychologisation de l'accompagnement thérapeutique de l'obésité est profondément liée à l'individualisation des politiques qui entendent dans la même logique « responsabiliser » et « autonomiser » les personnes. La psychologisation serait le moyen de détourner l'attention des vrais problèmes structurels et, dans le prolongement des analyses de Michel Foucault, d'imposer un ordre social et moral par un contrôle social fondé sur la discipline (Bresson, 2006)

L'objectif principal énoncé de l'ETP doit être d'aider la personne obèse à « *vivre le mieux possible* » avec cette maladie chronique qui altère la qualité de vie et permettre d'apprendre à la personne à « faire face *(coping*) » et à « développer de nouvelles ressources personnelles et sociales » (*ibid.* p. 306). En comparaison aux autres documents médicaux ou de santé publique, l'accent est davantage mis sur la dimension dite « psychosociale » de l'obésité :

> Les objectifs psychosociaux doivent être prioritaires, car le succès passe par une démarche de renforcement de la capacité d'agir et d'exercer un contrôle sur sa vie personnelle (empowerment). La position sociale du sujet obèse, son niveau de revenu, son contexte culturel ou son habitat par exemple vont conditionner la réponse au traitement. (Ziegler et *al*., 2014, p.306)

Pour atteindre ces objectifs psychosociaux, le professionnel est également invité à mettre en place ce qui est appelé les Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV). Pour l'obésité cela regroupe les « compétences d'autosoins » et les « compétences d'adaptation (ou psychosociales) ». Les compétences d'autosoins regroupent la connaissance de la maladie et de son traitement, les connaissances en alimentation et activité physique, la reconnaissance des comportements qui influent sur la prise de poids et la gestion des comorbidités (par exemple, utiliser un appareil respiratoire pour le traitement de l'apnée du sommeil). Les compétences d'adaptation incluent la compréhension et l'acceptation de l'excès de poids (par exemple admettre l'absence de « remède miracle »), les connaissances sur le comportement alimentaire (par exemple identifier les situations favorisant la perte de contrôle des conduites alimentaires), un travail sur la relation à son corps (par exemple sortir de la logique « activité physique pour dépenser des calories/maigrir » au profit de la recherche du bien-être) et enfin l'amélioration de la connaissance de soi et le développement de ses capacités.

Au fil des années, depuis le traité de médecine de l'obésité (2004), en passant par les recommandations de la HAS (2011), on peut constater une prise en compte grandissante pour l'individu dans sa « globalité », pour une prise en charge « pluridisciplinaire » et pour la dimension « psychosociale » de l'obésité. Les modalités du traitement proposées continuent de peser sur la responsabilité individuelle de la personne. Le jeune en obésité doit alors plus que jamais développer des compétences, notamment psychosociales, pour s'autonomiser, contrôler son alimentation, son activité physique et *in fine* sa corpulence. Il faut pourtant particulièrement être attentif à cette approche qui pourrait psychologiser tout un ensemble de problèmes sociaux.

3.4.2.4. L'éducation thérapeutique surmontée d'une approche bio-psycho-sensorielle

Les représentations du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) sont également exposées puisque comme annoncé dans le Chapitre 2, nous avons rencontré plusieurs professionnels dans le Nord et Pas-de-Calais qui revendiquent s'inspirer de cette approche dans leur accompagnement.

La philosophie du GROS basée sur une approche dite « bio-psycho-sensorielle » est elle-même inspirée de « l'alimentation intuitive », une méthode reconnue depuis 1995 et créée par deux nutritionnistes américaines, Tribole et Resh qui ont publié en 2003 aux États-Unis un ouvrage

internationalement connu titré *Intuitive Eating : A Revolutionnary Programm That Works.* Ce livre ne connaît pas de traduction française[131] mais si l'on s'y réfère l'alimentation intuitive, *Intuitive Eating*, est énoncée comme un processus personnel et dynamique qui repose sur dix principes :

- rejeter la mentalité imposée par les régimes (*reject the diet mentality*)
- honorer sa faim (*honor your hunger*)
- faire la paix avec l'alimentation (*make peace with food*)
- arrêter de classer les aliments comme « bons » ou « mauvais » (*challenge the food police*)
- respecter ses signaux de satiété (*respect your fullness*)
- découvrir le plaisir de manger (*discover the satisfaction factor*)
- honorer sa faim dite émotionnelle (*honor your feelings without using food*)
- être bienveillant avec son corps (*respect your body*)
- mettre en mouvement son corps (*exercise—feel the difference*)
- prendre soin de sa santé, physique et mentale (*honor your health with gentle nutrition*).

Ce mouvement mondial de l'alimentation intuitive popularisé par Tribole et Resch est repris en France notamment par le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids.

Le premier élément marquant qui est mis en avant pour définir l'approche du GROS est cette mise en garde contre les « régimes [qui] font grossir et sont dangereux » (https://www.gros.org/pourquoi-cette-approche). Le site du GROS annonce que la reprise pondérale concerne 80 % des sujets à un an et davantage encore à plus long terme. Il met en garde sur le fait que les déséquilibres nutritionnels induits par les régimes ont des effets délétères multiples et en particulier sur le capital osseux, la masse musculaire, le profil lipidique, la fonction rénale. Il souligne, enfin, les contraintes inhérentes aux régimes qui perturbent les mécanismes de régulation du comportement alimentaire favorisant le développement de différents troubles dits psycho-émotionnels comme la « restriction cognitive », considérée comme la complication la plus courante de la pratique des régimes amaigrissants. Le GROS définit ce concept comme le fait de tenter de contrôler son alimentation par un effort de volonté, dans le but de maigrir ou de ne pas grossir. Cet effort est cependant difficile à maintenir dans le temps, il provoque ainsi frustration si le régime est respecté, ou culpabilité s'il ne l'est pas et risque d'induire une prise de poids ou une impossibilité à en perdre. La mise en garde contre les régimes est forte. Le GROS considère que tous les régimes, équilibrés ou non, « induisent une reprise de poids bien souvent supérieure à la perte […] entraînent une mésestime de soi renforcée par les échecs répétés et quasi systématiques de chaque tentative de

[131] Les propos suivants qui auront pour objectif de définir l'alimentation intuitive seront donc une traduction proposée par nous-même qui s'inspirera des discours et pratiques observées sur le terrain.

perte de poids [et] installent des troubles des conduites alimentaires ou les amplifient. » (https://www.gros.org/pourquoi-cette-approche)

L'association du GROS regroupent plusieurs professionnels (médecins, psychologues, diététiciennes) qui se basent, ainsi, sur une approche dite « bio-psycho-sensorielle » pour prendre en charge les personnes en obésité. Déjà nous pouvons constater qu'en comparaison de l'ETP, leur discours efface la dimension portée sur le « social ». Le « bio » est pris en compte dans le sens où « les avancées de la recherche montrent qu'il existe des mécanismes biologiques multiples impliqués dans la régulation du poids ». Le « psycho » occupe une place importante puisque « la difficulté à supporter certaines émotions négatives peut conduire à des réponses alimentaires [sachant que] la culpabilité que peut éprouver le mangeur en restriction cognitive à consommer un aliment qu'il s'interdit, fait aussi partie des émotions négatives pouvant conduire à manger trop par rapport à ses besoins. » L'approche dite « sensorielle » consiste, enfin, à considérer que « les mécanismes de régulation s'expriment par les sensations alimentaires de faim, rassasiement et satiété » et ainsi que le respect de ses sensations permet de conserver ou d'atteindre un « set point » entendu comme un poids « naturel ».

Les membres du GROS soulignent que ces régimes conduisent à une « restriction cognitive ». Elle se définit comme deux états qui alternent chez un individu. Le premier état se caractérise par un hypercontrôle au cours duquel la personne inhibe ses sensations alimentaires et maîtrise son comportement alimentaire (proscrire certains aliments considérés comme « grossissants », développer un système de gestion des « écarts » alimentaires selon un système de punition-récompense, mettre en place des stratégies d'évitement des situations comme des repas socialisés, ce qui peut conduire à une marginalisation ou une désocialisation, etc.[132]). Le second consiste en un état de désinhibition et de perte de contrôle. Cela peut correspondre à des accès hyperphagiques, des compulsions ou des crises boulimiques. Les membres du GROS proposent alors de travailler sur la restriction cognitive : « aider à manger selon ses sensations alimentaires, de tout, sans culpabilité [puis] reconnaître la souffrance émotionnelle et augmenter la tolérance aux inconforts émotionnels pour faire face à l'impulsivité alimentaire [et enfin] faire un travail d'acceptation,

[132] Ces éléments cités relèvent de la phase dite consciente, mais il existe une phase également inconsciente qui peut se traduire de la manière suivante : " Si je mange beaucoup d'aliments autorisés, je n'aurai pas envie des aliments interdits ". Il s'agit d'un processus cognitif fréquemment rencontré, qui conduit à la surconsommation d'aliments " autorisés « . Ou encore : " Si je consomme un aliment interdit, je dois en manger beaucoup car je n'y aurai plus droit ensuite ", ou " si je ne mange pas tel aliment au moment où il est à ma disposition, je n'en aurai plus jamais par la suite " sont des processus cognitifs courants eux aussi, aboutissant à la mise en place d'une situation de pénurie artificielle que le sujet anticipe, le conduisant ainsi à la surconsommation d'aliments " interdits ".

d'estime et d'affirmation de soi » (www.gros.org). Au fil de la thèse nous participerons à la compréhension du concept de la « restriction cognitive » d'un point de vue sociologique.

Les professionnels formés au GROS pour prendre en charge des personnes en obésité s'opposent aux politiques actuelles de prévention qui s'appuieraient, selon leurs discours, sur des conceptions d'ordre diététique 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. Ils souhaitent valoriser 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. Ils insistent également sur le fait que 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. Décréter qu'un aliment serait mauvais et, *a contrario*, que d'autres seraient bons serait, selon eux, non seulement faux mais perturberait le comportement alimentaire 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 (Merlaud, 2014, p. 135). Nous verrons dans le Chapitre 4, qui se situe à un échelle d'analyse plus locale, que l'approche proposée par les membres du GROS tente de cohabiter avec les normes de l'ETP sur la scène médicale. Nous verrons plus finement lors de la Partie 4 de la thèse la manière dont les adolescents et parents composent avec ces différentes recommandations.

3.4.3. L'*homo medicus* au sein de l'éducation thérapeutique

L'institutionnalisation de la prise en charge de l'obésité à l'échelle nationale repose sur une logique individualiste, centrée sur la modification des comportements, où l'adolescent est considéré comme un *homo medicus*.

Si l'on se focalise sur l'accompagnement thérapeutique de l'obésité des jeunes, on constate qu'il a pour objectif final la modification de leurs comportements dans plusieurs domaines d'intervention : alimentation, activité physique, sédentarité et rythmes de vie dont le sommeil (HAS, 2011). De plus, lorsque l'éducation thérapeutique concerne des enfants ou adolescents, il est indispensable que les

parents soient pleinement impliqués dans la prise en charge : « L'implication des parents dans les interventions est associée à de meilleurs résultats » (*ibid.*, p.94.). Le professionnel de soin doit s'assurer que l'entourage du jeune est bien cohérent avec les objectifs de la prise en charge concernant par exemple les courses alimentaires, la gestion de l'approvisionnement des placards, du réfrigérateur, les quantités préparées, le déroulement du repas, etc. (*ibid*. p.118). Le changement de comportement souhaité implique donc l'adolescent mais plus largement ses parents. L'objectif est de les faire tendres vers un comportement plus normé, plus proche de la norme médicale, pour des raisons de santé, ou pour des raisons de bien-être psychologique selon les membres du GROS. En effet, du point de vue médical, la famille constitue à la fois un relais important, un lieu privé de prise en charge de nombreux paramètres — hygiène, alimentation, sécurité... — permettant de préserver la bonne santé (physique ou psychologique). En même temps, elle est problématisée comme un lieu de risques lorsqu'elle ne se conforme pas aux attentes de santé publique (Burton-Jeangros, 2006).

L'accompagnement thérapeutique de l'obésité prend place dans un contexte où les habitudes de vie conditionnent une meilleure santé ou du moins une stabilisation de l'état de santé et ne sont alors efficaces que si le patient est actif dans le changement de son mode de vie et prend en charge sa santé. Le patient ne doit plus simplement montrer qu'il écoute ni même apprendre un ensemble de gestes techniques comme cela peut être le cas pour les diabétiques par exemple, il doit être dans une logique de contrôle de soi, d'empowerment, de gestion de ses pulsions et intellectualiser finalement son rapport à son propre corps, à son alimentation, ce qui correspond à cet idéal de l'*homo medicus* et à un certain « gouvernement des corps ». Pour tendre vers cette figure de l'*homo medicus*, souhaitée tant par les politiques publiques que le milieu médical à travers l'ETP, les adolescents en obésité sont accompagnés par une équipe de professionnels pluridisciplinaires qui ont vocation à agir sur les pratiques liées à l'alimentation et l'activité physique, etc. Cela passe alors par ce que l'on peut appeler « un gouvernement des pratiques qui sert finalement de support de socialisation des [adolescents] au modèle de l'homo medicus ; socialisation au sens du processus par lequel les relations entre tiers conduisent à fabriquer des corps et des esprits […] sains et donc en bonne santé » (Cardon, 2015, p.71).

Les travaux de Génolini et *al*. (2011) mettent à jour le concept de négociation à travers la notion de « médicalisation des styles de vie » ou encore « culturalisation des restrictions ». En s'appuyant sur la médicalisation croissante des problèmes sociaux tels que le surpoids et l'obésité, la

consommation d'alcool, etc., où des infractions à l'ordre moral sont repensées en termes de maladie et de santé, le médecin appréhende le mode de vie du patient sous l'angle d'une déviance à l'égard des normes et recommandations d'hygiène. Il passe un interrogatoire précis et le plus exhaustif possible sur les habitudes alimentaires du patient, pointe du doigt les écarts et construit du risque afin de favoriser l'efficacité de son discours autour des recommandations hygiéniques. Cette médicalisation culturelle, analysée comme l'injonction faite à l'individu de prendre en charge sa propre santé, est tout autant impulsée par les usagers que par les professionnels de santé ou les industriels de l'agroalimentaire dans la médicalisation de l'alimentation. Le médecin peut intégrer dans sa démarche éducative, la culture du patient et adapter les conseils en fonction de sa connaissance de l'environnement socioculturel et des ressources familiales, professionnelles du patient, on parle alors de « culturalisation des restrictions » (Génolini et *al*., 2011).

Nous faisons donc le postulat que l'accompagnement thérapeutique de l'obésité des jeunes repose sur une image d'adolescents perçus comme *homo medicus.* Envisager le succès de la modification de comportements implique de concevoir l'individu comme un acteur autonome, confiant, rationnel, réflexif, prudent, capable de faire les « bons » choix, ici en matière d'alimentation et de santé au sens large. En considérant que cette cible idéale existe, l'éducation pour la santé oublie cependant les déterminismes sociaux, culturels, familiaux qui pèsent sur les individus, ainsi que le poids du ou des groupes de référence (Maurice, 2014, p.33). Cela donne plus d'importance aux comportements qu'aux facteurs structurels. Des travaux sociologiques ont pourtant montré que la perception du risque était socialement distribuée et que les personnes les plus défavorisées étaient les plus éloignées de l'*homo medicus*. La question vient se renforcer lorsqu'il s'agit en plus d'adolescents. Comment cette volonté de rendre les adolescents acteurs de leur maladie et donc de leur alimentation, activités physiques, sportives etc. rencontre la complexité de ce qui se joue pour un adolescent à la maison dans le contexte familial ? Plusieurs études récentes pointent du doigt le fait qu'il existe des écarts entre les rôles attendus et les rôles effectifs des patients contemporains, des mécanismes de résistance ou encore des blocages structurels et contextuels. Les patients issus de classes sociales modestes disposent d'une moins grande « capacité d'action » sur leurs trajectoires et répondent moins facilement aux normes des professionnels. Les normes de l'ETP viennent heurter des habitudes privées, fortement ancrées socialement, qui se mêlent en plus au poids de la stigmatisation. Cette hypothèse sera exploitée au fil de la thèse à travers l'analyse des discours et pratiques des professionnels sur la scène médicale et leur réception par les parents et les adolescents.

Pour conclure, le lien entre obésité et inégalités sociales de santé est énoncé mais l'étude du PNNS, du Plan Obésité et de l'organisation médicale notamment à travers l'ETP, montre que les solutions pour traiter ou prévenir l'obésité reposent majoritairement sur une volonté de modifier les comportements individuels, ce qui conforte l'inaction et l'inattention quant à la modification de l'environnement, la structure globale et sa remise en question. Contrairement à un pays comme les États-Unis, où la responsabilité des individus a été plus volontiers mise en avant (Saguy et *al*., 2010), le cadrage de mise sur agenda des problèmes de surpoids et d'obésité en France a insisté sur les facteurs socio-structurels qui seraient en partie à l'origine de ce « problème ». Pourtant, comme aux États-Unis, les instruments déployés pour lutter contre ce problème visent principalement à responsabiliser des individus conçus comme des individus autonomes. Malgré les recommandations de l'OMS (1997), de l'IGAS, du HCSP de mettre en œuvre des politiques environnementales, les politiques de santé publique en France mais aussi dans d'autres pays, s'attardent à cibler les individus (Bossy, 2010). Les politiques d'obésité décrivent une norme de comportements (Crawford, 1980, p.368) que l'on ne voit que dans les classes moyennes et supérieures. Ils ont ainsi tendance à imposer aux classes populaires des préoccupations (santé physique, mentale et poids) qui ne sont pas forcément leur préoccupation première. En ce sens, l'obésité est moralisée et devient un élément de distinction sociale. L'écart entre la définition du problème et les solutions finalement mises en œuvre se retrouve également dans la loi de santé publique adoptée en 2004 qui annonce que « la politique de santé publique traite des déterminants des environnements physiques, sociaux, économiques et culturels qui contribuent à créer des conditions favorables à l'amélioration de l'état de santé, etc. »[133] La loi précise cependant aussitôt qu'elle « incite les individus à faire des efforts pour améliorer leur propre santé ». Dans la littérature médicale spécialisée dans la prise en charge de l'obésité et sur la scène médicale à travers l'ETP, la modification des comportements individuels est également la première solution exposée.

Cette logique se retrouve récemment à travers la gestion gouvernementale, faite à l'égard de la pandémie de Covid-19 durant laquelle les responsables politiques ont fortement insisté sur la responsabilisation individuelle (Déchamp-Le Roux, 2020). En ce sens, le sociologue bruxellois, Réa, invite à penser en termes de « responsabilité collective » plutôt que d'invoquer des « discours moralisateurs » :

[133] Se référer au site legifrance.gouv.fr : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006697614/2017-01-04/

> « Il ne s'agit pas de comportements déviants vis-à-vis des gestes barrières par les populations défavorisées ou des minorités ethniques : la densité de population, le logement dégradé, la cohabitation multigénérationnelle, les logements collectifs et l'absence d'espace vert augmentent les risques. » (Réa, 2020)

Aussi, d'après ce dernier, le facteur travail pèse lourd également, les populations les plus précaires étant particulièrement représentées au sein des métiers dits « de contact ».

Il existe, en effet, pour les individus des risques concurrents au risque sanitaire engendré par le coronavirus qui devraient être pris en compte :

> « Aujourd'hui, certaines personnes sont prêtes à s'exposer au risque d'être infectées par le coronavirus en ne se pliant pas aux mesures de confinement, parce que des risques concurrents immédiats pèsent plus lourd : elles risquent de perdre leur travail, des revenus, de ne pas réussir à mener à bien un projet, elles redoutent la solitude, etc. Le risque de santé que les autorités cherchent à gérer n'est pas forcément la priorité pour tout le monde. Beaucoup de personnes craignent davantage les conséquences que sa gestion fait peser sur leurs modes de vie ou leurs conditions de vie. » (Peretti-Watel, 2020)

Même si les mesures apparaissent initialement comme bienfaisantes, le problème est que l'individu qui ne se conforme pas aux normes dictées par la culture du risque et le culte de la santé sera qualifié de déviant (Peretti-Watel & Moatti, 2006). Nous faisons le postulat que les individus ayant des comportements, des pratiques, non conformes aux bonnes conduites peuvent ainsi être plus facilement stigmatisés et culpabilisés. C'est par le biais de cette culpabilisation de la victime que la santé publique transfère les prescriptions de contrôle des comportements et habitudes de vie à l'individu qui s'autodiscipline et parfois même, devient un relais de l'autorité en tentant de discipliner les propres membres de sa famille. Le contrôle social passe par une honte intériorisée de ne pas être sain, énergique et productif mais surtout une honte de ne pas avoir tout fait pour maintenir sa santé (Lecourt 1996, p.115, cité par Massé, 2001). Cela est mis en avant dans différents travaux sociologiques, notamment sur les fumeurs (Peretti-Watel & Constance, 2009), dont les comportements sont étiquetés par les pouvoirs publics comme « mauvais ». Tout comme Plumauzille et Rossigneux-Méheust (2014) le revendiquent lors de leurs travaux sur le stigmate, nous sommes proche des analyses de Becker ou Elias en considérant que les groupes sociaux dominants créent le stigmate en instituant des normes dont la transgression constitue le stigmate et en appliquant ces normes à certains individus en les étiquetant comme déviants. La thèse de Cohen-Scali sur le diabète va en ce sens :

> Le malade du diabète serait ainsi “hyper-individu” dans le sens où pèse sur lui de façon plus forte l’idéologie de la santé et une vision exacerbée de cette médicalisation. (Cohen-Scali, 2017, p.279)

Par une attention à sa santé, son alimentation, son activité physique, son sommeil, le patient serait ainsi capable de limiter les complications liées à sa maladie. Cette idéologie « renforce les facteurs individuels par rapport aux facteurs collectifs, rendant l’individu responsable de son état de santé » (Aïach & Delanoë, 1998, p.31). Le contexte de la norme médicale sur le territoire du Nord et du Pas-de-Calais va maintenant être étudié à travers les politiques locales et l’organisation locale de la prise en charge de l’obésité des adolescents.

Chapitre 4 — Analyser le contexte et les modalités de transmission de la norme médicale à l'échelle du Nord et du Pas-de-Calais

Observer et analyser le travail de prise en charge, c'est porter son regard sur ce que font au jour le jour de façon répétitive ou à l'inverse exceptionnelle, les différents professionnels investis dans le secteur afin d'identifier l'organisation et la division du travail en vigueur au sein des dispositifs enquêtés (Schlegel, 2019, p.63)[134]. Ce chapitre s'inspire, dans une certaine mesure, de la sociologie du travail dans le sens où il s'agit de mettre en lumière une certaine « culture professionnelle », celle qui prend place au sein des structures qui accompagnent les adolescents en obésité habitant dans le Nord ou le Pas-de-Calais *via* l'ETP. Ces structures sont des centres spécialisés (CSSR), des centres hospitaliers ou encore des réseaux de santé. Cette « culture professionnelle » peut différer d'une structure à l'autre, voire d'un groupe de professionnels à l'autre, voire d'un individu à l'autre. Si la formation à l'ETP est commune à tous, en revanche, la spécialisation dans le domaine de la prise en charge de l'obésité ne connaît pas d'enseignement à part entière et de formation unique et officielle reconnue comme telle. Les groupes de professionnels appartenant à différents corps de métiers, abordent la question de l'obésité dans leurs différents cursus (infirmière, psychologue, éducateur médico-sportif, diététicienne, nutritionniste, endocrinologue,…), mais cela occupe une place plus ou moins importante selon la formation. En revanche, de leur propre initiative, les professionnels peuvent réaliser différentes formations spécialisées pour la prise en charge de l'obésité notamment celle proposée par le Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (GROS) à Paris ou encore celle proposée par le Professeur Tounian à travers le DU « Obésité de l'enfant et de l'adolescent » à Paris également. Ces cursus sont ouverts aux différents corps de métiers.

Ce chapitre va s'attacher à éclairer des « situations de travail » (Avril, Cartier & Serre, 2010), les décrire et étudier le contexte de travail, dans son aspect contraignant mais aussi prendre en compte le point de vue du médecin, du soignant, plus largement du professionnel et la façon dont il

[134] La thèse de Vianney Schlegel (2019) étudie la professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile en France. Elle s'appuie sur une enquête ethnographique et par entretiens (n=77) réalisée dans divers dispositifs d'accompagnement et de soins : accueil de jour, centre de santé, dispositifs de veille sociale et sanitaire, hébergements médicalisés ou non, réunions et commissions partenariales.

s'approprie son poste. L'étude des situations de travail permet d'articuler la façon dont le travail s'impose aux professionnels et la manière dont ils le redéfinissent activement (*ibid.* p.17). Pour cela, mêler une analyse de corpus de documents médicaux à des entretiens auprès des professionnels ainsi qu'à des observations sur la scène médicale, permet de confronter la définition officielle du travail de prise en charge d'un adolescent en obésité à la réalité de son déroulement, tout en accordant de l'importance aux interactions des professionnels entre eux et avec les adolescents et leurs parents. Ce chapitre va s'attacher à décrire les différentes « dimensions officielles du travail », mais aussi à saisir « les pratiques informelles » au sens d'Avril, Cartier et Serre (2010). Les « dispositions professionnelles »[135] et leurs répercussions concrètes seront analysées. Il s'agira, pour cela, de repérer en situation des variations de pratiques et de perceptions entre professionnels, entre groupes de professionnels (de métiers différents et de même métier[136]) au sujet de l'obésité et de l'ETP. Ce Chapitre 4 permettra finalement de réaliser une esquisse de ces différentes « pratiques informelles », qui seront davantage mises en lumière dans la Partie 4 de la thèse. La Partie 4 poursuivra en effet le travail initié à présent en prenant en compte plus finement l'impact des interactions sociales entre les professionnels, les adolescents et leurs parents qui peut façonner les pratiques et le fait que ces « dispositions professionnelles » peuvent être influencées par des « socialisations au travail », des « propriétés sociales » et « trajectoires »[137] différentes qui invitent à creuser l'étude des rapports sociaux.

Comme nous l'avons vu, il ne faut pas négliger les politiques de santé, notamment le PNNS et le PO, puisqu'elles influencent l'organisation médicale. L'étude des politiques régionales permettra alors de souligner tout d'abord à quel point l'obésité est une thématique importante pour le territoire (4.1). Le contexte de la transmission de la norme médicale et ses modalités seront ensuite analysés en se focalisant sur l'organisation médicale de la prise en charge de l'obésité sur le territoire du Nord et du Pas-de-Calais (4.2). Une dernière partie viendra, enfin, décortiquer les différences au sein des représentations des professionnels pour appuyer le fait qu'il n'existe pas une unique « culture professionnelle ». Nous distinguerons d'un côté les professionnels qui mettent en place une démarche dite « classique » d'ETP et de l'autre côté les professionnels qui au-delà d'une démarche ETP, prennent en compte les discours véhiculés par l'association du GROS (4.3).

---

[135] Cela fait référence au Chapitre 2 de l'ouvrage de Avril, Cartier et Serre (2010) : *Des dispositions professionnelles en acte*

[136] Sachant que l'ETP implique des équipes de professionnels pluridsiciplinaires, nous pouvons en effet établir des comparaisons entre différents métiers, et entre différents professionnels du même métier puisque notre enquête est multi-située.

[137] Cela fait référence au Chapitre 3 de l'ouvrage de Avril, Cartier et Serre (2010) : *Positions et trajectoires sociales des travailleurs*

4.1. L'obésité, une thématique primordiale pour les politiques locales

4.1.1. Un programme régional spécifique dédié à l'obésité

Dans le contexte d'une prévalence régionale élevée du surpoids et de l'obésité, l'Agence Régionale de Santé du Nord Pas de Calais a réalisé un travail approfondi sur la thématique à travers la mise en œuvre locale du Plan national nutrition santé (PNNS) et du Plan obésité national (PO). Les ARS représentent, en effet, des acteurs clés dans la mise en œuvre de ces plans. Les professionnels de santé concernés par l'obésité ont souligné la nécessité d'une prise en charge plus cohérente et mieux identifiée de cette maladie que ce qu'il existait au sein du PNNS. Cela a donné naissance au Plan Obésité 2010-2013 (PO) qui a lui-même conduit à une structuration de l'offre de soins dans les régions pour les obésités complexes avec une attention particulière pour les jeunes.

L'ARS du Nord-Pas-De-Calais a décidé d'aller plus loin que le PNNS et PO et consacre un programme régional dédié à cette pathologie ; Programme Régional Obésité (2014-2018). Les objectifs du programme sont : « la réalisation d'un état des lieux, l'analyse du parcours de santé et la définition d'un plan d'action visant à réduire les facteurs causaux, à renforcer le dépistage précoce, à fluidifier, à optimiser le parcours de santé et à améliorer la qualité de vie » (Programme Régional de lutte contre l'Obésité 2014-2018, p.4).

Ce programme régional reprend les conseils de la HAS (2011) que nous avons déjà vu et fait de ces recommandations la principale référence pour la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids et obésité dans la région Nord-Pas-de-Calais. Les recommandations sont schématiquement les suivantes : améliorer la qualité de vie et la prévention des complications, ne pas considérer la perte de poids comme prioritaire, fonder la prise en charge sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient et ainsi prendre en compte l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, les aspects psychologiques et socio-économiques, impliquer les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent, obtenir l'adhésion de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille, veiller à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser.

Le plan d'action du programme régional de l'obésité reprend les problématiques identifiées comme prioritaires pour le territoire à travers cinq axes et dix-huit actions. Ce programme reprend dans son axe 1 de prévention primaire le contenu du Programme Régional Alimentation Activité Physique. L'axe 2 a pour objectif de développer le repérage et dépistage, la prise en charge et l'orientation dans le parcours de santé[138]. L'axe 3 s'attache aux problématiques liées à l'obésité sévère ou complexe, telles que l'organisation de la filière de l'obésité sévère et à son maillage territorial, la labellisation, l'amélioration de la prise en charge de la femme enceinte, le transport bariatrique et la chirurgie bariatrique. Les actions de l'axe 4 sont dites transversales, elles concernent notamment des actions d'accompagnement personnalisé et l'amélioration de la qualité de vie à travers l'intégration de services déjà existants et de la cellule familiale, la lutte contre les stigmatisations et le développement de l'activité physique. Les problématiques reliées au médico-social sont reprises dans l'axe 5. Cela reprend finalement les objectifs des SROS/SROS-PRS et des recommandations de la HAS de 2011. Une seule action vise à lutter contre les stigmatisations au sein de ce programme, il s'agit d'une mesure qui prône le développement d'un langage « positif non culpabilisant » pour améliorer l'efficacité de toutes les actions, aussi bien lors de la prévention que de la prise en charge et aussi bien pour le grand public que les professionnels de santé. La stigmatisation reste à nouveau le parent pauvre des programmes politiques alors même qu'elle est largement reconnue dans la communauté scientifique et militante.

Nous pouvons également voir l'importance du sujet pour cette zone géographique à travers la mise en place de plusieurs programmes liés plus largement à la nutrition, l'activité physique et même le bien-être. Nous y retrouvons, à titre d'exemple, le Programme Régional d'Éducation pour la Santé 2012-2016 (PRES) ainsi que le Programme Régional Alimentation et Activité Physique 2012-2016 (PRAAP). Pour le département du Nord, il existe également un Plan Santé Bien-être 2013-2017 qui aborde les questions d'obésité. Ci-dessous un encadré répertoriant les objectifs de ces trois programmes. Plusieurs Contrats Locaux de santé (CLS)[139] ont comme thématique l'obésité. Le CLS de Lens Hénin et le CLS de Roubaix ont par exemple comme objectif l'amélioration de la prise en charge de l'obésité et la mise en œuvre d'actions d'éducation nutritionnelle auprès des jeunes et des

[138] Cette orientation est envisagée d'une part par les acteurs du repérage, tels que les structures sociales de proximités, la médecine du travail, les personnels santé de l'Éducation nationale puis dans une deuxième partie par les professionnels du premier recours

[139] Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations. « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Art. L. 1434-17 du Code de santé publique

adultes au cours des années 2012. En cohérence avec le Projet régional de santé (PRS) 2018-2028, l'ARS Hauts-de-France déploie les CLS de deuxième génération au cours de l'année 2019.

Le PRAAP et ses cinq objectifs

- ➔ Renforcer l'implication des acteurs politiques et responsables institutionnels dans le champ de la santé, de l'alimentation et de l'activité physique
- ➔ Soutenir les acteurs (professionnels et associatifs) et optimiser leurs actions
- ➔ Favoriser l'accessibilité aux offres en promotion de la santé, en alimentation et en activité physique adaptée
- ➔ Promouvoir des modes de vie favorables à la santé, à une alimentation de qualité, à la pratique régulière d'une activité physique et au bien-être
- ➔ Consolider les offres en termes de santé, d'alimentation et d'activité physique

Le PRES et ses six objectifs

- ➔ Développer une stratégie régionale facilitant l'implantation de programmes et d'actions d'EPS
- ➔ Favoriser la mise en œuvre de programmes ou d'actions d'EPS de qualité adaptés aux spécificités des territoires et des populations
- ➔ Favoriser les parcours de santé par le renforcement de l'EPS dans les champs de la prévention, du soin et du médico-social
- ➔ Renforcer les compétences des acteurs en éducation pour la santé et leur professionnalisation dans une approche qualité
- ➔ Poursuivre et renforcer des campagnes de communication à destination du public
- ➔ Favoriser le développement d'une politique d'éducation pour la santé en faveur des enfants, des jeunes scolarisés et des étudiants

Plan départemental Nord Santé Bien-être et ses trois priorités

- ➔ Privilégier l'accès aux soins et à la prévention pour tous avec une attention particulière pour les publics les plus vulnérables
- ➔ Prévenir les conduites à risques
- ➔ Développer la prévention de l'obésité, du surpoids et de l'insuffisance pondérale et favoriser une alimentation saine et équilibrée et une activité physique adaptée

4.1.2. L'obésité dans les Hauts-de-France à travers le Projet régional de santé

Quelques outils de compréhension vont tout d'abord être présentés à travers l'encadré ci-dessous afin de pouvoir analyser par la suite l'organisation à l'échelle régionale des politiques de santé.

Outils de compréhension sur les politiques de santé à l'échelle d'une région

La loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière est à l'origine de la création du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Il détermine des priorités régionales, fixe des objectifs et évalue ses résultats. Ce premier schéma est suivi d'un SROS II (1999-2004) et SROS III (2006-2011).

En 2009, la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) a pour ambition de moderniser le système de santé français en portant des modifications d'organisation majeures sur l'ensemble de l'offre de soins (hospitalière, ambulatoire, préventive et médico-sociale). L'année suivante, la création des Agences régionales de santé (ARS) symbolisera la traduction organisationnelle de cet objectif de modernisation. Les ARS ont pour mission de définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé dans le respect des objectifs nationaux. À ce titre, les ARS doivent définir un Projet régional de santé (PRS) qui constitue l'outil de conduite par excellence de la politique régionale. Chaque PRS définit pour les cinq années à venir les réponses aux besoins de santé en prenant en compte les spécificités locales (état de santé de la population, modalités de recours aux soins, déterminants sociaux…). Il organise l'ensemble des soins préventifs, curatifs et médico-sociaux sur les territoires de la région. Ce PRS se décline en différents schémas et programmes, autrement dit, en outils opérationnels de mise en œuvre. Ils ont souvent changé d'appellation au cours du temps. Suite à la loi HPST, dès 2011 les PRS se sont déclinés de la manière suivante : Plan stratégique régional de santé (PSRS), Schéma régional de prévention (SRP), Schéma régional de l'organisation des soins (SROS), Schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS). On constate que le schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) remplace l'ancien schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Il s'inscrit dorénavant dans le cadre global du Projet Régional de Santé (PRS). Depuis la loi de modernisation du système de santé, promulguée en janvier 2016, le PRS se décline à nouveau différemment. Il est constitué d'un cadre d'orientation stratégique (COS), d'un schéma régional de santé (SRS) qui fusionne les anciens SROS et SROMS, et d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Ce PRS entre en vigueur courant 2018. Le COS détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus à 10 ans. Ces objectifs sont liés à la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022. Le SRS décline, pour les 5 ans à venir, les orientations du COS en objectifs opérationnels. Le PRAPS, déclinaison du SRS, vise à faciliter l'accès au système de santé dans sa globalité et à améliorer les parcours de santé des personnes les plus démunies. Il a une durée de 5 ans.

Inscrite dans la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) comme priorité nationale de santé publique, l'obésité constitue une priorité majeure pour la région qui se traduit à travers des politiques publiques qui mettent en avant systématiquement la question.

Le Projet régional de santé (PRS) des Hauts de France 2018-2028 a été arrêté par la Directrice générale de l'ARS le 5 juillet 2018 et définit la stratégie de santé dans les Hauts-de-France pour les dix ans à venir. Le PRS Hauts-de-France est construit autour de sept orientations stratégiques qui visent à améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. On peut constater que la question de l'obésité et des inégalités sociales de santé est particulièrement soulignée contrairement à d'autres PRS d'autres régions. Au sein du SROS-PRS (2012-2016) du Nord et Pas-de-Calais, comme de l'ancien SROS III (2006-2011), la question de l'obésité a semble-t-il toujours été importante et faisait l'objet d'un volet à part entière.

Le cadre d'orientation stratégique (COS) de l'ARS Hauts-de-France 2018-2028 tient compte de cette particularité du territoire concernant les inégalités sociales de santé et de leur persistance. Issus de la fusion du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie, les Hauts-de-France sont caractérisés par une

forte fragilité mesurée tant par le niveau de diplôme, l'accès à l'emploi que par les revenus, y compris les prestations sociales. Le taux de chômage est le plus important des régions françaises et reste particulièrement élevé chez les jeunes. La population serait fortement exposée aux « facteurs de risque », elle connaîtrait une « prévalence particulière des maladies chroniques » notamment en ce qui concerne la prévalence de l'obésité qui est la plus élevée de France. La surmortalité due au diabète à la consommation de tabac ou d'alcool est également bien plus élevée qu'au niveau national.

Si l'on regarde maintenant le SRS 2018-2023, qui décline le COS en objectifs, on constate que l'obésité est visible dans sa deuxième orientation (sur sept au total) : « Mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé » et plus précisément au sein de son objectif général 7 (sur vingt-trois au total) : « Repérer et mieux organiser les filières Diabète, Obésité et Insuffisance Rénale Chronique ». Il est attendu que les professionnels du premier recours soient sensibilisés et développent un repérage précoce de l'obésité et que des modalités d'organisation de repérage et d'accompagnement spécifiques soient développées pour les personnes vulnérables. Les parcours de prise en charge doivent être mis en place « en adéquation avec le contexte épidémiologique du territoire et les particularités socio-économiques de la population. ». Il est également question de fluidifier le parcours en aval en développant notamment la coordination entre les établissements hospitaliers, les Centres spécialisés de l'obésité et les professionnels du premier recours (*ibid*. pp.64-68). Une attention spécifique aux « personnes vulnérables » est apportée de manière transversale, que cela soit dans l'objectif lié à l'obésité, comme dans le PRS globalement. À la lecture des actions concrètes envisagées au sein des sous-objectifs, nous retrouvons cependant à nouveau régulièrement des termes qui se rattachent à favoriser les « comportements favorables à la santé » plutôt que d'agir sur l'environnement. On voit apparaître fréquemment les termes : « promouvoir les comportements favorables », « comportements à risque », « favoriser l'adoption de comportements », « comportements individuels », « sensibilisation », « comportements favorables à la santé », « communication », « information » et « formation ». On compte presque cent occurrences du terme « comportements » utilisé en ce sens.

Les trois enjeux majeurs inscrits au sein du SRS des Hauts de France mêlent la prise en compte des inégalités sociales de santé et celle des comportements individuels, avec une préoccupation particulière pour les plus jeunes comme les politiques nationales. On retrouve ainsi tout d'abord la

lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, ensuite, la priorité est donnée à la santé des jeunes et enfin l'accent est donné à la prévention des maladies et la promotion des comportements favorables à la santé. On comprend ainsi davantage la raison pour laquelle des projets expérimentaux vont pouvoir être lancés dans les Hauts-de-France par le milieu médical concernant l'obésité des jeunes. Ces projets sont au carrefour de plusieurs préoccupations des politiques : les jeunes, les inégalités sociales de santé, les maladies chroniques.

L'organisation médicale concernant l'obésité ne cesse de se transformer dans la région notamment grâce à l'impulsion donnée par les différents programmes politiques de la région qui accordent une grande importance à la thématique de l'obésité. Même si les inégalités sociales de santé sont évoquées dans les programmes politiques de cette zone géographique étant donné ses spécificités territoriales plutôt « alarmantes », les solutions proposées semblent, tout comme à l'échelle nationale, davantage reposer sur la modification des comportements individuels plutôt que l'offre alimentaire par exemple. Rappelons qu'en 2012, le Nord-Pas-de-Calais est déclaré comme la région de France métropolitaine où l'espérance de vie est la plus faible et c'est également la région où la surmortalité est la plus importante, suivie de la Picardie (ARS, 2015). Cette surmortalité est principalement marquée par la pathologie cancéreuse puis par les maladies cardiovasculaires.

4.2. Situations de travail et dimensions officielles du travail

Un portrait de l'organisation de la prise en charge des adolescents en obésité sur le territoire du Nord et Pas-de-Calais est proposé, sans prétendre à l'exhaustivité. Pour rappel, des observations et entretiens ont été réalisés auprès de différentes structures, qui mettent en place des prises en charge correspondant à différents niveaux de recours : des réseaux de soins, des centres hospitaliers désignés CSO, des centres hospitaliers non désignés CSO et des Centres SSR. Leur point commun est de mettre en place une prise en charge qui repose sur l'ETP ou d'être dans une démarche qui va en ce sens (en attente de validation par l'ARS). Il existe toujours un bilan initial, appelé aussi bilan multidisciplinaire, analyse clinique, ou bilan éducatif partagé. Par la suite les professionnels des différentes structures proposent plusieurs solutions au jeune et ses parents, un suivi individuel, un suivi collectif sous forme d'ateliers, une réorientation vers une autre structure, ou une hospitalisation de plusieurs semaines en ce qui concerne les Centres SSR. Ces différents portraits

d'accompagnements thérapeutiques permettront de mieux saisir les différents éléments d'analyse par la suite.

4.2.1. Les différents types d'accompagnements pour l'obésité des adolescents

4.2.1.1. L'accompagnement des jeunes en obésité au sein des Centres Spécialisés Obésité

Il existe des centres hospitaliers désignés centres spécialisés obésité (CSO) et d'autres non, comme nous l'avons vu. Comme nous l'avons vu, en 2011 le ministère de la santé a identifié des CSO dans chaque région par l'intermédiaire des ARS. Il existe actuellement 37 CSO en France métropolitaine et d'outre-mer dont cinq[140] dans la région des Hauts de France.

Un CSO est un établissement de santé désigné au niveau national par le Ministère de la santé parce qu'il possède l'équipement, l'organisation et les compétences en médecine et chirurgie de l'obésité permettant d'assurer une prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère et/ou multi compliquée. Le CSO a également une mission de coordination territoriale dans l'objectif de faciliter la diffusion des compétences, promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire et rendre l'offre de soins plus lisible pour les patients et les professionnels de terrain :

> *Chaque CSO a un coordinateur médical, donc chaque CSO a un service de médecine avec une unité de prise en charge de l'obésité, des équipes pluridisciplinaires, un ou deux médecins nutritionnistes, un service de chirurgie bariatrique, ou au moins une unité avec un chirurgien, et des services de pédiatrie. Donc chaque CSO est autonome sur le suivi des patients.* (Entretien, Dr Dubois, poste de coordinatrice en lien avec les CSO dans le Nord et Pas-de-Calais)

En parallèle, le Ministère de la santé a décidé, sur proposition des ARS, d'attribuer une mission de formation et de recherche à certains centres spécialisés, les qualifiant alors de « centres intégrés » (CIO). Seulement cinq centres ont pu bénéficier de cette appellation, dont le CHRU de Lille. Les CIO assurent en premier lieu les missions des CSO, mais également les diagnostics et les

[140] le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens, le Centre Hospitalier d'Arras, le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, le Centre Hospitalier de Valenciennes et le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille désigné également comme centre de recours et d'expertise régional (CIO).

traitements plus spécialisés de certaines obésités d'origine génétiques ou rares ou très compliquées. Ils sont également engagés dans la recherche et la formation.

Si cette région est celle qui compte le plus grand nombre de CSO c'est à cause du nombre de cas concernés par l'obésité selon les professionnels :

> *La prévalence de l'obésité ici est la plus élevée de France, entre 21 et 22 % dans le Nord Pas-De-Calais selon les études, et 20 à 21 % en Picardie et donc sur cette base-là, lors de la désignation des Centres spécialisés en France nous avons eu la chance d'avoir eu quatre CSO désignés dans le Nord Pas-De-Calais, donc un par territoire de santé.* (Entretien, Dr Dubois, poste de coordinatrice en lien avec les CSO dans le Nord et Pas-de-Calais)

La description de la prise en charge proposée par les centres hospitaliers désignés CSO est regroupée avec celle proposée par les centres hospitaliers non désignés CSO puisque, lors de nos observations, nous ne percevons pas de différences dans la pratique des professionnels.

4.2.1.2. L'accompagnement proposé par les centres hospitaliers

Une journée « type »[141] dans les centres hospitaliers, qu'ils soient désignés CSO ou non, se déroule généralement de la manière suivante :

L'hôpital propose au jeune et à ses parents de réaliser un bilan avec une équipe pluridisciplinaire. C'est souvent la mère qui est présente au côté du jeune, rarement les deux parents et encore plus rarement uniquement le père. Les jeunes sont généralement adressés par un médecin traitant, un médecin du même hôpital, mais d'un autre service, une infirmière scolaire, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et parfois le bouche-à-oreille. C'est une journée où les jeunes et leurs parents échangent avec cinq professionnels différents à tour de rôle : infirmière[142], pédiatre, psychologue, éducateur médico-sportif (EMS) et diététicienne. À la fin de la journée, l'équipe pluridisciplinaire se met d'accord sur ce qu'elle pense être la prise en charge la plus adéquate pour le jeune. Suite à cela un entretien est réalisé avec le jeune et ses parents. Différentes solutions peuvent être proposées

[141] Nous souhaitons rappeler que cette description mêlera des éléments de différents centres hospitaliers, afin de garantir un certain anonymat, sans impacter la cohérence. La question de l'anonymat et la confidentialité de ce milieu d'interconnaissance a été développée dans le Chapitre 2.

[142] Le féminin est employé parce que nous n'avons observé aucun homme infirmier sur la scène médicale. Généralement, les autres corps de métiers sont également représentées par une dominante de femmes, à l'exception de l'éducateur médico-sportif et du médecin pédiatre.

par l'équipe pluridisciplinaire lors de ce dernier entretien. Elle peut proposer un suivi individuel au jeune au sein du centre hospitalier, il viendra ainsi ponctuellement, par exemple tous les trois mois, pour s'entretenir selon les besoins avec le médecin pédiatre, ou la psychologue, ou la diététicienne. Cela est envisagé avec les jeunes qui ne se sentent pas prêts à entamer des démarches plus « prenantes » notamment en termes de temps investi. L'équipe peut également réorienter dans une autre structure le jeune, dans une association proposant du sport adapté, ou dans un réseau de santé si par exemple ce dernier ne semble pas à l'aise avec le milieu hospitalier, ou encore si les professionnels estiment son obésité peu compliquée à traiter et qu'aucune démarche n'avait été réalisée auparavant pour le poids. À l'inverse le jeune sera orienté dans un Centre SSR si des complications sont identifiées, ou qu'une prise en charge a déjà été réalisée, afin de proposer au jeune une hospitalisation complète de plusieurs semaines. Selon si les structures ont l'habitude de travailler « en réseau » avec d'autres structures ou non, la réorientation dans un autre établissement sera plus ou moins proposée aux jeunes. Il y a des structures où la réorientation concerne presque la moitié des jeunes qui viennent réaliser un bilan et d'autres structures où cela n'est presque jamais proposé. Ce qui est le plus couramment proposé, selon nos observations, c'est que le jeune réalise un suivi en groupe, sous forme d'ateliers de type ETP au sein du centre hospitalier. Ainsi, durant deux à trois mois, le jeune et ses parents se rendent à raison d'un jour par semaine au centre hospitalier, pour effectuer des ateliers avec d'autres adolescents. Ces ateliers sont centrés sur l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, etc. et suivent les recommandations de la HAS (2011). En général, de l'« *activité physique adaptée* »[143] est proposée durant chaque atelier. La différence notable entre les différents centres hospitaliers repose sur la présence ou non des parents. Dans certains programmes les parents ont des ateliers en parallèle des jeunes avec des thématiques qui leur sont dédiés. Les jeunes et parents sont tantôt séparés tantôt regroupés notamment pour effectuer les activés physiques. Au sein d'autres programmes, les parents ne sont conviés à participer aux ateliers que très ponctuellement voire presque jamais. À l'issue de la réalisation de l'ensemble des ateliers, un suivi individuel ponctuel est généralement proposé. Les jeunes reviennent trois mois après pour une consultation avec le médecin ou un autre professionnel si

[143] Quelques généralités sur l'Activité Physique Adaptée (APA) : « La formulation du concept d'Activité Physique Adaptée (APA) remonte à la fin des années 1970. Il émerge grâce à des professionnels et des universitaires du Québec particulièrement motivés par les liaisons théorie-pratique et une définition initiale de l'APA en a été donnée, rappelée par Jean-Claude De Potter, en 2004 (Université de Cagliari) : « Tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ». Le concept d'APA, introduit en Europe en 1979 lors d'un congrès à Bruxelles, sera reconnu officiellement en France, en 1992, à la Direction de l'Enseignement Supérieur, comme une filière à part entière de la discipline STAPS. Sous l'impulsion de divers courants universitaires l'APA va progressivement prendre en compte : - les aspects « Santé, bien-être, qualité de vie » de toutes les populations à besoins spécifiques : inadaptées, déficitaires, porteuses de handicaps, y compris dans les maladies organiques transitoires ou permanentes afin d'éviter le cercle vicieux du déconditionnement physique ; - les aspects d'intégration et d'inclusion des personnes avec handicap dans notre société : milieux scolaires, monde associatif et fédératif. » (Eberhard, Evolution historique de l'Activité Physique Adaptée : point ponctuel. G. Lecocq chair. France, ILEPS Cergy-Pontoise, XIVèmes Journées Francophones en APA, 13 mars 2008)

besoin, puis au bout de six mois, puis un an, puis deux ans. Les consultations s'espacent progressivement dans le temps jusqu'à prendre fin. Cela est flexible selon chaque adolescent et nous remarquons que finalement, de nombreux adolescents ne reviennent jamais en consultations après un accompagnement collectif. Ci-dessous un extrait d'entretien réalisé avec le Dr Maes, pédiatre, qui raconte le déroulement de la prise en charge :

> *Les enfants en obésité de grade 2 passent en hôpital de jour, c'est pluriprofessionnel, il y a cinq consultations individuelles où chacun a son rôle. L'infirmière reçoit le patient, le pèse, le mesure, fait son impédancemétrie*[144] *et questionne sa motivation, son intérêt à venir, ce qu'il sait ou non. La diététicienne fait une enquête diététique et essaye d'avoir des informations sur son ressenti et les idées reçues sur l'alimentation. La psychologue sonde un peu les sentiments de faim, de satiété, l'image de soi. L'éducateur médico-sportif questionne autour du sport et des activités physiques et code l'enfant sur une grille : actif, inactif, très actif et une grille de sédentarité et moi, je fais la consultation pédiatrique, j'essaye de trouver les antécédents familiaux personnels, les prises en charge antérieures, les mécanismes qu'ils connaissent dans la prise de poids, leurs connaissances, leurs attentes, et ensuite on a une réunion de synthèse où l'on va synthétiser tout ce que l'on a dit durant les entretiens, le patient n'est pas présent, mais il reçoit un compte-rendu ainsi que son médecin traitant. On propose soit l'entrée dans un groupe éducatif qui dure six semaines, soit une prise en charge individuelle avec les professionnels possibles : psychologue, diététicienne ou docteur.* […] *L'entrée dans les groupes six semaines se fait via l'hôpital de jour, s'ils sont d'accord une fois qu'on leur a proposé. Il faut constituer un groupe de cinq à dix personnes, on essaye de faire un groupe homogène en fonction de l'âge, et une fois qu'on a assez de patients, on envoie les convocations et ça peut commencer. Ce sont des demi-journées, seulement une journée complète est proposée. Les thématiques sont : l'équilibre alimentaire, les sensations alimentaires, la gestion des sensations, l'estime de soi. L'activité physique est à toutes les séances. Et, il font un repas dans un self-service à volonté à la fin pour voir comment ils gèrent* […] *La dernière séance sert aussi d'évaluation, pour savoir où on en est, est-ce que l'on poursuit en suivi individuel, est-ce que l'on arrête tout, c'est en fonction de la demande des patients* […] *Une fois que les ateliers sont finis, ils sont convoqués six mois à un an après pour évaluer où ils en sont, s'ils ont encore besoin de choses, de compléments, et voir ce qu'ils ont fait comme changements.* (Entretien, Dr Maes, Pédiatre, Centre hospitalier)

Cette description faite par le médecin, correspond de près aux recommandations du traité de médecine de l'obésité et aux recommandation de la HAS (2011). La différence notable qui doit être

[144] L'impédancemétrie permet de déterminer la quantité d'eau, de graisse et de muscle dans le corps. Elle se réalise très facilement à l'aide d'une balance spécifique qui fait circuler un courant de très faible intensité et sans danger dans le corps. Ce courant pénètre facilement le tissu musculaire mais rencontre une résistance plus importante dès qu'il faut traverser de la graisse. La différence de vitesse du courant permet le calcul du taux de graisse corporelle en pourcentage du poids total.

soulignée est celle qui concerne l'aspect psychologique. Ce centre hospitalier s'appuie en effet davantage sur l'approche proposée par le GROS dans sa pratique de l'ETP.

4.2.1.3. Accompagner les adolescents en obésité au sein de réseaux de santé

À la différence des centres hospitaliers, nous n'avons pas observé de médecins ni d'infirmières dans les réseaux de santé. En premier lieu un « *bilan éducatif partagé* » est réalisé par un membre de l'équipe pluridisciplinaire (diététicienne, ou psychologue ou éducateur médico-sportif), puis le jeune peut être orienté vers un suivi individuel en psychologique, en diététique, ou alors vers un suivi de groupes, correspondant aux ateliers de type ETP. Les ateliers ont lieu tous les mercredis et parfois également le samedi matin, selon les structures, afin de proposer de l'activité physique ou divers loisirs. Les activités sont variées, certains réseaux établissent des partenariats pour proposer des loisirs « originaux » comme de l'aviron, ou du chant. Le programme peut s'étendre sur toute l'année scolaire, ou bien en cycle de 10 séances. Plusieurs aspects sont abordés durant les ateliers : le comportement alimentaire, le rapport au corps, le rapport aux autres, la parentalité, les groupes d'aliments, comment équilibrer un repas, comment reconnaître ses sensations, distinguer la faim de l'envie de manger, l'image corporelle et le bien-être, l'importance de l'activité physique adaptée, la recherche de solutions. Cette organisation et les thématiques abordées s'approchent de celles proposées dans les centres hospitaliers. Les contenus varient davantage selon les professionnels et leur appartenance ou non au GROS, plutôt que selon le statut des structures. Il existe également des bilans individuels à mi-parcours, à la fin et un an après avec le jeune et ses parents.

4.2.1.4. L'accompagnement en centre de soins de suite et de réadaptation

Le CSSR se distingue davantage des autres structures énoncées précédemment en proposant aux jeunes des hospitalisations de jours en continu, nommées également « séjours », qui durent généralement deux à trois mois. Les adolescents sont hospitalisés du lundi au vendredi et retournent chez eux uniquement le week-end[145]. Ils sont généralement scolarisés au sein de l'hôpital avec d'autres patients du service pédiatrique SSR. Ils réalisent différents ateliers, différentes activités sportives mais aussi des sorties diverses comme assister à un match de foot, réaliser un pique-nique,

[145] En élargissant nos observations à la région centre, nous avions constaté que le centre enquêté proposait une organisation très différente que nous n'avons jamais retrouvé dans les Hauts-de-France. Ce centre proposait des séjours plus longs, sur une année scolaire entière, et les adolescents ne revenaient au domicile familial que pendant les vacances scolaires, et non pas tous les week-end. Les jeunes étaient scolarisés dans des collèges ou lycées proches de l'hôpital et non au sein même de la structure. Ce protocole avait été mis en place suite à un constat d' « échec » d'après la coordonnatrice, médecin et pédiatre.

faire du *shopping*, etc. L'équipe pluridisciplinaire est en général composée d'un plus grand nombre de professionnels que les autres structures. En plus du médecin, de l'infirmière, de la psychologue, de l'éducateur médico-sportif et de la diététicienne, on peut y retrouver une assistante sociale, une psychométricienne, un kinésithérapeute, une socio-esthéticienne, des enseignants, des moniteurs éducateurs et des aides-soignantes[146]. Suite à l'hospitalisation de plusieurs semaines, un suivi est réalisé de manière ponctuelle selon les besoins du patient. Nous pouvons noter qu'ils reviennent de manière plus fréquente après un séjour en CSSR qu'après une prise en charge en réseaux de santé ou en centre hospitalier. Avant d'intégrer ces séjours, les jeunes et leurs parents sont invités à rencontrer en consultation une première fois le médecin, pédiatre, puis un second professionnel, généralement le référent de la prise en charge. S'ils ne sont pas prêts à effectuer ces séjours, le CSSR peut également leur proposer de poursuivre la prise en charge en suivi individuel ponctuel. Cela consiste à réaliser des consultations tous les trois mois avec l'infirmière référente, par exemple et d'ajouter à cela selon les besoins du jeune, des consultations avec la psychologue ou la diététicienne. Ci-dessous un extrait d'entretien du Dr Le Roux, pédiatre, qui illustre la prise en charge :

> *Les adolescents viennent d'abord en consultation où ils sont reçus par un médecin pour faire un premier point. Il faut faire attention à tout ce qui est médical, aux conséquences médicales de l'obésité, par exemple les apnées du sommeil qui sont fréquentes, le prédiabète. Et s'ils sont d'accord avec le suivi, ilx fixent à la fin de la consultation des objectifs de changement pour la prochaine fois. Les objectifs on essaye de les aider à ce qu'ils soient rationnels et réalisables. Après le médecin, en deuxième consultation ils voient l'infirmière référente. Et les consultations sont plus longues et sont faites avec la diététicienne et/ou la psychologue pour travailler sur la diététique et la gestion du stress, dans le cadre de harcèlement quand ils en ont subi par exemple comme c'est fréquent. Après, le nombre de consultations n'est pas fixé, l'infirmière voit quand l'adolescent a besoin et est prêt à bénéficier d'une hospitalisation. Pour cela ils doivent assister à une journée où ils rencontrent tous les acteurs de la prise en charge : l'éducateur sportif, le kiné, la diététicienne, la psychomotricienne, la psychologue, l'infirmière et le médecin. Quand ils viennent en hospitalisation, il y a aussi les éducateurs qui s'occupent du groupe, pour des activités culturelles par exemple, et les enseignants des collèges et lycées voisins. Ils viennent donner des cours. On a deux salles de classe, ils donnent des heures sur leur temps pour enseigner dans l'hôpital. Les parents eux voient l'assistante sociale, la diététicienne, l'infirmière et moi-même parce que l'on fait un topo sur l'obésité, et l'éducateur sportif puisqu'on essaye de leur proposer une petite marche sur le site.* (Entretien, Dr Le Roux, pédiatre, Centre SSR)

[146] À nouveau, certains métiers sont féminisés afin d'insister sur le fait qu'ils concernent une grande majorité de femmes lors de nos observations

Si les politiques régionales évoquent la spécificité du territoire et encouragement vivement l'organisation médicale à se déployer, force est de constater que les professionnels émettent de nombreuses réserves sur le contexte dans lequel ils travaillent.

4.2.2. Représentations autour de l'organisation de la prise en charge

4.2.2.1. Manque de réseau, de coordination et de communication ville-hôpital

La création du réseau Obésité Sévère de l'Enfant et de l'Adulte en Nord et Pas-de-Calais (OSEAN)[147] en 2005, a permis d'encourager l'ensemble des territoires de santé de la région, à développer la coordination de la prise en charge médicale. Le réseau OSEAN s'essoufflera et prendra fin en 2012 lorsque l'ARS décide d'arrêter les financements des réseaux régionaux[148]. Les professionnels font souvent part de leur connaissance du réseau OSEAN et du fait qu'il est dommage qu'il ne soit plus actif. Récemment, des professionnels diront que le site internet du réseau est en cours de modification afin de mettre à jour les informations globales pour *« clarifier le rôle de chacun », « donner des références d'établissements qui prennent en charge de façon correcte et conforme aux recommandations »* et *« indiquer pour chaque cas le parcours de soin possible et les partenaires existants sur le territoire des patients »* (Entretien, Dr Dubois, poste de coordinatrice en lien avec les CSO dans le Nord et Pas-de-Calais). En plus d'aider le patient à se diriger, puisque les professionnels soulignent que le médecin traitant est en général « *démuni* », cela est censé *« permettre aux professionnels de se connaître également entre eux »* (Entretien, Dr Dubois, poste de coordinatrice en lien avec les CSO dans le Nord et Pas-de-Calais). Cette coordinatrice insiste sur le manque de coordination dans la région : « *le souci reste de coordonner tout le monde, beaucoup de gens font beaucoup de choses, mais parfois deux personnes à côté ne se connaissent pas, c'est un peu notre sujet le plus important pour le moment. »* (Entretien, Dr Dubois, poste de coordinatrice en lien avec les CSO dans le Nord et Pas-de-Calais). À différentes reprises nous pourrons constater nous-mêmes que les structures ne se connaissent pas toutes entre elles. La communication ville-hôpital est difficile et reste rare. Le manque de réseau, de coordination et de

[147] Obésité Sévère de l'Enfant et de l'Adulte en Nord/Pas-de-Calais (OSEAN), regroupe, au niveau de la région Hauts-de-France, des professionnels de santé, des établissements de soins, des structures associatives qui se sont associées pour organiser en conformité avec les recommandations nationales la coordination des moyens existants au niveau des bassins de vie et l'harmonisation des pratiques dans le domaine de la prise en charge de l'obésité. https://osean.org/

[148] C'est également le cas de plusieurs associations et actions contre l'obésité dans la région, qui ont vu leurs financements s'arrêter au cours de notre étude.

communication semble un état de fait, un contexte avec lequel les professionnels doivent s'organiser pour mettre en œuvre leurs pratiques.

En France, les réseaux « officiels » sont appelés RéPPop : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique. Ils sont chargés d'assurer la coordination territoriale des soins. Ce sont des réseaux ville-hôpital, le plus souvent constitués en associations loi 1901. Ils ont principalement une fonction de coordination. Ils assurent l'organisation de la formation initiale et continue, la cohérence entre les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge, l'orientation des patients au sein du réseau, la création et diffusion des outils d'aide à la prise en charge, la circulation de l'information médicale, la gestion du réseau, des recherches et des demandes de financement, de l'évaluation interne et externe de leur activité, etc. Cependant, comme ne manque pas de le souligner les professionnels enquêtés, « *il n'y a pas de réseau propre à la pédiatrie dans le Nord pas de Calais, pas de réseau RéPPop* » (Entretien, Mme Morel, Diététicienne, centre hospitalier). L'absence d'un tel réseau dans la prise en charge des enfants et adolescents à l'échelle de la région, peut expliquer les remarques de nombreux professionnels au sujet d'un manque de coordination et manque de communication entre acteurs. Cela est souligné comme handicapant dans la pratique des professionnels : « *il n'y a pas beaucoup de centres dans le Nord et Pas-de-Calais, il n'y a pas de réseau pour les enfants ici, à Paris il y a des choses, mais ici non, on doit tout construire, mais nous on n'a pas de retours, on ne sait pas si on est sur la bonne voie, et finalement on manque d'idées* » (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier).

Le contexte de travail énoncé se répercute sur les patients car entraîne un manque de visibilité de l'offre de soins. Nous pouvons le constater à travers nos propres difficultés lors de l'enquête de terrain pour identifier et accéder à ce terrain. Notre travail pour recenser les différents acteurs a pris du temps. Il est également fréquent que les parents soulignent cette difficulté : Où s'orienter ? Comment identifier les professionnels compétents ? Quelles sont les structures compétentes ? À qui s'adresser ? Ce flou concernant l'offre de soin était d'ailleurs évoqué à l'échelle nationale à travers le traité de médecine (2004). Depuis ce traité, les choses ont évolué et se sont davantage formalisées notamment à travers les recommandations de la HAS (2011) ou encore à travers le rapport du groupe de concertation et de coordination (GCC) des CSO (Ziegler et *al*., 2014). Néanmoins, la visibilité de l'offre de soins peine à se faire. Il semble que la région n'échappe pas à ce constat malgré l'importance de la problématique sur le territoire. Le manque de coordination entre structures favorise le nomadisme médical redouté des professionnels. Les adolescents et parents se

dirigent d'une structure à l'autre sans suivre la logique de parcours énoncée dans les recommandations de la HAS (2011). Certains parents et adolescents regrettent par exemple qu'aucun relais ne leur soit proposé suite à une hospitalisation de plusieurs semaines. Les adolescents aimeraient pouvoir poursuivre la pratique d'activité physique adaptée par exemple mais ne savent pas où s'orienter.

Pour pallier à ce manque de réseau et de communication entre acteurs, quelques structures expliquent mettre en place diverses stratégies. Le centre hospitalier G, à titre d'exemple, a pris l'initiative d'utiliser une « fiche navette » :

> *Ce système de carnet existe pour les hémophiles, ils ont des carnets de suivi intercentres. C'est pour développer le réseau, ça suit le patient dans un premier temps* […] *Ils ont un carnet de suivi, qui leur est propre, c'est une fiche navette, qui sert de transmission entre le médecin traitant et notre équipe pluridisciplinaire, on marque tout dedans, et tout le monde peut évaluer à différents niveaux* […] *ça fait un an et demi que l'on a mis en place cette fiche navette, juste parce que je voyais qu'il n'y avait pas de retours du médecin ou des infirmières, nous en envoie les courriers du suivi, le bilan d'hôpital du jour, il y a un rapport aussi fait sur les ateliers, pour les consultations individuelles, mais nous on a aucun retour.* (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier)

Le manque de réseau, de communication entre acteurs, de coordination et visibilité de l'offre de soins, ne doit pas être généralisé à tout le territoire. Malgré l'absence de communication ville-hôpital et de Réppop, sur le territoire, il existe des secteurs où la coordination est annoncée comme fonctionnant au mieux entre différentes structures.

4.2.2.2. Des territoires jugés dynamiques

Plusieurs professionnels du secteur médical soulignent l'importance de travailler avec d'autres associations, d'autres acteurs, autrement dit, de « *travailler décloisonné* » (Entretien, Mme Brugman, Assistante sociale, CSSR) et de « *s'ouvrir à un côté plus social que santé »* (Entretien, Dr Dubois, poste de coordinatrice en lien avec les CSO dans le Nord et Pas-de-Calais).

L'exemple de la ville de Roubaix est cité par plusieurs professionnels pour désigner une zone géographique où la coordination et communication fonctionne mieux qu'ailleurs et où le côté social prend sens et prend place. Sur le territoire de Roubaix, un travail d'identification des acteurs de la

prise en charge des jeunes en obésité a été réalisé. Les professionnels du secteur se sont réunis à différentes reprises pour échanger et mettre en place un certain nombre de choses, le but étant de se connaître entre « acteurs » et de faire connaître aux habitants l'ensemble des « solutions » existantes. Différents professionnels en dehors du milieu médical ont participé à rendre le secteur dynamique en menant des actions dans le domaine de l'alimentation ou encore de l'activité physique sur le territoire roubaisien. Depuis, les professionnels semblent se connaître mieux que dans d'autres zones géographiques. Un dialogue semble exister entre ville et hôpital. Dans différents entretiens, la dynamique du territoire de Roubaix est ainsi évoquée. Un nutritionniste nous informe avoir suivi une formation délivrée à Roubaix notamment par le Dr Thiriet, spécialisée sur l'obésité, qui l'a motivé par la suite à en réaliser d'autres :

> *En 2000 j'ai fait une formation à Roubaix qui m'a ouvert les yeux sur notre façon d'appréhender l'obésité, qui était une vision plus psychologique que diététique, et c'est là où j'ai connu les entretiens motivationnels parce que j'étais confronté à des patients souhaitant maigrir, mais qui n'avaient pas toujours la motivation pour le faire, donc ça m'interrogeait, et cette idée que l'on peut prendre du poids pour d'autres raisons que le fait de manger, si on mange mal c'est qu'il y a des raisons. Donc en 2005 j'ai ensuite fait une formation avec le GROS.* (Entretien, M. Le Meur, Nutritionniste diététicien en libéral).

Le Dr Thiriet a partagé avec d'autres professionnels que monsieur Le Meur, la philosophie du GROS, ce qui a participé à influer le type de prises en charge sur le territoire du Nord et Pas-de-Calais. Roubaix est un secteur chargé d'histoire, comme la région en général finalement qui a été le lieu de diverses expérimentations concernant l'obésité des jeunes.

En 1992, un projet expérimental est né dans deux villes du Nord et Pas-De-Calais, plus précisément à Fleurbaix et Laventie. Cette expérimentation est aujourd'hui relayée au niveau international. L'association à l'origine de ce projet se nommait Fleurbaix Laventie Ville Santé (FLVS) :

> Les résultats de cette recherche ont mis en évidence la possibilité de faire reculer la prévalence de surpoids et d'obésité en faisant évoluer progressivement et durablement les comportements et les habitudes, grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs de proximité dans l'environnement des enfants et des familles (https://vivonsenforme.org/mission/).

Cette recherche a donné lieu à un programme à l'échelle nationale. C'est en 2004 que les promoteurs de l'étude FLVS ont décidé d'élaborer un programme plus large de prévention de l'obésité infantile. Nommé EPODE, pour « Ensemble, prévenir l'obésité des enfants », ce dernier

reposait sur l'engagement des élus et acteurs locaux des villes partenaires et sur des actions diverses. Dix villes ont accepté d'être partenaire, dont Roubaix. Ce qui a certainement facilité le dynamisme actuel de la ville. Un pédiatre du Centre Hospitalier nous explique le rôle qu'à joué EPODE :

> *Moi j'ai été responsable d'EPODE pour le secteur Roubaix, on a développé les consultations ici en même temps que se mettait en place le moyen séjour au sein du SSR à proximité pour qu'il y ait un travail commun. Puis il y a eu des actions dans les quartiers, mais on n'y intervient pas directement, mais on a participé au titre de l'hôpital à la sensibilisation, au travail avec les écoles, actuellement notre travail est essentiellement à l'hôpital, on fait très peu de travail à l'extérieur.* (Entretien, Dr Frank, Pédiatre, Centre Hospitalier).

Ce pédiatre souligne la particularité du contexte social de Roubaix :

> *Le projet EPODE a eu l'intérêt de mettre en évidence les différences régionales, les différences liées à l'environnement… donc on a pu comparer les régions, et les niveaux sociaux, à Roubaix c'est très clair, certains secteurs de la ville, certaines écoles sont beaucoup plus touchés en fonction de l'origine sociale, de l'habitat.* (Entretien, Dr Frank, Pédiatre, Centre Hospitalier)

À l'opposé, les infirmières scolaires critiquent ce projet parce qu'il était conséquent à mettre en place au sein des écoles et demandait beaucoup d'investissement de leur part mais surtout parce que le nom du projet était fortement stigmatisant et les parents s'en plaignaient. Les mères, en particulier, se sentaient jugées, stigmatisées, mais surtout elles se sentaient rarement concernées par le terme « obésité » apparaissant dans EPODE. En 2011, c'est donc produit un changement de nom et EPODE (Ensemble, prévenir l'obésité des enfants) est devenu VIF pour « Vivons en Forme » : « Le champ d'action du programme s'est depuis sensiblement élargi, pour une approche résolument positive, non stigmatisante et accessible au plus grand nombre » (https://vivonsenforme.org/mission/). VIF englobe aujourd'hui la prévention santé et les initiatives autour de la « forme » au sens large, avec des actions sur le bien-être et le sommeil par exemple. L'argument développé par les professionnels de VIF est de ne plus cibler uniquement les jeunes en obésité pour ne pas renforcer la stigmatisation. Cet argument de la stigmatisation liée au mot « obésité » semble d'ailleurs s'être généralisée dans l'agglomération Lilloise, puisque lors de notre Master 2, nous constations qu'un bon nombre d'actions auparavant centrées sur l'obésité et mises en place par la mairie, affirmaient maintenant se centrer sur le « bien-être », la « santé globale », la

« bonne alimentation », de tous les jeunes et non plus exclusivement ceux en surpoids, pour ne pas stigmatiser.

Au-delà de Roubaix, il y a également Dunkerque et ses alentours souvent évoqués comme modèle de coordination et communication :

> *En exemple de coordination remarquable on peut aussi prendre l'exemple de Dunkerque, parce qu'il y a une antériorité là-bas, je travaillais avec les diabétologues au départ, il y a 10 ans et ils me disaient qu'ils étaient envahis de personnes en obésité lors des consultations, il faut traiter l'obésité de façon globale disaient-ils.* (Entretien, Dr Dubois, poste de coordinatrice en lien avec les CSO dans le Nord et Pas-de-Calais).

Nos constats empiriques vont en ce sens, il s'agit du secteur énoncé comme le plus « dynamique » et bénéficiant de la meilleure coordination, selon les professionnels interrogés. Différentes structures communiquent entres-elles : centre hospitalier, établissement public de santé mentale (EPSM), centre SSR, association qui propose une activité physique adaptée et enfin, réseau de santé. D'une structure à l'autre, les professionnels se passent le relais selon les besoins du jeune, son âge, son rapport au milieu hospitalier, son cheminement, etc. L'enfant peut avoir peur de l'hôpital et préférer une prise en charge au travers d'un réseau, aussi, il peut être trop jeune pour l'hospitalisation en séjour, ou pas encore prêt pour différentes raisons. Les professionnels ont l'occasion d'échanger lors de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) qu'ils ont l'habitude de mettre en place ponctuellement pour orienter au mieux les patients. De plus, la ville et l'hôpital semblent bien communiquer dans ce secteur. À titre d'exemple, le centre SSR prend parfois contact avec des lycées professionnels afin d'aider les adolescents dans leur future orientation professionnelle, ou encore, il prend contact avec une association sportive afin d'anticiper le retour à domicile et permettre au jeune de poursuivre une activité physique suite à son séjour.

Le Nord et le Pas-de-Calais sont soumis à quelques études expérimentales nationales, notamment en raison de la prévalence élevée en comparaison des autres régions. Le programme expérimental EPODE a déjà été précédemment évoqué. Au moment de notre enquête de terrain de thèse, ce sont

les projets OBEPEDIA et GARDE TON CAP[149] qui sont en cours de développement sur le territoire. Ces projets participent, selon les professionnels, à amoindrir les conséquences de ce manque de réseau, manque de coordination et communication entre acteurs ville-hôpital et manque de proximité envers les jeunes et finalement manque de considération pour son environnement et la part sociale de l'obésité. En décembre 2014, le Groupement de Coordination Nationale des CSO remettait un Rapport sur un dispositif innovant de parcours de soins articulant Structures de Proximité et de Recours : le projet OBEPEDIA. Au cours de l'année 2017, le parcours de soins était finalisé[150]. Fin 2017, le Ministère de la Santé désignait six CSO en tant que centres expérimentaux OBEPEDIA dont Lille fait partie. Le projet expérimental Obepedia est né dans le Nord pas de Calais suite à la constatation notamment de ce manque de relais de proximité et de prise en compte du social selon certains acteurs :

> *En fait il n'y a pas de réseau propre à la pédiatrie dans le Nord pas de Calais* […] *Donc au CHR de Lille, étant confrontée à ce problème, ils ont voulu mettre en place une expérimentation, pour les patients où il y a eu un échec sur la prise en charge en cours, mettre en place un accompagnement plus important, à proximité du domicile, c'est ce que l'on a appelé le projet Obepedia* […] *La prise en charge doit être à proximité, vous avez dû vous en rendre compte vous, notamment pour les enfants justement, la prise en charge familiale doit se faire dans les quartiers, à l'école, un peu partout, il faut que les intervenants aient un langage commun, et accompagnent l'ensemble, c'est un gros chantier, il y a beaucoup de choses à faire encore.* (Entretien, Dr Dubois, poste de coordinatrice en lien avec les CSO dans le Nord et Pas-de-Calais)

Au-delà de souligner le manque de proximité entre les structures de prise en charge, les professionnels mettent fréquemment en avant l'importance de la proximité entre le soignant et le soigné. OBEPEDIA est un dispositif personnalisé de soins innovant, proposé à l'enfant et ses parents suite à la réalisation d'un bilan éducatif partagé réalisé en lien avec le CSO, les professionnels de santé de proximité et les équipes éducatives. OBEPEDIA vise à fournir au jeune les moyens et l'accompagnement pour trouver en proximité des solutions adaptées pour développer l'activité physique, retrouver du lien social, modifier ses habitudes de vie et aller vers un mieux-

[149] Le projet RETROUVE TON CAP est mis en place par différents professionnels rencontrés au cours de la thèse au sein de réseaux de soins et des médecins généralistes. La prise en charge prescrite par le médecin qui suit l'enfant (médecin généraliste, pédiatre ou médecin de PMI) est mise en œuvre par des professionnels de santé et psychologues rattachés à des structures sélectionnées pour cette expérimentation. Ce projet concerne une tranche d'âge plus jeune que celle de notre thèse (3 à 8 ans). L'objectif est de permettre une prise en charge pluridisciplinaire précoce, adaptée aux besoins, pour les enfants à risque d'obésité et leur entourage. Cette expérimentation qui vise à prévenir l'obésité infantile a été lancée en 2018 dans 4 départements : Nord, Pas-De-Calais, Seine-Saint Denis et la Réunion. Elle doit se dérouler jusqu'au 31 décembre 2020.

[150] par le Groupement de Coordination Nationale des CSO, la DGOS, la CNAMTS, le Collège de Médecine Générale, l'Association de Pédiatrie Ambulatoire et le CNAO

être. Suite à la définition de son Projet Personnalisé de Soins (PPS) l'enfant ou l'adolescent et sa famille bénéficient d'un accompagnement renforcé par téléphone et à domicile avec des visites ou contacts tous les 15 jours avec le Coordinateur de proximité. Le Coordinateur de proximité fait le lien entre l'ensemble des professionnels de proximité, les équipes éducatives, le Médecin traitant et le CSO. Il s'agit ici d'un suivi de « proximité » qui vise à montrer l'efficacité d'une prise en charge type « Parcours de Soins ». Ce suivi « rapproché » permet de mieux accompagner sur le terrain le jeune, son entourage et les soignants de proximité. Afin d'atteindre les objectifs définis, le coordinateur de proximité doit créer un lien de confiance avec la famille et le jeune, aider à maintenir la motivation et les changements mis en place au quotidien, valoriser les actions et les progrès. L'accompagnement est parfois qualifié de « *coaching* » par les professionnels et s'apparente presque à une intervention sociale. Si nous n'avons pas assez de recul sur ses projets expérimentaux en cours de développement au moment de notre enquête, ils soulignent néanmoins la volonté des politiques et de l'organisation médicale d'effectuer des prises en charge « au plus proche » des patients, en allant par exemple à leur domicile comme le suggère OBEPEDIA.

Les différentes représentations des professionnels au sein des accompagnements, vont maintenant être analysées. Nous mettrons en lumière les variations de perceptions entre professionnels, entre groupes de professionnels. En effet sur le territoire du Nord et Pas-de-Calais, cette enquête révèle l'existence de deux types de discours portés par les professionnels au sein des accompagnements pour les adolescents en obésité. D'un côté il y a les professionnels qui appliquent les principes de l'ETP « classique » et de l'autre côté les professionnels qui au-delà de s'appuyer sur les principes de l'ETP, mêlent les valeurs prônées par le GROS et donc par le courant de l'alimentation dite intuitive. Les discours et pratiques des professionnels diffèrent donc majoritairement selon leur appartenance ou non au GROS.

4.3. Culture professionnelle et représentations

Il existe des éléments communs parmi les professionnels interrogés comme le fait qu'ils soient tous formés à l'ETP, ou en cours de formation, ce qui engendre l'utilisation d'un langage commun. À titre d'exemple, considérer le patient dans sa « *globalité* », veiller à améliorer sa « *qualité de vie* », l'accompagner à développer son « *autonomie* », ses « *connaissances* », ses « *compétences* » à gérer sa maladie et initier des « *changements* » qui s'inscrivent dans le « *long*

terme ». Ces mots clés appartenant au champ lexical de l'ETP sont utilisés par l'ensemble des professionnels enquêtés lorsqu'ils décrivent l'accompagnement proposé au sein de leur structure. Nous allons commencer par présenter les représentations et pratiques à l'égard de l'ETP puisque tous les professionnels sont concernés par cette pratique. Nous verrons ensuite de quelle manière d'autres profils de professionnels se distinguent. Il est important de se focaliser sur la manière dont les professionnels perçoivent les recommandations qu'ils sont censés diffusés comme le montre les travaux de Cardon (2008, 2013, 2015) au sujet de la diffusion et réception des normes alimentaires en ce qui concerne le public des personnes âgées. Il démontre, en effet, que la diffusion par les aides à domicile des recommandations connaît des variations selon la manière dont les aides à domicile s'approprient le rôle prescrit par les pouvoirs publics tout autant que selon la posture des personnes âgées vis-à-vis des recommandations et des situations de face-à-face. Ses travaux participent à montrer que les pratiques alimentaires constituent à la fois des leviers de normalisation sociale par appropriation de certaines normes alimentaires mais aussi des espaces de résistance, tant de certaines personnes âgées elles-mêmes que de certains professionnels prenant leur distance avec les normes qu'ils sont censés diffuser.

4.3.1. Historique et représentations de l'éducation thérapeutique des jeunes en obésité

Les structures observées sont validées par l'ARS pour la mise en place de leur programme d'ETP, ou en cours de demande. Les démarches sont dites « *conséquentes* » par les professionnels et peuvent s'étaler dans le temps sur plusieurs années avant que l'ARS ne valide le programme. Dans tous les cas, les accompagnements thérapeutiques observés s'appuient sur la philosophie de l'ETP. Les professionnels sont organisés en équipe pluridisciplinaire, ils sont formés à l'ETP, ou au moins un membre de l'équipe y est formé, ou encore, cela fait partie de leurs objectifs. On citera l'exemple du Dr Le Roux dont le centre spécialisé est en cours d'accréditation :

> *On est en cours de demande d'autorisation de l'ARS pour appeler notre prise en charge éducation thérapeutique, même si plusieurs personnes de l'équipe sont déjà formées et donc fonctionnent déjà avec des schémas prônés par l'ETP. Pour l'instant on dit que l'on prend en charge des adolescents en obésité, on ne parle pas d'éducation thérapeutique.* (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre spécialisé).

Ainsi, si les structures ne sont pas encore validées par l'ARS, elles respectent en général quand même l'ETP, car selon eux « *c'est avant tout une façon de voir les choses, qu'on applique dans toutes les pathologies* » (Entretien, Mme Carlier, Diététicienne, Réseau de soins).

Avant les années 2000, il existait peu de choses dans le domaine de l'obésité et de sa prise en charge sur le territoire si l'on se réfère aux discours des professionnels. L'offre de soins s'est mise en place de manière progressive. Une première vague a été initiée au début des années 2000 et une seconde vague à partir des années 2007 qui s'est tournée plus précisément vers l'ETP. En effet la prise en charge débute dans les années 2000 pour le centre SSR B et dans les années 2008 et 2009 pour les deux autres centres SSR de la région. En revanche, la validation par l'ARS[151] du programme ETP de ces centres SSR est récente et parfois même encore en cours au moment de notre enquête. Le centre hospitalier E débute les programmes de prise en charge en 2007, le centre hospitalier H en 2009 et enfin le centre hospitalier G en 2012. En ce qui concerne les réseaux de santé, le réseau F débute la prise en charge en 2007 et le réseau D en 2011. Ce que l'on peut noter c'est que toutes les prises en charge de type ETP n'ont finalement qu'une dizaine d'années. Cela semble cohérent puisqu'en France la place de l'éducation thérapeutique des patients a particulièrement évolué depuis la mise en place en 2007 d'un plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique. Ce plan a contribué à l'élaboration de guides et de recommandations pour la structuration de programmes d'ETP, par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). De plus, la loi « Hôpital, Patients, Santé, et Territoires » en 2009 et ses décrets d'application en août 2010, ont définitivement inscrit l'ETP dans le parcours de soins du patient. Les recommandations délivrées par la HAS en 2011 ainsi que le Plan obésité de 2010, ont également participé à cette institutionnalisation croissante.

La prise en charge de l'obésité a ainsi évolué progressivement et semble en perpétuel réajustement. Les professionnels expriment ne plus adopter les mêmes pratiques qu'auparavant depuis que l'ETP s'est développée :

> *Les prises en charge classiques ont été assez variables dans le temps, moi j'ai connu la prise en charge essentiellement diététique centrée sur l'aspect déséquilibre nutritionnel, ensuite il y a eu la prise en charge par le biais de l'activité physique couplée à l'aspect nutritionnel, mais l'aspect sportif était*

[151] Les programmes proposés doivent être conformes à un cahier des charges qui répondent aux critères définis par l'HAS. Ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS) qui accordent les autorisations de ces programmes, autorisation délivrée pour 4 ans, et renouvelable. L'évaluation est réalisée par la Haute Autorité de Santé.

> *fortement important, puis on a vu apparaître le fait qu'il pouvait y avoir une part importante génétique et familiale.* (Entretien, Dr Frank, Pédiatre, Centre Hospitalier).

L'ETP semble même produire une rupture avec leurs anciennes méthodes de soins comme le montre le discours de cette professionnelle :

> *Il faut aller chercher les patients là où ils sont, leur donner la main, qu'ils soient acteurs. La médecine plus traditionnelle et ancienne est plus dans "je vous prescris cela, et donc vous devez faire ça et si vous avez cela c'est que vous avez mal fait", ils portent cela les patients. ça m'a frappé récemment, cette culpabilité des parents, je ne l'avais jamais évalué.* (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR).

Selon le Dr Le Roux, l'ETP permettrait d'éviter de culpabiliser le patient, pourtant, selon elle, les patients qu'elle reçoit semblent toujours porter le poids de la culpabilité. À l'opposé, Mme Willems, infirmière, considère l'éducation thérapeutique comme une pratique ancienne et ne perçoit pas de grands changements dans les pratiques de ses collègues :

> *Ici à l'hôpital ça a toujours existé, ce n'était pas financé de la même manière avant c'est tout, donc pas par l'ARS, on appelait cela financements Migac pour Missions d'intérêt général et des activités de soins, on payait l'hôpital pour du temps d'éducation. J'ai un collègue de 58ans qui a toujours fait de l'éducation, il s'occupait du diabète par exemple, et les puéricultrices aussi sont formées durant leur diplôme, celle qui est partie à la retraite a aussi toujours fait de l'ETP, mais ce n'était pas dit de la même manière, il n'y avait pas de programme.* (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier).

Dans tous les cas L'ETP a permis aux différentes structures de prises en charge de développer une culture professionnelle commune et des discours et pratiques plus homogènes.

Les professionnels s'accordent à dire que l'ETP est devenue « *indispensable* » pour l'obésité puisqu'elle fait partie des « *maladies chroniques* » au même titre que le diabète, qui est l'exemple le plus cité. Ils adoptent le même discours, le même langage, les mêmes mots clés, pour décrire leur prise en charge et justifier de son intérêt. Ils considèrent leur rôle comme une « *aide* » pour « *accompagner* » le patient dans son « *changement* » de modes de vie à « *long terme* » :

> *Il faut travailler avec le patient, l'aider à avoir un regard sur ce qu'il fait, l'amener à changer* […] *Parce que l'éducation thérapeutique c'est vraiment le principe de rendre acteur le patient de sa prise en charge avec des objectifs de l'initier à des changements* […] *Alors les objectifs ont évolué au cours des*

> *années, aujourd'hui ce sont les changements durables dans la vie quotidienne de l'adolescent.* (Entretien, Mme Leclercq, Diététicienne, CSSR)

Les professionnels doivent « *donner des pistes, ne pas dire ce qu'il faut faire au patient et les changements doivent concerner toute la famille pour que ça tienne le coup. »* (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR). Selon Mme Delhaye, diététicienne, c'est même leur *« cheval de bataille »* de faire comprendre que *« c'est un changement familial »* (Entretien, Mme Delhaye, Diététicienne, réseau de soins). La « *pluridisciplinarité* » est, enfin, jugée essentielle dans la prise en charge de l'obésité, car c'est une maladie dite « *multifactorielle* » :

> *On prend l'individu dans sa globalité, on ne s'occupe pas que d'un organe, plus on est global plus on arrive à aider l'adolescent.* (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR) ;
>
> *On accompagne l'obésité parce que c'est le thème du programme, mais il n'y a pas que ça qui importe, c'est une prise en charge globale, ça va leur permettre de retrouver en eux un moteur pour avancer et aller mieux dans tout.* (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier)

Les professionnels insistent sur l'intérêt des consultations pluridisciplinaires qui permettent *« de mélanger tous les axes et pouvoir tirer une évaluation globale pour ne pas se tromper.* » (Entretien, Mme Brugman, Assistante sociale, CSSR). La pluridisciplinarité permet également selon Mme Brugman, de vérifier si le patient dit la « *vérité* », de lutter contre « *les discours trop lisses* » ou « *trop idylliques* ». Les propos de l'assistante sociale illustrent dans une certaine mesure le concept de « police des familles » (Donzelot, 1977). De plus, selon elle, certains patients sont réticents à se confier face à certaines catégories de profession comme le psychologue ou bien l'assistante sociale et la pluridisciplinarité permet de contourner ce problème :

> *le fait de pouvoir en parler derrière avec mes collègues et d'être en équipe pluridisciplinaire, on se rend compte qu'on arrive toujours à avoir les bonnes informations, car on est beaucoup de professionnels. Cette maman qui a refusé de me parler avait juste eu peur, avait été déçue auparavant des services sociaux, elle n'avait pas envie de renouer avec les services sociaux et donc ne voulait pas se confier à une assistante sociale* (Entretien, Mme Brugman, Assistante sociale, CSSR).

Le langage employé par les professionnels spécialisés correspond à la description faite de l'ETP dans les recommandations de la HAS (2011) que nous avons précédemment vu. Ils s'appuient sur de nombreux arguments communs pour justifier de l'intérêt de l'éducation thérapeutique :

accompagner l'adolescent et ses parents vers l'autonomie afin qu'ils puissent modifier à long terme leurs comportements dans divers domaines grâce à la pluridisciplinarité proposée.

4.3.2. La place de l'alimentation intuitive dans la prise en charge de l'obésité

Un certain nombre de professionnels observés s'appuient sur la philosophie du GROS décrite comme une approche biopsychosensorielle[152], elle-même inspirée de l'alimentation intuitive, une méthode reconnue depuis 1995 et créée par deux nutritionnistes américaines (Tribole et Resh). Cela ne veut pas dire pour autant qu'ils ne s'appuient pas sur les normes véhiculées par l'ETP, au contraire, ils font cohabiter différentes logiques au sein de leurs pratiques. Les professionnels qui n'ont pas été formés au GROS et qui appliquent une ETP dite « classique » dans leur accompagnement, utilisent également parfois quelques notions véhiculées par l'alimentation intuitive.

Les professionnels qui s'inspirent du GROS ont été observés en particulier au sein d'un même centre hospitalier, le centre E. Les extraits d'entretien du Dr Maes, pédiatre et de Mme Delannoy, psychologue seront alors principalement cités. Deux autres professionnels rencontrés partagent également cette philosophie du GROS mais n'ont en revanche pas fait l'objet d'observations. Le premier, le Dr Thiriet, est médecin nutritionniste au sein d'un centre hospitalier du Nord et réalise des prises en charge de type ETP avec une équipe pluridisciplinaire. La deuxième personne est Mme Pérez, une diététicienne qui exerce en libéral[153] et est également salariée à temps partiel dans une association qui prend en charge des adultes en obésité. Ces deux professionnels ont des profils atypiques dans le sens où en plus de correspondre à la philosophie du GROS, ils attachent de l'importance à l'aspect social de l'obésité, sont politiquement engagés et sont plus critiques que les autres en ce qui concerne l'industrie agroalimentaire et le marketing alimentaire. L'aspect social est en effet peu mis en avant à l'échelle nationale par le GROS qui décrit d'ailleurs son approche comme bio-psycho-sensorielle, effaçant ainsi la thématique du « social » pourtant parfois présente dans les recommandations de l'ETP. Lors des congrès annuels à Paris, la thématique des inégalités

[152] La description de l'approche du GROS est décrite dans le Chapitre 3. Il s'agit ici de faire état des représentations à l'échelle régionale.

[153] Elle reçoit des adolescents au sein de son cabinet en libéral mais également et majoritairement, des adultes, comme le Dr Thiriet précédemment cité qui reçoit au sein de ses consultations majoritairement des adultes. Néanmoins ces deux profils de professionnels sont intéressants à intégrer à l'analyse puisque leur profil est atypique par rapport à l'ensemble des autres professionnels interrogés.

sociales est absente des discours des professionnels qui prennent la parole. Lorsque quelques membres du public posent des questions au sujet des inégalités sociales en termes de classes sociales ou de genre, puisque cela semble poser problème dans leurs pratiques, généralement, la réponse donnée par l'orateur est souvent la même : l'obésité concerne tout le monde, hommes, femmes, et de toutes classes sociales et origines, il ne faut pas faire de différence. La question de la précarité de certains patients semble mettre mal à l'aise de nombreux professionnels et la répartition inégale de l'obésité ne semble pas connue de tous.

Les professionnels rencontrés qui s'appuient sur l'approche du GROS, sont formés au GROS et assistent ponctuellement à différents types d'événements organisés, que cela soit des colloques ou formations d'approfondissement[154]. L'association GROS propose en effet aux professionnels une formation qui s'étend sur une année et qui permettrait de « mieux comprendre les phénomènes de dérégulation qu'engendrent les conseils alimentaires classiques et d'accompagner les patients vers un comportement alimentaire régulé » (https://www.gros.org/formation-gros-2020). Ces professionnels formés développent alors un langage commun. Ils parlent de vision « *bio-psycho-sensorielle* », sont particulièrement vigilants face à la « *restriction cognitive* », insistent sur le fait de lutter contre les messages véhiculés par les « *régimes* », veillent à ne pas « *diaboliser* » certaines catégories d'aliments, sont accès sur les « *sensations alimentaires* » comme la faim, le rassasiement et la satiété, approfondissent les liens entre alimentation et « *émotions* » et se disent davantage sensibles aux notions d'« *estime de soi* » et d'« *acceptation de soi* ».

La lutte contre les régimes et la notion de restriction cognitive sont particulièrement mises en avant sur notre terrain d'enquête. En effet ils soulignent le fait qu'il ne faut pas être dans l'évitement de certains aliments, qu'il n'existe pas de « *super aliments* » ni d'aliments mauvais, des « *grossissants* », des « *amaigrissants* ». Ces idées reçues conduiraient selon eux à provoquer cette fameuse restriction. De plus en cas d'échec de perte de poids, cela pourrait engendrer une baisse de l'estime de soi et une forte culpabilisation. Ils soulignent les conséquences néfastes physiques, biologiques de certains régimes qui sont maintenant de plus en plus médiatisés comme on peut le voir à travers des slogans comme « *les régimes font grossir* ». Les professionnels du GROS sont assez virulents à l'égard des messages véhiculés dans la société globalement qui incitent à la perte de poids : *« on connaît les risques du régime. J'ai bossé chez les adultes* [dans le service obésité de

[154] Par exemple en juin 2020, le GROS proposait une journée de formation sur la thématique suivante : « Accompagner l'enfant/ l'adolescent vers une alimentation intuitive », animée par une diététicienne nutritionniste

l'hôpital] *et je vois bien qu'à cause de la restriction, des régimes, certains ont développé des troubles alimentaires »* (Entretien, Mme Delannoy, Psychologue, Centre Hospitalier). Selon ces différents professionnels du GROS, à long terme et *a fortiori* s'ils sont stricts et restrictifs, les régimes font grossir.

D'autres professionnels, n'appartenant pas au GROS, mais étant dans une démarche de prise en charge de l'obésité en adéquation avec les valeurs de l'ETP, sont également sensibles à cette problématique des régimes et mettent en garde les parents et les adolescents à cet égard :

> *Ici on ne fait pas de régime, on essaye de réapprendre à chacun à trouver ses propres besoins, par le travail sur les sensations alimentaires qui nous permet de retrouver ses propres besoins et ensuite l'équilibre alimentaire en parallèle a un objectif de bonne santé et non de perte de poids.* (Entretien, Mme Meyer, diététicienne, CSSR)

De manière générale, les centres hospitaliers, les centres CSSR comme les réseaux de santé insistent sur le fait que la prise en charge ne doit pas être perçue comme un régime et cela se retrouve également dans le corpus des documents médicaux que nous avons vu. En revanche, ce sont uniquement les professionnels du GROS qui insistent sur les conséquences « *dévastatrices* » de ces pratiques amaigrissantes, mais surtout qui se distinguent dans leurs pratiques sur la scène de l'ETP. Les professionnels du GROS n'hésitent pas à se positionner contre les discours traditionnels autour de l'alimentation véhiculés dans certaines prises en charge :

> *L'objectif du GROS était de promouvoir leurs méthodes, pour faire reculer les prises en charge plus conventionnelles de régime qui effectivement peuvent être dangereuses pour la santé et inefficaces.* (Entretien, M. Le Meur, Nutritionniste diététicien en libéral) ;
>
> *Parfois on vient contredire un discours que ces mères ont entendu dix ou quinze ans, comment on peut avoir plus de crédibilité que le médecin traitant qui a donné une liste d'aliments autorisés/interdits, ou qu'une diététicienne qui avait ce discours-là ?* (Entretien, Mme Delannoy, Psychologue, Centre Hospitalier)

Le Nutri-Score est un exemple pertinent de débat au sein de la scène spécialisée de l'obésité qui prend place durant notre enquête. Le Nutri-Score, adopté par arrêté ministériel en octobre 2017, découle de l'obligation d'information nutritionnelle introduite par la loi Santé de 2016. Il a pour but de compléter la composition des aliments — déjà obligatoire sur les aliments préemballés — par une note allant de « A » à « E » associé à un code couleur, sur la qualité nutritionnelle du produit.

La qualité nutritionnelle est déterminée selon la présence de sel, sucre, acides gras saturés, protéines, fibres et aussi les quantités de fruits, légumes ou légumineuses incorporées dans la recette. Il n'est pas rendu obligatoire pour l'instant à cause de pression de certains industriels de l'agroalimentaire. Fin 2019 seulement 30 % des industriels du marché l'ont adopté. Les industriels ne semblent pas avoir adhéré à cela et l'on comprend bien les enjeux soulevés : « On ne peut pas obliger les industriels à afficher l'indice sur les emballages du fait des règles européennes », explique Hercberg, président du Plan national Nutrition Santé qui a coordonné les travaux sur le Nutri-Score. La controverse est fortement présente concernant le Nutri-score. Selon les professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité, cette démarche ne fait qu'ajouter de la culpabilité et de la complexité dans les choix des mangeurs et entraîne un conflit permanent pour l'homme :

> *En plus maintenant on va avoir les repères vert orange rouge, de ce fait on va diaboliser encore plus l'alimentation. On en parlé la semaine dernière avec l'équipe, le bouillon de cube va être vert, car peu calorique, alors que finalement c'est mauvais pour la santé, car très salé. Donc le repère, est-ce un repère de sel, sucre, ou gras, on ne sait pas.* (Entretien, Mme Delannoy, Psychologue, Centre Hospitalier) ;

> *J'ai appris justement hier que finalement ça a été accepté, les logos vert orange rouge* […] *Il y a eu un combat assez long contre les industriels, mais finalement ça va être adopté, effectivement si l'on arrive au magasin et que l'on voit les produits rouges, on fait quoi ? on a le choix de ne pas l'acheter, de l'acheter... ça va être compliqué moi je pense* […] *à mon avis ça va rajouter cette culpabilité et ça va induire cette restriction cognitive.* (Entretien, Mme Meyer, Diététicienne, CSSR)

Les mères des adolescents posent régulièrement des questions aux professionnels sur le comportement à adopter face aux produits alimentaires étiquetés orange ou rouge, mais qu'ils ont l'habitude de consommer. Même si quelques professionnels se réjouissent que l'industrie agroalimentaire soit incitée à exposer certaines informations sur ses produits et espèrent que cela diminue l'impact du marketing publicitaire, généralement, le Nutriscore est surtout perçu comme un instrument qui va ajouter de la culpabilité au mangeur en diabolisant certains aliments. Le Nutriscore représente *in fine* à nouveau un levier pour responsabiliser les consommateurs, qui présume que le consommateur purement rationnel réalise les « bons » choix lorsqu'il est suffisamment informé.

4.3.3. La notion de « restriction cognitive » décomposée par la sociologie

Pour travailler cette notion de « restriction », les professionnels spécialisés dans l'obésité et attachés à la philosophie du GROS évoquent régulièrement un type d'exercice à prescrire au patient afin de déconstruire les « *idées reçues* » sur l'alimentation qui potentiellement perturbent le comportement alimentaire. Cet exercice est d'ailleurs visible au sein de l'ouvrage du Dr Zermati *Maigrir sans régime* (2004). Un extrait de l'entretien avec Mme Pérez est proposé ci-dessous:

> *La restriction cognitive ça vous connaissez. J'ai un exercice. Au lieu de manger le petit-déjeuner, on mange du chocolat, toute la semaine, si on aime ça bien sûr. Je calcule le besoin de la personne, et donc son équivalent en chocolat. Avec cet exercice, souvent les personnes ont perdu du poids, parce qu'ils n'ont pas pu manger tout ce chocolat tous les jours à la suite, donc ils ont apporté moins de calories que besoin, et finalement, le cerveau comprend que ce n'est pas le chocolat qui fait grossir, c'est qu'on le mange en plus, si on a mangé le chocolat quand on avait faim, mais que derrière on mange les haricots verts par bonne conscience, ce sont ces haricots qui vont nous faire grossir, c'est ça qui est en plus, pas le chocolat. "J'ai envie de manger du chocolat alors je mange une pomme, puis derrière je vais manger du chocolat parce que j'en ai toujours envie." La pomme est en trop.* (Entretien, Mme Pérez, Nutritionniste-diététicienne en libéral).

On peut citer un autre exemple qui revient à plusieurs reprises lors de notre enquête et qui est également exposé dans un ouvrage du Dr Zermati. Ci-dessous un extrait d'un entretien réalisé avec Mme Pérez :

> *Et un autre exercice aussi, on propose deux menus. Le premier se compose d'une salade de crudités, poisson-vapeur, ratatouille et yaourt 0 %. Le deuxième, salade de lentilles, poisson frit et mousse au chocolat. La question que je vous pose est : quel menu fait le plus grossir ? Vous pensez qu'en mangeant le deuxième vous allez plus grossir ? Vous avez la sensation que votre faim ne va pas être satisfaite, et que le plaisir aussi ne sera pas satisfait avec le premier menu ? Mais en même temps vous pensez que l'autre fait grossir donc c'est aussi une mauvaise émotion ? Donc aucun des deux n'est satisfaisant finalement pour vous ? Alors que tout ça, c'est une bonne nourriture. Maintenant, si vous imaginez que les deux menus apportent 750 calories chacun, lequel fait le plus grossir ? (silence) Alors pourquoi on pense que le menu n°2 fait grossir alors qu'on peut ajuster les calories dans les deux cas ? Si vous mangez quand vous avez faim le menu n°2 et que vous arrêtez quand vous n'avez plus faim, vous n'allez pas grossir ! Si vous faites une grosse assiette du menu n°1 parce que vous avez peur d'avoir faim après parce que vous avez une séance de sport dans la journée, vous allez plus*

> *grossir qu'avec l'autre menu. Parce que si on mange 1000 calories du menu n°1 et 500 calories du menu n°2, on maigrit plus avec le menu n°2. Donc ce n'est pas l'assiette qui importe pour la perte de poids.* (Entretien, Mme Pérez, Nutritionniste-diététicienne en libéral dans le Nord)

Si la restriction cognitive est un concept principalement mobilisé en psychologie, une explication sociologique à ce concept est tout à fait envisageable, dans l'optique de croiser les forces de deux disciplines. C'est le travail proposé de manière transversale dans cette thèse. Nous avons rencontré plusieurs adolescents, essentiellement des jeunes filles et leurs mères, qui sont désignées par les spécialistes de l'obésité comme étant prises dans des formes de restriction cognitive, c'est-à-dire un hyper contrôle suivi d'une perte de contrôle du comportement alimentaire. Différents éléments déjà analysés par la sociologie individuellement, pourraient être en cause dans l'apparition ou le maintien du phénomène de restriction cognitive. On pourrait citer à titre d'exemple l'anomie alimentaire, les discours nutritionnels à foison, contradictoires, la responsabilisation à outrance du comportement alimentaire, les médias et une morale qui prônent la minceur, le contrôle, le sport et l'alimentation pour sculpter son corps sur mesure et être en bonne santé, une santé non seulement physique, mais aussi mentale. Comme cela a déjà été souligné lors du propos introductif, s'agissant de perte de poids, d'alimentation, d'activité physique, chacun y va de ses conseils. La cacophonie nutritionnelle a pris une ampleur inédite, à tel point que certains parlent d'« infobésité » pour faire référence à la surcharge informationnelle dans laquelle nous baignons. Cette notion mérite doublement son nom quand l'information se focalise sur la thématique nutritionnelle (Baudry, 2017). Ce terme récent se rapproche bien des concepts d'anomie et cacophonie nutritionnelle, exposés dans le Chapitre 1 en soulignant la cohabitation de nombreux messages plus ou moins injonctifs, contradictoires et la perte des repères permettant de différencier les sources et de repérer parmi les messages les « vrais » des « faux ». Il est prouvé que si une information optimale est nécessaire pour prendre des décisions, la recherche de données supplémentaires aboutit généralement à une dégradation du processus décisionnel voire à une paralysie des capacités à faire le bon choix. Vient ensuite le risque de désinformation lié à la dégradation de la qualité de l'information. À partir d'un certain volume d'informations, il est difficile de repérer la bonne information. À ce propos, Kiefer (2019) s'interroge sur la nutrition, les études à son égard et le processus de production du savoir biomédical en s'appuyant sur Ioannidis (2005) à travers son article « Why Most Published Research Findings Are False » :

> Savez-vous quel est le sujet qui intéresse le plus les populations contemporaines et riches ? La nutrition. Et le domaine où se joue une importante part de l'économie,

> mais aussi de la géopolitique et de l'avenir environnemental ? La nourriture et ses filières. Et quel est le domaine qui représente le plus important déterminant de la santé, qui influence la survenue et le décours de nombreuses maladies, et même la longévité ? La nutrition. Et en même temps, quel est le domaine le moins sérieusement exploré par la science biomédicale, celui où s'expriment le plus de biais, de combines, de bidonnages, celui où les mensonges côtoient les semi-vérités, les savoirs hors contexte et les manipulations intéressées ? Le domaine, enfin, où se déchaînent des puissances marketing surarmées, où des salves quotidiennes de fake news sont lancées par des industriels prêts à tout — ou, sur un autre plan, par des mouvements plus ou moins commerciaux, plus ou moins sectaires, promettant bien-être et bonheur ? Eh oui : la nutrition, toujours. (Kiefer, 2019, p.804)

Cela est à rapprocher de plusieurs travaux sociologiques sur la gastro-anomie, la cacophonie alimentaire et le concept d'anomie alimentaire. En effet, en reprenant les travaux de Fischler (1979, 1993 et 1996) et Reynaud (1995), le sociologue Poulain (2009) considère que la cacophonie alimentaire serait la conséquence des phénomènes suivants :

> fluctuations et contradictions du discours diététique ; réductionnisme corporel de la vulgate médicale ; incapacité à contrôler les pratiques et les usages de la filière agroalimentaire, qui de vacherin en vache folle brouille la place de l'homme dans la nature et dans l'échelle des espèces animales ; crise des esthétismes culinaires, qui exacerbent l'opposition journalistique entre cuisine internationale et nationalisme alimentaire ; impérativité du modèle d'esthétique corporelle, qui pose une normalité décharnée et heurte de plein fouet la revendication au plaisir alimentaire (Poulain, 2002a, p.71).

La théorie de la modernité alimentaire de Fischler (1979) se caractériserait par trois phénomènes concomitants : une situation de surabondance alimentaire, la baisse des contrôles sociaux et la multiplication des discours sur l'alimentation. Elle aurait pour conséquences le bouleversement de nos comportements et donc dans une certaine mesure serait responsable du développement de l'obésité.

Cela pourrait constituer une explication sociologique à la notion psychologique de restriction cognitive. De plus, le culte de la minceur et l'injonction de règles diététiques majoritairement à destination des femmes, peut s'ajouter à l'analyse. Selon Régnier (2017) on pourrait parler d'une forme de régulation corporelle qui viendrait encadrer, contenir et réglementer le corps des femmes, en particulier à travers leurs pratiques alimentaires et d'activités physiques. Le régime amaigrissant est une pratique inégalitaire. Les femmes font ainsi plus souvent des régimes que les hommes et les personnes considérées médicalement comme obèses en font également bien plus que les personnes

de poids dit « normal » (Carof, 2015b). On peut également ajouter à cela l'impact de la distinction sociale. Pour les femmes des milieux les moins favorisés (et pour les plus jeunes), les restrictions alimentaires ne sont pas intégrées dans l'alimentation ordinaire mais prises au contraire comme une contrainte sur le court terme. Malheureusement, cela est fréquemment suivi d'une reprise de poids et donc d'une image très contraignante et négative à l'égard des régimes. Alors que dans les classes plus aisées, les femmes perçoivent le régime comme un « rééquilibrage alimentaire », une « hygiène de vie ». Elles critiquent la notion de régime restrictif et préfèrent faire attention de manière continue, sur le long terme. Elles limitent certains aliments plus qu'elles ne les interdisent (*ibid.* p. 216-217).

4.3.4. Quelle considération pour les facteurs sociaux dans l'accompagnement thérapeutique ?

Le Dr thiriet et Mme Pérez, deux professionnels dont les représentations diffèrent des autres, critiquent non seulement les régimes mais certaines autres prises en charge médicales qui parfois sont *« parasitées de cours sur l'alimentation, ou de cours sur les complications.*[155] *»* (Dr Thiriet, Médecin nutritionniste d'un Centre Hospitalier). Mme Pérez, diététicienne, lutte contre les professionnels spécialisés dans son propre domaine qui ont *« des discours basés sur l'équilibre alimentaire, la pyramide alimentaire, la gestion du budget avec des aliments sains et malsains. »* Elle décortique certaines recommandations que l'on peut observer dans le traité de médecine de l'obésité ou sur la scène médicale où une ETP dite « classique » existe. Les remarques de Mme Perez vont être exposées ci-dessous afin de montrer à quel point les pratiques peuvent varier et les professionnels peuvent interpréter les « normes » différemment :

> *- "le petit-déjeuner est primordial." Non. Il faudrait plutôt dire que le petit-déjeuner c'est bien, il faut le manger si vous avez faim, ça change tout, c'est différent de "il faut prendre le petit-déjeuner". Je ne dis pas qu'il ne faut pas le prendre, mais il faut voir quel effet il fait et à quel moment. Si l'enfant se lève à 10 h et que la famille mange à 12 h il ne peut pas petit-déjeuner de la même manière qu'à 7 h du matin avant d'aller à l'école. Et ça, vous ne le voyez pas dans le discours de l'hôpital.*
>
> *- "le déjeuner doit être suffisant et toujours comporter une entrée, un plat un dessert". On vous donne ça à l'hôpital. Vous l'avez vu je suis certaine. Le schéma d'une assiette divisée en trois avec : VPO (viande, poisson ou œuf), légumes et*

[155] Les « complications » désignent les problèmes de santé engendrées par l'obésité. En effet c'est une thématique abordée systématiquement avec les jeunes et parents lors des prises en charge observées.

féculents. Vous avez aussi une entrée souvent de crudités, un dessert avec des fruits, un yaourt nature et de l'eau, et éventuellement du pain, sauf si les féculents sont dans l'assiette. Et donc c'est quelque chose de figé. Doit-on se comporter comme ça dans la vie ? Mais c'est une punition ! Votre liberté à s'alimenter elle est cassée. Cela n'a pas de sens.

- "le déjeuner sera d'autant plus copieux qu'il permettra de ne pas trop manger le soir". Mais c'est l'inverse de la culture française où on mange plus le soir, parce que la sociabilité est importante, il ne faut pas négliger cela.

- "la base du repas le soir reste les légumes". On ne leur dit pas comment faire, choisir en fonction de la saison, comment se faire plaisir, et la première représentation des légumes en plus c'est que c'est trop cher ou qu'on a autre chose à acheter que des légumes qui sera plus nourrissant et à moindre prix. (Entretien, Mme Pérez, Nutritionniste-diététicienne en libéral dans le Nord).

Les discours que Mme Perez remet en question dans cet extrait sont pourtant fortement présents lors de nos observations sur la scène médicale de l'ETP dite « classique ». Ces oppositions dans les discours se reflètent lors de leurs pratiques, comme nous le verrons lors de la Partie 4 de la thèse.

Ces deux professionnels critiquent également l'industrie agroalimentaire, le marketing et la non-prise en compte du facteur social dans de nombreux accompagnements thérapeutiques. Ci-dessous un extrait de l'entretien avec le Dr Thiriet :

Il y a plein de gens de bonne volonté. Sauf que leur fonction, leur rôle, c'est le poids, donc c'est l'alimentation, c'est l'activité physique. Quand ils disent qu'ils s'intéressent à la psychologie, c'est surtout "pourquoi tu manges ?". Alors que c'est un sujet annexe. À quel moment on regarde l'ensemble et on place la question du poids dans cet ensemble ? L'ensemble est mis en annexe et le poids est mis au centre et on dit à l'adolescent : "c'est ça qui est important". […] *Tu récupères la question de l'alimentation, de l'activité physique une fois que tu es passé par là. Si tu rentres directement là, c'est pauvre, tu braques, et cela induit plein de choses, les gens se sentent jugés. Car quand tu commences à dix ans ou à douze ans avec ce genre de conversations sur le poids, tu comprends que tu n'as que des coups à te prendre dans la vie. Si tu as le malheur de dire que tu grignotes, mais qu'est-ce qu'elle va dire la diététicienne ? Elle va te dire qu'il faut arrêter de grignoter. Super ! Alors le patient se dit "J'ai compris, j'arrête de dire ça. Ça induit plein de choses…" Ou alors il dit "j'avoue je grignote, je n'ai pas de volonté." Je les vois dix ans plus tard moi ces jeunes quand ils sont adultes, ils disent : "Je n'ai pas de volonté et je n'y arrive pas parce que je suis nul." Et on rame pour rattraper ça… Ou alors ils disent : "Je ne mange rien, on m'a dit qu'il fallait que je perde du poids alors je ne mange rien" ou encore "Je serais tellement mieux si je perdais du poids."* […] *C'est d'une débilité de tout rapporter au poids ça brouille tout ! Ça stigmatise, ça brouille tout. C'est un facteur aggravant* […] *On se focalise sur le poids en y mettant une santé publique*

> *individualisante à l'image du fameux "manger 5 fruits et légumes par jours" sans toucher à l'environnement alimentaire, les publicités !* […] *Donc d'un côté on fait de la publicité, mais d'un côté on dit aux gens de faire attention. C'est à devenir fou. On a une société qui se met à pousser des cris d'orfraie sur l'obésité, mais en revanche les particules fines, la pollution de l'eau, les pesticides… Tout va bien. On pourrait hiérarchiser les enjeux de santé de ce point de vue là, on pourrait parler de la précarité sur la santé. Il y a des études qui sont faites. Être pauvre ça tue. C'est sur l'obésité que les projecteurs sont. On peut se poser des questions sur l'hystérie de cette problématique par rapport aux autres.* (Entretien, Dr Thiriet, Médecin nutritionniste, Centre Hospitalier)

Le discours du Dr Thiriet est atypique, il remet en question certains de ses collègues qui ont tendance à psychologiser à outrance les comportements alimentaires et provoqueraient de la culpabilité chez le patient à long terme. Il en vient ensuite à remettre en question les politiques de santé publique trop individualisante et l'industrie agroalimentaire. Le Dr Thiriet est fils d'enseignants communistes syndicalisés à la CGT. Il bénéficie déjà d'un capital culturel et politique important lorsqu'il commence ses études de médecine. Il adopte progressivement un positionnement critique à l'égard du pouvoir médical et peaufine son positionnement professionnel et politique, sous l'influence de différentes personnes notamment son oncle. Ce dernier est un ancien médecin devenu grand ponte de la sécurité sociale, qui fait pour lui figure de « *modèle* » pour sa vision systémique des questions de santé et qui, le premier, lui a fait entendre un discours très critique sur le pouvoir médical. Sa pratique s'inscrit au-delà du précepte « mangez à votre faim et à votre satiété » porté notamment par le GROS. Son discours révèle l'existence d'une certaine ambiguïté au sein du GROS : l'idée de perte de poids demeure un objectif implicite et la bienveillance ainsi que la lutte contre la stigmatisation un moyen pour y parvenir. Or, selon le Dr Thiriet, la perte de poids ne doit pas être objectif, encore moins une direction à suivre.

Mme Pérez évoque les différents « *stratagèmes* » utilisés par le marketing de l'industrie agroalimentaire selon elle :

> *Regardez* [elle montre un document réunissant diverses photos de publicités et produits alimentaires] *: on nous vend d'avoir du plaisir immédiatement, quand on n'est pas bien, qu'on n'a pas le moral, la glace magnum nous réconforte. Quand on va mieux, pour faire plaisir à tout le monde, pour faire partie d'un groupe, on mange des apéricubes. Ce sont des produits ciblés pour ça, ils vendent pour cela. Une étude est faite, on sait comment attaquer la cible. Ils vont plus vite que vous en sociologie* […] *et les nutritionnistes quand ils bossent pour les industriels ils savent comment satisfaire le goût, c'est la manipulation du goût. Avant je pouvais dire aux patients "n'achetez pas de la soupe en brique, les vôtres seront*

meilleurs" mais aujourd'hui ce n'est plus forcément vrai, ils manipulent artificiellement le goût, ils gardent ces informations pour la production pour l'industrie, pas pour le CNRS. Et pour faire plaisir à sa chérie, on achète des chocolats "mon chérie". Ensuite ils vont plus loin, ils font la promotion du fait de "s'accepter comme on est" et la dernière publicité au Mc do c'est exactement cela, avec leur slogan "venez comme vous êtes", on est dans l'émotionnel, l'affectif, le social, ça n'a plus rien avoir avec l'assiette. Il y a aussi le côté "assurez sur tous les tableaux" qui cible les femmes qui travaillent qui n'ont pas de temps, mais qui vont être une bonne maman, et vont plaisir aux enfants, il y a plein de produits ciblés, comme la purée mousseline, le hachis parmentier surgelés. » (Entretien, Mme Pérez, Nutritionniste-diététicienne en libéral).

Pour conclure, si l'obésité est une thématique prioritaire pour les politiques de santé publique du Nord et Pas-de-Calais, les professionnels évoquent tout de même de nombreuses difficultés auxquelles ils font face dans l'organisation de l'offre de soin notamment en matière de coordination, visibilité et communication entre structures. Nous avons perçu les différentes cultures professionnelles qui s'affrontent sur la scène de l'ETP, des discours qui valorisent le rééquilibrage alimentaire, d'autres qui sont anti-régime, des discours qui veillent à responsabiliser et d'autres qui veillent à déculpabiliser. Ce sont trois profils distincts qui se dessinent : les professionnels qui s'appuient majoritairement sur une ETP « classique », ceux qui intègrent les valeurs portées par le GROS, et enfin, deux professionnels atypiques qui ajoutent aux recommandations de l'ETP et du GROS, une réflexion sur le rôle des facteurs sociaux de l'obésité et sont plus critiques à l'égard du rôle de l'industrie agroalimentaire, du marketing et n'hésitent pas à critiquer un certain nombre d'accompagnements. Les pratiques de ces différents professionnels seront approfondies dans notre Partie 4 lorsqu'il s'agira d'analyser au plus près l'impact dans la trajectoire de l'adolescent des interactions sociales et rapports sociaux entre professionnels, adolescents et parents.

Partie 3 — Des portraits singuliers et des problématiques récurrentes

Cette troisième partie, centrée sur la sphère familiale, permet de rompre avec la vision institutionnelle de l'obésité précédemment exposée dans la deuxième partie, pour comprendre la manière dont les adolescents vivent leur obésité. Les observations et entretiens réalisés auprès des adolescents et leurs parents sont complémentaires aux données statistiques de répartition de l'obésité énoncées en propos introductifs : ils permettent de mettre l'accent sur la dimension proprement sociale des comportements. En effet, une multitude de problématiques gravitent autour des jeunes en obésité et leurs parents. Le matériau qualitatif permet d'analyser la complexité des interdépendances entre les facteurs explicatifs identifiés de manière plus ou moins isolée par l'analyse statistique, les spécificités et récurrences des situations et trajectoires, les contextes sociaux dans lesquelles s'inscrivent ces portraits, les tactiques des adolescents et leurs parents pour s'approprier les normes, les contourner, s'en accommoder et l'expérience de la maladie.

Il existe peu de travaux sociologiques sur les personnes en obésité, encore moins sur les adolescents et encore moins centrés sur leur propre expérience. Nous sommes face à une certaine méconnaissance de leurs histoires de vie, que cela soit en sociologie ou plus largement dans l'univers scientifique comme dans la sphère publique, les médias, les politiques, le secteur associatif, militant, etc. Il s'agit dans cette partie de donner au lecteur un accès plus direct aux données de terrain et d'incarner davantage les adolescents et leurs parents en mettant à l'honneur le concept d'*expérience* de la maladie.

La troisième partie se divise en deux chapitres complémentaires. Au sein du Chapitre 5, deux portraits de familles sont discutés permettant de saisir finement l'entrelacement du biologique et du social incorporés. Le Chapitre 6 analyse les problématiques des adolescents et de leurs parents, qui se présentent de manière récurrente d'une famille à l'autre. Il s'agit principalement de rendre visibles les inégalités sociales de santé et de dépeindre les épisodes de stigmatisation.

Chapitre 5 — Mettre en mots « *le social à l'état incorporé* » à travers des tableaux de familles

C'est notamment à travers des portraits singuliers que nous pouvons finement exposer la manière dont l'ensemble des éléments macrosociologiques se révèlent et prennent forme à une échelle microsociologique. Nous faisons dialoguer une vision macrosociologique grâce aux données statistiques de répartition de l'obésité que nous avons vu et une vision plus microsociologique pour éclairer la façon dont ces inégalités de répartition s'observent à travers des trajectoires singulières. Ce Chapitre illustre notamment le concept de processus cumulatif d'inégalités (Aïach, 2004) :

> La plus grande part de l'explication des écarts de santé est à chercher dans l'accumulation des désavantages/ avantages sociaux et psychologiques qui vont participer tout au long de la vie à la production d'états de santé différentiels et qui vont s'exprimer dans l'apparition plus ou moins précoce des maladies, dans leur évolution plus ou moins grave et dans la survie différentielle une fois qu'elles se sont déclarées. (Aïach, 2004, p.39)

Chaque individu est également perçu comme le dépositaire de manières de penser, de sentir et d'agir qui sont les produits de ses multiples expériences socialisatrices. Ce travail nous invite à renoncer au mythe du libre arbitre pour faire apparaître les forces et contre-forces, internes (dispositionnelles) comme externes (contextuelles), auxquelles chacun est soumis et qui déterminent les comportements et les attitudes. En cela, ce Chapitre s'inspire de l'approche de Lahire :

> L'intérêt que j'ai éprouvé, dès les premières années de mon parcours scientifique, pour la théorie de l'habitus m'a progressivement conduit à forger la conviction selon laquelle il est nécessaire d'examiner le monde social à l'échelle des individus. L'idée qu'il existe un social (ou une histoire) à l'état incorporé, sous la forme de dispositions à agir, à croire, à sentir, etc., me paraît fondamentale lorsqu'on entend rendre raison des pratiques ou des comportements. (Lahire, 2013, p.11)

Revenons à cet exercice particulier de l'écriture de portraits de famille. Un véritable protocole est appliqué pour rendre compte de ces tableaux de familles, que le chapitre méthodologique n'a pas entièrement dévoilé. L'exercice du portrait, choix particulier d'écriture sociologique, est un exercice demandant rigueur (Lahire, 1995, p.48) et guidé par des exigences fondamentales et diverses dont nous nous sommes inspiré. D'une part, il repose sur des données. Les tableaux exposés dans ce

chapitre s'appuient, en effet, sur des données multiples comme des observations sur la scène médicale et des entretiens biographiques sur la scène familiale. Ils se construisent en croisant différents regards[156] : le regard des professionnels avec lesquels nous avons échangé, officiellement ou non, le regard des adolescents et celui de leurs parents. Les convergences ou contradictions émanant des discours des différentes personnes, dans différents contextes, nous permettent de reconstruire progressivement le tableau de famille. D'autre part l'exercice du portrait fait clairement apparaître le contexte de production de ces données. Nous allons, ainsi, contextualiser les entretiens c'est-à-dire qu'« un entretien se déroule toujours dans un lieu et à un moment donné. Le sens des paroles recueillies est strictement dépendant des conditions de leur énonciation. L'entretien ne prend sens véritablement que dans ce « contexte » immédiat. C'est en effet à lui que font référence les mots utilisés. » (Beaud & Weber, 2010, p.218). Il faudra alors analyser les relations d'enquête (*ibid.* p.219), le déroulement de l'enquête (*ibid*. p.221) et le déroulement de l'entretien (*ibid.* p.224). Ces éléments apparaîtront au fil de chaque portrait de familles.

L'idée est de créer des portraits de configuration au sens de Lahire (1995, 2002), c'est-à-dire en ne dénouant pas les faits, mais en les entrelaçant à l'image, finalement, de la complexité des causes et conséquences de l'obésité. Pour cela, des portraits seront exposés non par thème mais par adolescent. Le portrait de deux familles du Nord de la France sera dévoilé. La première partie sera focalisée sur la famille Leroy habitant dans la ville de Dunkerque (5.1). La seconde partie sera centrée sur la famille Lefebvre habitant dans le village d'Éringhem (5.2). Les portraits mettront en avant particulièrement deux adolescentes et leurs mères. La première jeune fille, Emma Leroy, a un long parcours d'accompagnement sur la scène médicale en ce qui concerne son poids, alors que la seconde, Camille Lefebvre, n'est entrée que récemment dans un processus de prise en charge médicale. Chaque portrait débutera par une première partie sur le contexte de collecte des données. Cela est l'occasion de faire une description de certains moments clés ayant lieu sur la scène médicale, de mettre en lumière les interactions et rapports sociaux entre parents et professionnels et aussi, de donner un aperçu réel des relations qui se sont jouées entre les enquêtés et l'enquêtrice. À l'issue du travail de contextualisation, les tableaux de famille seront composés de plusieurs parties exposant des thématiques essentielles qui sont propres aux adolescents et à leurs parents.

[156] Sans négliger aussi le regard de l'enquêtrice, qui malgré une envie de tendre vers une posture neutre, a forcément un impact sur la description du portrait.

5.1. Portrait de la famille Leroy

Le premier portrait dévoilé est celui d'une famille de Dunkerque en grande précarité composée d'une fratrie de sept enfants, cinq filles et deux garçons. Ils habitent au sein d'un appartement à Malo-les-Bains, un quartier de Dunkerque à caractère résidentiel et balnéaire, situé le long de la mer du Nord, à l'est de la ville. La population du quartier est assez nombreuse, 16 572 habitants sont recensés en 2015, pour une densité de 4 407 hab./km².

Les parents sont mariés et ont une quarantaine d'années chacun. La mère revendique appartenir à une classe sociale « populaire », pour reprendre ses propres termes, et constate que cela a des répercussions sur le déroulement de ses interactions avec les professionnels au sein du milieu sanitaire et social notamment la façon dont on s'adresse à elle. Elle se sent constamment jugée voire parfois rabaissée. Les parents sont bénéficiaires de la Couverture Mutuelle Universelle (CMU). La fratrie se compose de Valentine 18 ans, Camille 17 ans, Emma 16 ans, Chloé 12 ans, Anaïs 10 ans, Ludovic 9 ans et Loïc 8 ans. Au sein de cette fratrie, trois adolescentes (Camille, Emma et Chloé) sont en obésité. Les parcours de santé sont conséquents pour chaque jeune. De professionnel en professionnel, les démarches réalisées dans le domaine du social comme de la santé sont fréquentes et rythment le quotidien familial. La mère comme les adolescentes ont d'ailleurs développé un langage médical technique et des connaissances importantes du système hospitalier et des pathologies en général. Le père, absent de la scène médicale au moment des entretiens et observations, est également pris dans de multiples soucis de santé (obésité, diabète, cholestérol, etc.). La mère orchestre seule tout ce qui est relatif à la santé « au sens large » de ses enfants. Le portrait de la famille Leroy sera davantage centré sur Emma et sa jeune sœur Chloé, ainsi que leur mère puisque ce sont les trois membres de la famille auxquels « j »'ai[157] eu accès, que cela soit lors des entretiens comme des observations.

5.1.1. Rencontre avec Emma, Chloé et leur mère

Le tableau de ces dunkerquois repose sur des entretiens comme des observations et croise le regard de différents professionnels, de la mère et des deux adolescentes : Chloé et Emma. Chloé, la plus

[157] Nous préférons utiliser le « Je » méthodologique dans ce chapitre à certains moments où la position en tant qu'enquêtrice ne peut pas être rendue invisible.

jeune des deux sœurs, est assez réservée face aux professionnels et sa parole sera moins exposée que celle d'Emma, qui s'est davantage dévoilée lors de notre entretien biographique.

Il s'agit maintenant de développer les trois différents moments durant lesquels j'ai recueilli les données principales utiles à la rédaction du portrait de famille : une observation à l'hôpital, une observation en centre spécialisé et un entretien biographique.

5.1.1.1. Observation de Chloé à l'hôpital

Je rencontre deux membres de la famille Leroy, une première fois, lors d'une journée d'observation réalisée à l'hôpital C au début de l'année 2018. Chloé Leroy, âgée de 12 ans vient à l'hôpital accompagnée de sa mère dans le cadre d'une journée de bilan multidisciplinaire pour son poids. Chloé a été orientée à cette journée sous les conseils du médecin traitant de la famille. Cela représente sa première expérience avec le milieu médical en ce qui concerne son poids. Ces journées sont l'occasion pour un petit nombre de jeunes (4 à 5) de réaliser un bilan sur leur poids avec différents professionnels : médecin pédiatre, éducateur médico-sportif, infirmière, psychologue et diététicienne. J'accompagne cette même famille durant plusieurs entretiens : avec la pédiatre endocrinologue, l'éducateur médico-sportif puis la psychologue.

Lors de la consultation endocrinologique, le Dr Thomas, une pédiatre endocrinologue, s'adresse autant à Chloé qu'à sa mère. Elle commence par questionner la mère sur les antécédents familiaux, autrement dit, sur l'état de santé des parents et grands-parents (diabète, cholestérol, obésité). Elle s'intéresse ensuite à la période de la grossesse de la mère en questionnant différents éléments : tabac, allaitement, alimentation fait maison ou non, etc. Elle regarde le carnet de santé de la jeune fille pour faire un premier bilan sur la courbe IMC. Elle constate que la courbe augmente de manière soudaine à l'âge de quatre ans et questionne alors la mère et la fille sur cette période de leur vie. L'entrée à l'école semble être un événement ayant particulièrement « *perturbé* » Chloé qui a dû faire sa rentrée scolaire de manière progressive. Le Dr Thomas explique ensuite ce que signifie l'obésité, à la mère comme à l'adolescente. La pédiatre aborde notamment la thématique du sommeil[158]. Elle ne manque pas de signifier à la famille que Chloé dort que trop peu de temps pour son âge et que les conséquences peuvent être nombreuses notamment sur le poids et l'apprentissage

[158] On verra dans le portrait suivant que cette thématique sur le sommeil est également évoquée par une autre professionnelle, d'un autre institut. Ces deux professionnelles ont assisté à la même conférence quelques jours auparavant centrée justement sur le sommeil et l'obésité.

scolaire. Le Dr Thomas demande à Chloé si elle ressent déjà des complications physiques. La mère évoque alors les différents soucis de santé de l'adolescente mais également ses difficultés scolaires. Le docteur fait ensuite le point, brièvement, sur ses activités physiques et sportives, puis, sur son alimentation, ses habitudes. La pédiatre marque son étonnement face aux réponses de la mère et ne manque pas de le faire comprendre. La mère explique les difficultés qu'il existe au domicile, ce qu'elle tente de mettre en place, mais qui ne fonctionne pas et enfin, le cercle vicieux dans lequel se trouve sa fille.

Lors de la consultation suivante, avec l'éducateur médico-sportif, l'ambiance semble plus détendue qu'avec la pédiatre, bien que l'adolescente reste particulièrement discrète et gênée. Ce professionnel est âgé d'une vingtaine d'années. L'objectif de cette consultation pour l'éducateur est de poser différentes questions afin de comptabiliser toutes les activités, physiques et sportives et les temps d'inactivité. Cela lui permet de « *calculer si la balance est équilibrée* ». Même si le professionnel s'adresse à Chloé, souvent, face au silence de cette dernière, la mère est contrainte de prendre la parole. C'est quelque chose de récurrent au sein des familles observées. Pour débuter, il demande une petite présentation générale. Une deuxième fois, la mère présente Chloé, son âge, sa classe, etc. Ensuite, les questions autour des dépenses physiques sont abordées : comment le trajet est-il réalisé pour aller et revenir de l'école ? Est-ce qu'il y a des escaliers dans la maison ? Est-ce qu'elle participe au ménage ? Est-ce qu'elle fait du sport, à l'école, en dehors ? Quelles sont les occupations de la famille le week-end ? Est-ce qu'elle participe aux courses ? Est-ce que la famille fait des balades au parc ou à la piscine ? Toutes ces questions ont pour objectif de cerner les temps d'activité même les plus courts. Le professionnel considère en effet que quand l'adolescent participe aux tâches ménagères, cela relève de l'activité physique, « *c'est un instant de plus où le jeune n'est pas inactif et où il se dépense* » dit-il. Il fait ensuite le bilan de toutes les activités sédentaires : temps passé devant la télévision, sur la tablette et le téléphone. Il conclut la séance par quelques tests d'aptitudes physiques et enfin, quelques conseils adéquats à mettre en place dans le quotidien.

La séance suivante avec la psychologue semble celle où Chloé est la plus à l'aise. Même si elle est toujours effacée et la tête baissée, elle est plus souriante. La psychologue la questionne sur ses motivations à venir à cette journée bilan. Elle essaye de comprendre si le poids est un problème pour la jeune fille, notamment dans ses relations à l'école, ou si c'est uniquement une décision de la part de la mère. Elle essaye d'évaluer les conséquences psychologiques que le poids pourrait avoir

engendrées, comme les moqueries à l'école et inversement, les causes psychologiques pouvant être responsables de l'excès de poids. La jeune adolescente reste néanmoins majoritairement silencieuse. La professionnelle pose beaucoup de questions similaires à ses collègues comme les questions relatives à la fratrie, ou à la scolarité. Finalement, l'entretien sera vite clôturé, la psychologue ne souhaitant rien imposer à la jeune, qui ne lui semble pas prête à s'engager dans une démarche concernant son poids[159].

J'assiste en fin de journée au moment de la synthèse entre professionnels, appelée RCP. Les éléments évoqués seront surtout autour de la précarité de la famille Leroy. Ces représentations de la famille reposent notamment sur des jugements liés à l'apparence physique. Les professionnels semblent inquiets pour la suite face à ce « *manque de prise de conscience* » de la part de Chloé. La diététicienne évoque également la non-prise de conscience de la mère du décalage qu'il existe entre la manière dont la famille se nourrit et la « *norme* » qu'il faudrait appliquer. L'attitude du père est également évoquée, comme un « *problème* » dans l'image qu'il renvoie aux enfants puisqu'il refuse de se soigner malgré tous ses problèmes « graves » de santé. Les professionnels décident alors simplement de lui proposer dans un premier temps de revoir le Dr Thomas dans trois mois à l'hôpital et d'intégrer un programme d'ETP spécialisé pour la prise en charge d'enfants et adolescents en obésité, au sein d'un réseau de santé mais seulement lorsqu'elle sera prête.

Tout au long de cette journée, je partage avec Chloé et sa mère un moment privilégié, dans le sens où j'ai accès à plusieurs rendez-vous avec les professionnels. La mère se répète souvent d'un entretien à l'autre puisqu'il existe un certain nombre de questions communes aux professionnels. Il arrive ainsi fréquemment qu'elle commence à répondre au professionnel en me regardant, en me souriant puis en disant au professionnel « *comme je l'ai expliqué déjà juste avant à votre collègue…* » La mère semble accepter ma présence, et même, m'inclure dans les échanges entre elle, sa fille et les professionnels. En revanche, Chloé est assez effacée lors des entretiens. Elle répond par des phrases courtes aux professionnels et se dévoile assez peu. Elle semble intimidée par tout le monde. À ce stade de l'enquête de terrain, comme le montre le récit de cette journée de bilan, je n'ai eu que peu d'éléments sur Chloé.

5.1.1.2. Observation d'Émma en centre spécialisé

[159] C'est ce qu'elle me dira à la fin de la consultation une fois que la mère et Chloé quittent la pièce de la consultation.

Quelques jours plus tard, lors d'un autre temps d'observation, dans un autre contexte, une autre ville, je retrouve cette même famille mais cette fois il ne s'agit pas de Chloé, mais de sa grande sœur Emma, âgée de 16 ans. Elle est accompagnée de sa mère. J'assiste alors à une consultation qui se déroule non plus à l'hôpital C mais dans le centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) B avec l'infirmière référente de la prise en charge de l'obésité des adolescents, Mme Andreas.

Contrairement à Chloé, ce n'est pas sa première expérience avec le milieu médical concernant son poids. Emma est en effet déjà suivie régulièrement pour son poids par une pédiatre, le Dr Thomas, au sein de l'hôpital C. Précisions que si j'ai rencontré cette famille à maintes reprises, je peux en dire de même pour le Dr Thomas. Plus tôt dans l'année, j'avais réalisé un entretien semi-directif avec ce médecin et j'avais eu l'occasion de l'observer à plusieurs reprises durant des réunions entre professionnels et des consultations individuelles avec les jeunes et leurs parents. En effet, en plus de réaliser des consultations de suivi, le Dr Thomas prend part aux journées de bilan multidisciplinaire de l'hôpital C, auxquelles j'ai assisté à plusieurs reprises, dont celle où Chloé était présente. C'est donc ce médecin qui, ne voyant plus d'évolution dans le suivi d'Emma, l'a orienté « *en urgence* » dans le centre spécialisé B, dans le but qu'elle y intègre un séjour spécialisé prochainement. Ces structures SSR permettent d'offrir aux adolescents une prise en charge multi professionnelle associée à une scolarité dans le cas de séjours prolongés. Lors de cette consultation spécialisée, la mère me reconnaît aussitôt et semble plus à l'aise que lors de la journée bilan effectuée à l'hôpital C pour Chloé. L'infirmière référente qui anime l'entretien, Mme Andreas, essaye de mettre la famille à l'aise. Cette professionnelle ne m'est également pas inconnue. J'ai effectué plusieurs entretiens avec elle, interrogé plusieurs de ses collègues du centre SSR B et observé différentes consultations individuelles et réunions à ses côtés. De manière générale, elle est grandement appréciée des parents et adolescents. Ces derniers la décrivent généralement comme « *plus accessible* », ou encore « *plus proche* » d'eux. Lors des présentations entre la mère et l'infirmière, au moment où la mère énumère l'ensemble des sept membres de la fratrie, Mme Andreas réagit avec un grand sourire en disant : « *félicitations madame* ». Il commence alors à s'établir un lien de confiance dans l'interaction, la mère ayant normalement l'habitude de faire face à des critiques au sujet de sa famille nombreuse. Il semble se jouer quelque chose de plus familier que ce que j'ai pu observer précédemment en centre hospitalier C. Emma Leroy accorde progressivement sa confiance. Elle n'hésite d'ailleurs pas à faire une remarque à l'infirmière au sujet du Dr Thomas. En effet, selon elle, la pédiatre s'est trompée sur son poids dans ses rapports : elle a écrit que l'adolescente pesait 120,6 kilos lors d'une consultation de suivi et quelques mois plus tard, elle a été étonnée de constater que la jeune avait

pris 6 kilos. Emma, vexée par cette erreur, veut rectifier cela. Son poids n'a pas bougé depuis plusieurs mois affirme-t-elle. Elle a toujours fait 126 kilos et non 120,6 kilos. Il faut savoir que dans le cas de l'obésité chez l'adolescent en fin de croissance l'objectif est avant tout de stabiliser le poids et ensuite éventuellement d'en perdre très progressivement. La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire pour l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse. Emma est ainsi heureuse de pouvoir affirmer que son poids se stabilise enfin.

L'infirmière débute l'entretien en questionnant la famille sur la composition de la fratrie et sur la présentation générale d'Emma dans le but de tisser un premier lien. Elle demande notamment quels sont les motifs de leur présence. Elle questionne ensuite les antécédents familiaux et les différents soucis de santé de la jeune. C'est avec humour que la mère et la fille finiront par évoquer l'accumulation de tous les problèmes. Elles enchaînent à tour de rôle l'énumération des maladies et des examens hospitaliers réalisés par Emma. Elles sont vives et semblent avoir l'habitude d'échanger sur ces sujets. La professionnelle, dans l'intention de dédramatiser, participe à rendre l'ambiance plus légère : « *oh mais doucement je ne vais pas assez vite pour noter tout ce que vous me dites* […] *oh, mais attendez, je n'ai même pas assez de place sur ma feuille pour noter tout ça moi* ». Après avoir évoqué la santé, l'échange s'oriente vers le harcèlement scolaire subi par Emma. La professionnelle en profite pour questionner la scolarité. Elle aborde ensuite les questions relatives aux activités physiques et sportives, aux loisirs, au sommeil, à l'alimentation. Finalement, les questions seront similaires à l'entretien de Chloé avec la pédiatre, à la différence qu'Emma, plus âgée, se dévoile davantage et que la famille semble beaucoup plus proche de l'infirmière qu'elle ne l'était avec le médecin, pédiatre.

5.1.1.3. Entretien biographique de la famille Leroy

Lors d'un troisième temps, je réalise un entretien biographique de la famille en présence d'Emma et sa mère. Chloé est absente. L'entretien se déroule dans un bureau du centre SSR, la mère ayant refusé que l'interview soit à son domicile. Tout d'abord, la mère dira qu'il est « *très compliqué* » pour elle d'accepter un rendez-vous à la maison. Sans trop en dire, elle semble gênée de m'affirmer cela et de ne pouvoir satisfaire ma demande. Je sens que cette réponse n'est pas une manière déguisée de refuser mon entretien mais que quelque chose relève de l'intime. À cet instant, au vu des observations déjà réalisées, je suppose que les conditions de précarité dans lesquelles la famille semble vivre sont un frein à me recevoir. Le domicile constitue une entrée dans leur vie privée que

la mère ne semble pas prête à accepter et qu'il faut respecter. Pour autant, elle ne semble pas complètement fermée à s'entretenir avec moi, au vu de la relation qui s'est progressivement nouée entre nous lors des précédentes observations. Je comprendrais par la suite au fil de l'entretien ce qui a freiné réellement la mère à me recevoir à son domicile. Elle est en effet en perte de confiance face aux institutions et aux professionnels du médical et du social. Les parents ont fait l'objet de signalement pour maltraitance auprès de leurs enfants. Cela n'est pas un cas isolé dans nos observations. Cet épisode stigmatisant et vécu comme « *injuste* » et a marqué toute la fratrie. Accepter de me laisser entrer dans l'espace du domicile semble mettre la mère non seulement mal à l'aise, mais cela semble également raviver de mauvais souvenirs d'intrusion dans leur domicile. Je propose alors d'effectuer l'entretien biographique au sein du centre spécialisé B et de coupler ce moment avec une consultation déjà planifiée entre Emma et Mme Andreas. La mère enchaîne les rendez-vous médicaux et sociaux. Elle semble débordée par toutes les démarches effectuées pour ses sept enfants, presque quotidiennement. Soulignons néanmoins qu'elle ne s'en plaint jamais, cela lui semble « *naturel* » et « *normal* » dit-elle. Proposer l'entretien biographique à la suite d'une consultation au centre SSR permet ainsi d'arranger cette mère de famille en termes de gestion du temps. La mère a tout de suite accepté cette proposition. Mme Andreas comme le reste des professionnels de la prise en charge ont également accepté de mettre à notre disposition un bureau durant ce temps.

J'ai tissé des liens de confiance avec cette mère, pourtant très méfiante face aux professionnels lors de la première rencontre à l'hôpital C. Le lien de confiance avec Emma s'est également tissé au fil de l'entretien biographique. C'est une adolescente en souffrance, ayant vécu plusieurs épisodes de harcèlement. Elle commence l'entretien biographique en étant sur ses gardes, en répondant par de courtes phrases, craintive face au jugement que je pourrais faire, puis elle finit par s'ouvrir, se confier, exprimer de nombreuses émotions et même me remercier en fin d'entretien pour mon « *écoute* » et ma « *compréhension* ». On pourrait presque dire qu'une « relation thérapeutique » (Beaud & Weber, 2003. p.220) s'engage avec la mère et l'adolescente en fin d'entretien. Elles me confient leurs souffrances, les échecs de prise en charge, la stigmatisation de certains médecins, les insultes au collège, les jugements sur leurs condtions de vie précaire, etc.

5.1.2. Portrait des parents et de la fratrie Leroy

5.1.2.1. Division sexuelle du travail parental de soins domestiques de santé

La mère possède un BAC SMS (Sciences et techniques médico-sociales) et un DEUG en lettres. Elle se décrit comme mère au foyer au moment de l'entretien et depuis de nombreuses années. Elle passe beaucoup de temps à s'occuper des soins domestiques de santé. Elle est en obésité, souffre d'une fibromyalgie et fait parfois des crises de spasmophilie. Le père a été au lycée professionnel puis a rapidement travaillé au sein d'une usine sidérurgique. Il ne travaille plus depuis plusieurs années puisqu'il est en train de constituer un dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) afin d'avoir une reconnaissance handicapé notamment à cause de son poids. Ce père de famille n'arrive en effet plus à marcher ni à porter d'éléments. Il a des vertiges fréquemment. Il est en considéré en « obésité morbide » d'après les catégories IMC et pèse 125 kilos. Il a un fort taux de cholestérol pour lequel il a un traitement, il fait de l'hypertension, souffre d'apnée du sommeil, mais refuse d'être appareillé. Il est également diabétique, son taux de glycémie (sucre dans le sang) est très élevé et monte en moyenne à 4g/l[160]. Il refuse de consulter quelqu'un pour cela malgré la « *gravité* » de la situation d'après la mère. La mère énumère la liste des complications dues notamment à ce diabète, mais que ce dernier ne veut pas gérer : « *il a des problèmes de vue, il ne peut plus bouger ses orteils ils sont figés, dès qu'il bouge ses bras ils craquent, il a refusé une supplémentation dans les genoux pour son arthrose…* ». Elle ajoute d'un ton déconcerté : « *je ne peux pas m'occuper de tout le monde. Les enfants en priorité.* » Le père semble « *fataliste* » et « *démissionnaire* » face à ses problèmes de santé qui ne cessent de se cumuler, d'après la mère. Il a récemment dit devant toute la famille qu'il allait « *y passer* ». Au bord des larmes, la mère rapporte ses propos. Les grands-parents maternels et paternels de la fratrie ont également différents problèmes de santé (crises de goutte à répétition, problèmes cardiaques, hernie hiatale, polyarthrite, etc.) et sont peu investis dans l'éducation et la santé des enfants.

Beaucoup de démarches sont effectuées par la mère au niveau de la santé des enfants. Elle dira « *il faut être organisé, on espère un jour aboutir à quelque chose de positif, qu'on ne fasse pas tout ça pour rien* ». La mère n'a pas de soutien de la part du père des enfants ni même de l'entourage comme les grands-parents par exemple. D'ailleurs, dès le début de notre entretien, elle signale que

[160] Pour information, en moyenne la glycémie varie entre 1 et 1,4 g/l deux heures après un repas et elle varie entre 0.8 et 1,26 g/l à jeun le matin. Son taux est donc particulièrement élevé.

nous allons devoir mettre fin à notre rendez-vous à une heure précise puisque justement Emma a un autre rendez-vous médical juste après. Je lui fais alors remarquer que leur journée semble « *bien rythmée* » par toutes ces démarches, ce à quoi la mère répondra : « *oui, enfin, ce n'est pas occasionnel, c'est presque notre quotidien finalement* ». Comme ce portrait familial l'atteste, en tant que responsable de la protection de son enfant, la mère se trouve au centre de toutes les scènes et de tous les acteurs de la gestion de la maladie chronique. Au-delà du travail parental de soins, ce portrait appuie sur celui de la mère et soulève alors la question des rapports sociaux de sexe au sein de la société.

5.1.2.2. Tensions et négociations entre parents et professionnels

Ce paragraphe est alimenté uniquement grâce à l'entretien biographique. Ces éléments de récit de vie n'ont pas été dévoilés lors des phases d'observations sur la scène médicale.

La mère déclare que parmi ses sept enfants, trois filles sont en situation d'obésité. Au-delà des soucis de poids, il y a d'autres problèmes qui se mêlent, dans le domaine de la santé comme du social. Le social et le biologique semblent totalement imbriqués et les désavantages se cumulent. Le garçon de 9 ans, Ludovic, souffre d'hyperactivité et de trouble de la bipolarité. Cet enfant avait un comportement jugé violent à l'école et la mère explique les épisodes presque « *traumatisants* » qu'elle a vécus, la stigmatisation extérieure, la responsabilisation dont elle a été victime, la culpabilité, avant qu'un diagnostic ne puisse être posé sur son fils. Les gens disaient à son égard : « *c'est parce qu'à la maison Ludovic est frappé, puis d'autre sont en surpoids, ça se voit que la mère ne s'en occupe pas, ses enfants sont abandonnés* ». Cette famille a fait l'objet d'informations préoccupantes de la part de la directrice de l'école. La mère s'est sentie trahie, blessée, jugée : « *on a eu des contrôles au domicile, il y a eu des enquêtes au collège, ils ont interrogé tous les frères et sœurs.* » Ces moments ont « *bouleversé* » toute la fratrie. La mère pense que ce jugement a été fait trop rapidement à cause de leur condition sociale précaire. Selon elle « *les gens s'arrêtent à ça, il ne faut pas s'arrêter à certaines classes sociales pour aller chercher le mal, certains enfants sont bien placés, mais les parents ne sont pas forcément bien traitants* ». La mère fait souvent le lien entre discrimination et classe sociale. Aussi, dans un autre hôpital que ceux observés, la mère a dû faire face à un épisode stigmatisant au sujet de sa classe sociale lors d'un échange téléphonique : la secrétaire médicale aurait refusé de prendre en charge Emma en disant « *nous refusons les personnes ayant la CMU* », la mère a essayé de justifier qu'elle paierait s'il y avait des

dépassements d'honoraires mais cela est resté sans réponse. Emma a également été choquée de ces épisodes de signalement et s'en souvient encore. Suite au comportement de Ludovic à l'école, les services sociaux sont arrivés à 08h30 au domicile familial pour « *contrôler si maman s'occupait bien des enfants* », dit Emma. La confiance envers les professionnels semble s'être brisée suite à cet événement. Ci-dessous un extrait d'entretien :

> - **Enquêtrice** : *donc c'est la directrice qui a fait un signalement ?*
>
> - **Mère** : *oui. C'est quelqu'un qu'on connaissait bien et depuis longtemps et au lieu de venir nous parler, elle a fait ça dans notre dos […] Il jetait des chaises et tables sur les gens à l'école, mais pas à la maison. Alors moi j'ai cru qu'il y avait un souci à l'école. Et on m'a dit le contraire « non il a un souci à la maison qu'il extériorise à l'école" ça nous est retombait dessus, on a eu des contrôles, des enquêtes au collège, ils ont interrogé tous les frères et sœurs […] tout ça nous a tous marqués. Après l'année dernière, on m'a encore menacé de faire une information préoccupante. C'est difficile de faire comprendre aux autres que…*
>
> - **Léa** : *que la différence elle existe et qu'on n'a pas choisi d'être comme on est, moi je suis dyslexique, je suis hyper active, dysorthographique, même si ça ne se voit pas forcément aujourd'hui, mais il va apprendre à se contrôler avec le temps comme moi*
>
> - **Mère** : *alors je comprends parce qu'il peut mettre en danger d'autres enfants, mais il fallait me laisser le temps de faire des démarches médicales, il y a des précautions à prendre et des manières de faire surtout.*
>
> - **Enquêtrice** *: et aujourd'hui il est suivi ?*
>
> - **Mère** : *il a un traitement, après ça dépend des personnes, avec les gens compréhensifs, patients, qui ont des manières de parler, ça va, il faut savoir tourner les choses, lui montrer l'intérêt de faire une chose pas lui ordonner.*

Le diagnostic d'Emma a également mis longtemps à se faire, comme pour le reste de la fratrie. La question du milieu social semble venir perturber les professionnels pour poser un diagnostic médical. Emma avait quelques difficultés scolaires, mais les professeurs lui disaient qu'elle était « *simplement paresseuse* » alors que quelque temps plus tard elle sera diagnostiquée dyslexique, dysorthographique et hyperactive. Ces diagnostics ont considérablement soulagé la famille puisque les enfants ont pu par la suite bénéficier de certains dispositifs à l'école. Aujourd'hui, la mère n'écoute plus les professionnels dit-elle. C'est le cas récemment pour ses deux plus jeunes filles, Chloé et Anaïs, qui ont également fait face à des difficultés scolaires importantes. Les professeurs refusant de lancer des procédures pour réaliser des tests, la mère décide elle-même de prendre les choses en main. Un professionnel lui aurait répondu à ce sujet : « *vous n'avez que ça à faire, gâcher*

de l'argent pour des choses non remboursées ». En parlant des professeurs d'école, la mère explique : « *certains ont une compréhension niveau zéro mais maintenant j'y vais armée (rire) mais c'est pesant. Il faudrait que l'État informe plus les professeurs sur certaines maladies, pour savoir prendre en charge les enfants selon leurs difficultés.* »

La mère critique l'école à différents moments au cours de notre entretien notamment la nourriture qui y est distribuée et qui serait en partie responsable du poids de ses deux filles les plus âgées : « *Quand Emma était plus jeune on ne parlait pas forcément de tout ça, elle mangeait tous les jours à la cantine, les gens qui donnaient le repas voyant qu'elle mangeait bien la resservaient, parfois elle avait quatre pâtisseries* […] *Puis dès la maternelle on demandait aux parents de ramener deux paquets de gâteaux par mois, pour chaque parent, pour la classe. On n'avait pas le droit d'apporter des fruits. Les enfants mangeaient un gâteau le matin et l'après-midi. Ça a changé bien tard.* » La critique envers l'école est toujours d'actualité. Au lycée, Emma et sa mère évoquent le fait qu'il y a bien trop souvent des frites au menu la semaine. Elle m'évoque à titre d'exemple le repas de la veille à la cantine :

> *par exemple hier c'était trois choix, soit de l'agneau, mais je n'en mange pas, soit une cuisse de je ne sais pas quoi, non merci, soit un petit burger avec des potatoes, donc j'ai pris ça, mais je n'ai pas tout mangé. Et pour compenser j'ai pris une salade en entrée et un fruit en dessert*.

5.1.3. Portrait d'Émma

5.1.3.1. Un lourd parcours médical

La jeune Emma a été suivie de nombreuses années en Centres Médico-Psychologique (CMP) avec une psychiatre suite à du harcèlement scolaire tout au long du collège. Elle était en Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA). Ce suivi a pris fin récemment, quelque temps après son entrée au lycée. Emma est maintenant au lycée, en classe de première. Elle dit que le harcèlement s'est arrêté mais quelques remarques subsistent néanmoins. Elle prépare un CAP Agent Polyvalent de Restauration (APR) mais cela ne lui convient pas. À cause de ses nombreux problèmes de santé, dont l'obésité, elle manque beaucoup d'ateliers de pratique. Elle souhaiterait se réorienter l'année prochaine pour travailler dans un autre domaine, avec les animaux.

Emma cumule différents problèmes de santé. Lors de la phase d'observation, je constate que son dossier médical est conséquent et que Mme Andreas, l'infirmière, passe beaucoup de temps à évoquer ses divers problèmes de santé. Elle tient entre ses mains un lourd dossier, avec plusieurs tests, examens, bilans et radiographies. Récemment la jeune a été hospitalisée quatre fois. Elle souffre d'une inflammation à l'œil récurrente, certainement une allergie, qui est en cours de diagnostic. Elle prend quotidiennement un traitement pour les reflux gastro-œsophagiens et elle est en attente pour une fibroscopie à ce sujet. Emma évoque de nombreuses douleurs. Des douleurs à la tête, des douleurs au cœur, au poumon et à la poitrine. Elle a souvent les yeux qui brûlent et des difficultés à respirer. Elle a aussi régulièrement des douleurs au genou. Elle a récemment eu une infiltration dans le genou. Elle a également passé une scintigraphie osseuse qui conduira sur un scanner très prochainement pour approfondir le problème. La jeune s'est fracturé la cheville en 2014 et suite à cela elle a régulièrement des problèmes à ce niveau. Elle arrive à la consultation en béquilles. Elle est en train de passer des examens complémentaires suite au dernier bilan qui soulève un problème à la thyroïde. La jeune souffre aussi de prédiabète. Mme Andreas lui explique que le prédiabète signifie qu'elle fait trop fonctionner son pancréas. Emma est fatiguée de toutes ces démarches : « *ça fait mal au moral, en fait t'as l'impression de te dire que tu n'es pas normal que tu as encore un autre truc et au bout d'un moment tu vas en arriver à un point où…* (silence) ». Emma aimerait savoir si son poids et ses multiples problèmes de santé sont liés ou non.

5.1.3.2. L'histoire du poids d'Émma

Le Dr Thomas a régulièrement eu des consultations avec la fratrie au sujet du poids. Cette pédiatre a orienté il y a plusieurs années deux des grandes sœurs, Emma et Camille, au Centre SSR B afin qu'elles soient suivies pour leur poids. Suite à cela, dès 2011, elles ont ainsi commencé à consulter. À l'époque, elles n'étaient encore que des enfants. Seulement quelques consultations ont eu lieu avant que la famille ne décide d'arrêter brusquement cette prise en charge dont nous ne connaissons pas le motif. Cela est néanmoins très courant pour cette maladie chronique. De nombreux témoignages vont en ce sens. Les jeunes arrêtent souvent la prise en charge durant quelque temps, puis reprennent quelques mois ou années plus tard. Pour Emma, il aura fallu attendre sept ans environ pour que l'adolescente décide de retourner au centre SSR B. La mère d'Emma explique qu'il est particulièrement difficile pour un enfant d'accepter d'être pris en charge. Selon elle, cela commence à devenir plus simple à l'âge de l'adolescence car « *ils comprennent mieux les tenants et les aboutissants* ». Le Dr Thomas nous dira en effet que les deux sœurs ont été « *perdues de vue* »

après quelques consultations en Centre SSR B. Cependant, depuis quelques années, Emma a décidé de reprendre la prise en charge et se fait donc suivre régulièrement par le Dr Thomas en centre hospitalier C. Au cours de la dernière consultation, elles ont discuté ensemble des hospitalisations de plusieurs semaines qui ont lieu en centre spécialisé B pour les adolescents en obésité. C'est ainsi qu'Emma s'est retrouvée en consultation au SSR avec Mme Andreas lors de notre phase d'observation.

La jeune est « *sortie de la courbe* » vers l'âge de quatre ans d'après Mme Andreas. Emma l'explique de la manière suivante : « *dès la maternelle j'ai toujours été mise de côté, les professeurs me laissaient faire ce que je voulais, je l'ai très mal vécue, je me suis renfermée* ». Sa prise de poids est continue depuis ses quatre ans. Elle n'a jamais réussi à perdre de poids et sa courbe n'a pas cessé de croître.

Au moment de l'observation, au début, elle refuse de se peser en ma présence. Je propose aussitôt de sortir de la pièce et de me prévenir lorsqu'elle souhaite que je revienne, ainsi elle accepte de se faire peser par Mme Andreas. Cela sert de repère dans la prise en charge pour constater l'évolution du poids. J'apprends plus tard finalement au fil de l'interaction et lors de notre entretien qu'elle pèse 126 kilos et mesure 1m62. Son poids se stabilise ces derniers mois, pour la première fois. Elle semble fière.

Emma ne se sent pas gênée par son poids dit-elle. Ce qui la gêne c'est le « *regard des autres* » et ce qu'ils disent sur elle. Psychologiquement elle se sent mieux depuis son entrée au lycée. Le « *harcèlement* » subi au collège l'a fortement marqué et elle ne l'oubliera jamais dit-elle.

5.1.3.3. Emma au centre du cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité

Cette partie sur la stigmatisation est principalement alimentée par l'entretien biographique et non par les phases d'observation sur la scène médicale.

- *À l'origine de la souffrance de l'adolescente, le harcèlement scolaire*

Notre enquête sur l'obésité pourrait nous amener à penser que c'est avant tout le regard des autres qui vient caractériser la personne en obésité comme déviante et qui fait de l'obésité un problème à

résoudre. Emma a connu du harcèlement tout au long du collège. Ces années de « *souffrance* » ont fait naître la nécessité d'un accompagnement psychiatrique auprès d'un Centre Médico Psychologique (CMP) de son quartier. Le harcèlement concernait son poids et elle relate avec émotions les insultes de ses camarades de classe : « *cachalot* », « *saute du pont* », « *suicide-toi* ». Le harcèlement provenait également d'une enseignante du collège : « *elle disait que j'étais nulle, parfois elle jetait mes cahiers et parfois elle me disait que je n'allais pas réussir mon brevet* ». Pour faire face à la stigmatisation, la mère et la jeune développent des stratégies. Par exemple, elles ont décidé de choisir un lycée spécifique, loin du domicile. Emma fait quotidiennement deux heures de transport en bus pour se rendre à ce lycée « *mais au moins là-bas c'est plus petit, c'est familial, c'est mieux* ». La mère voulait éviter qu'Emma soit confrontée aux mêmes personnes qu'au collège, ses « *harceleurs* ». Emma, blessée par les remarques, se construit une carapace : « *en fait, vous savez, rien ne me choque, j'ai appris à garder en moi ce que je ressentais, comme ça les autres ils ne voient que la part de bonheur, c'est rare que les gens me voient comme je suis vraiment ».* Sa souffrance est très présente lors de l'entretien biographique. Elle ne se sent « *pas normale* » à cause du jugement des autres. « *Ça fait mal au moral* », dit-elle.

- *Quand le milieu médical participe à la stigmatisation*

La stigmatisation semble également venir du milieu médical lui-même en ce qui concerne la famille Leroy. Emma raconte le moment où lorsque sa mère n'était pas présente à ses côtés en rendez-vous, un médecin s'est permis de faire « *des commentaires désagréables* » sur son poids. Le plus douloureux est lorsque la famille vient consulter pour une raison qui semble totalement éloignée du poids et que le professionnel se permet une réflexion sur la corpulence, à l'image de ce chirurgien en traumatologie qui dira à Emma : « *c'est ton poids le problème, tu n'as qu'à perdre du poids* ». La mère réplique : « *je pense que les enfants qui ont déjà un lourd passé comme ça, il faut faire attention aux mots empruntés* ». La mère doit parfois se défendre face aux réflexions. Dernièrement elle a dit à un professionnel du milieu médical : « *ce n'est pas parce que je suis ici que je suis bête* ». C'est arrivé plusieurs fois qu'elle se sente rabaissée, souvent à cause de sa condition sociale selon elle additionnée au fait qu'elle soit en « *surpoids* », pour reprendre ses termes.

- *La représentation de l'adolescente obèse passive*

Selon la mère les gens jugent facilement et ont tendance à penser qu'un problème de poids est simplement lié à une mauvaise alimentation. Les gens ont cette représentation d'une personne obèse passive « *qui reste chez elle, qui ne travaille pas, qui ne fait rien* ». Emma s'exprime à son tour sur les jugements des gens : « *ils croient qu'on ne bouge pas, que ce n'est pas une maladie, alors que pas forcément, alors que si on regarde je ne mange presque rien, les gens jugent sans savoir ce que l'on fait, notre passé…* ». La mère a l'impression que l'on essaye de la culpabiliser sur sa façon de nourrir ses enfants et de les éduquer en général. Elle imite le discours des gens : « *si ces enfants en sont arrivés là c'est qu'elle ne fait que des frites* (rire) ». Toute la famille mange ensemble le plus souvent possible. La mère explique faire un plat unique pour toute la famille au moment du dîner. C'est elle-même qui sert les enfants, ils ne décident pas eux-mêmes de la quantité ni de se resservir. Au niveau des habitudes alimentaires, le portrait d'Emma est plutôt simple. Elle ne semble pas difficile niveau alimentaire. Elle dit ne boire que de l'eau, rarement des sodas et elle dit ne pas grignoter. Elle ne sait pas pourquoi elle prend du poids face à ce qu'elle mange. Elle est consciente qu'aucun professionnel ne la croit lorsqu'elle explique cela.

- *L'écran comme refuge*

Emma ne dort pas plus de six heures par nuit, notamment à cause des nombreuses douleurs qui perturbent son sommeil dit-elle. Elle se couche vers 23h et se lève vers 5h. Elle passe une heure dans le bus le matin, puis une heure le soir. Elle passe minimum 4h par jour sur internet chez elle. La jeune semble très souvent dans sa chambre et quand on lui demande les activités qu'elle pratique elle est assez confuse et floue. La mère dira : « *on a réussi à lui faire diminuer les heures sur internet grâce à la psychiatre du CMP* ». Emma se félicite d'être plus sociable qu'avant. Elle explique qu'au collège la situation était pire. Elle était totalement isolée suite au harcèlement. Emma confie que l'écran est important pour elle, cela lui permet de parler avec plein de gens et rompre avec ce sentiment de solitude car elle a peu d'ami(e)s à l'école.

Un cercle vicieux s'installe progressivement, des problèmes scolaires, du harcèlement scolaire, un problème de poids, des problèmes de santé, un isolement social, des absences scolaires dues aux rendez-vous médicaux nombreux, etc.

5.1.3.4. Un accompagnement thérapeutique pour « *arrêter de penser que c'est ma faute* »

Face aux différents épisodes stigmatisants qu'elle a vécus, que ce soit sur la scène scolaire ou médicale, Emma cherche une prise en charge pour son poids où elle puisse avant tout faire confiance aux professionnels. Elle cherche un professionnel qui accorde du crédit à son discours. Elle souffre d'être toujours accusée de mentir sur ses habitudes alimentaires, constamment les professionnels remettent en question ses propos. Ci-dessous un extrait de notre entretien :

> - **Emma** : *j'aimerais arrêter de penser que c'est… ma faute*
>
> - **Mère** : *une reconnaissance, qu'on lui dise enfin "en effet tu manges correctement et normalement" et qu'il y a quelque chose d'autre*
>
> - **Emma** : *quand je dis ce que je fais, ce que je mange, les gens ne me croient pas, ils disent que je dois manger plein de choses à côté. Mais non, moi je fais des efforts. Au début certes il fallait se l'imposer, mais au bout d'un moment c'est naturel, tu en as plus besoin pour vivre, tu n'en as jamais eu besoin pour vivre en fait, mais tu te disais que… au fur et à mesure tu vois que ta vie elle est mieux sans. Déjà me dire que les autres me croient ça serait déjà bien*
>
> - **Enquêtrice** *: les professionnels ne te croient pas ?*
>
> - **Emma** : *Non et ils me le disent. "Je ne vois pas pourquoi tu prends du poids", ou pire "je ne pense pas que tu mens mais tu ne me dis pas toute la vérité"*

5.1.4. Portrait de Chloé

Ce portrait de la plus jeune sœur est essentiellement alimenté par l'observation sur la scène médicale. Étant donné la discrétion de Chloé lors des observations, ce portrait sera moins conséquent que celui d'Emma. Finalement, sachant que le parole de Chloé n'a pas été recueillie, ce portrait est intéressant surtout pour montrer les interactions sociales et rapports sociaux qui se sont joués sur la scène médicale entre les professionnels et la mère. Nous verrons que l'interaction entre le médecin le Dr Thomas et la mère est très différente de l'interaction entre l'infirmière Mme Andreas et la mère.

5.1.4.1. L'histoire du poids de Chloé

La prise de poids de Chloé a commencé à quatre ans, comme sa sœur Emma. La mère déclare que son entrée en primaire a été également très compliquée. Elle a été obligée d'y aller progressivement, tout d'abord à quart temps puis à mi-temps. La mère rapporte les nombreux pleurs de Chloé et son isolement à l'école.

Chloé se ressert toujours à table et mange de façon « *compulsive* »[161] et il en est de même pour les grignotages comme les gâteaux, sucrés ou salés, par exemple. Elle développe des stratégies pour contourner les conseils de sa mère. Par exemple, quand cette dernière lui propose au moment du retour de l'école de manger « *deux granolas* », Chloé refuse puis quelques minutes après se rend en cachette dans la cuisine pour prendre le paquet de gâteaux et le manger en entier, seule dans sa chambre. La jeune a des problèmes aux pieds, quelques soucis articulaires et elle a la cheville fragile puisqu'elle souffre d'hyperelaxicité. Cela fait d'ailleurs un an qu'elle est dispensée de sport à l'école. On peut voir le cercle vicieux qui se dessine également pour cette jeune fille. La mère dira qu'elle attend un rendez-vous avec un podologue depuis un an. À nouveau, elle est déçue des professionnels qu'elle considère parfois comme trop peu impliqués. Le Dr Thomas met en doute sa parole à cet instant et lui laisse entendre qu'elle aurait dû relancer le médecin plusieurs fois.

5.1.4.2. Une interaction patient-professionnel difficile

Chloé fait l'objet d'un Projet Personnel de l'Élève (PPE) à l'école depuis quelques jours. Elle va voir un ergothérapeute pour ses difficultés d'écriture et un orthophoniste ainsi qu'un psychologue scolaire pour ses difficultés scolaires. La mère avoue que ce parcours est également très lourd. Depuis la primaire elle constate les notes de sa fille qui baissent et se sent impuissante. Elle tente de tirer la sonnette d'alarme à l'école. Elle pense qu'elle a très certainement la même chose que sa sœur Emma et son jeune frère Ludovic c'est-à-dire un trouble de l'attention. Seulement, l'école a longtemps refusé d'engager la procédure et accusait la jeune d'être « *paresseuse* », comme pour Emma.

---

[161] Le terme de « *compulsion* » alimentaire est désignée par certains professionnels pour décrire parfois les comportements des jeunes. La compulsion alimentaire est un trouble du comportement alimentaire. Elle se traduit par une perte du contrôle, entraînant une consommation excessive d'aliments. À titre d'exemple, la psychologue Mme Delannoy cherche à identifier « *tout ce qui est trouble du comportement alimentaire* » c'est-à-dire, « *savoir si on est juste sur des grignotages par ennui ou dans une hyperphagie boulimique, ou plus rarement dans de la boulimie* »

Contrairement à la proximité et le lien de confiance établi entre Mme Andreas, l'infirmière référente du centre SSR B et Emma, la distance semble importante entre le Dr Thomas, pédiatre en centre hospitalier C, Chloé et sa mère. Durant la consultation la pédiatre dira : « *parfois les gens disent que les os pèsent lourd. Non ! Là ce n'est pas ça, on est d'accord n'est-ce pas ?* » La mère acquiesce de manière gênée : « *oui il ne faut pas se chercher des excuses* ». Nous pouvons constater la domination qui s'exerce lors de cette consultation. Le Dr Thomas m'annonce avoir pour objectif de « *responsabiliser* » Chloé, ce que d'autres professionnels comme le Dr Thiriet et les patients peuvent percevoir comme une manière de culpabiliser.

Le médecin est étonné face au manque de sommeil de Chloé et au temps passé sur les écrans. L'éducateur médico-sportif fera un calcul détaillé : 27 heures par semaine de sédentarité (écrans) et 9 heures consacrées à l'activité physique (marche pour aller à l'école, tâches ménagères, parc le week-end). Les professionnels considèrent cette balance mal équilibrée. La jeune de 12 ans s'endort rarement avant 23h. La mère explique à la pédiatre que parfois à 1h du matin elle voit encore l'écran allumé dans sa chambre, sachant qu'elle se lève à 06h du matin, la mère est inquiète. Le docteur l'informe des dangers face au manque de sommeil, surtout chez les enfants. La mère se défend et dit qu'elle ne peut pas gérer ce qu'il se passe dans la chambre après 21h, heure à laquelle elle demande à ses sept enfants de se coucher.

Lorsque Chloé déclare ne pas prendre de petit-déjeuner, la pédiatre semble une nouvelle fois étonnée et rétorque : « *c'est essentiel c'est important de manger le matin* ! ». Ce discours est controversé d'un hôpital à l'autre. D'autres professionnels, en particulier ceux qui appartiennent au GROS, disent au contraire qu'il ne faut jamais forcer les enfants à manger lorsqu'ils n'ont pas faim sous peine de causer des troubles alimentaires par la suite ou de les renforcer s'ils existent déjà. Selon ces derniers, il faut respecter leur sensation de faim et ainsi, adopter une stratégie pour le petit-déjeuner comme celle d'emporter à l'école de quoi manger à la pause du matin.

La psychologue ne considère pas Chloé comme prête à mettre en place des changements. Elle la trouve trop peu gênée par son poids. La psychologue conseillera d'attendre le « *déclic* » de la jeune fille et la mère reprendra ces paroles lors de l'entretien biographique au sujet de ces deux filles :

> *plus jeune c'était difficile de motiver Émma, maintenant elle est dans une adolescence avancée donc elle comprend les tenants et les aboutissants donc c'est*

plus facile pour elle d'accepter, alors que sa petite sœur Chloé c'est difficile de lui faire comprendre pourquoi on dit tout ça à l'heure actuelle, elle est trop jeune.

5.2. Portrait de la famille Lefebvre

Le second portrait est celui de la famille Lefebvre, habitant au sein d'un village dans le département du Nord de la France, à Éringhem. Les membres de la famille Lefebvre habitent une maison isolée en cours de construction. À l'opposé de la première famille, il y a peu d'habitants aux alentours de leur maison. Il s'agit d'un village de moins de 500 habitants et moins de 50 hab./km².

Les parents Lefebvre appartiennent à la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) des ouvriers si l'on se réfère à la situation du père comme de la mère. Les parents sont mariés, ont une cinquantaine d'années et vivent ensemble. Le père est souvent absent du domicile, à cause de nombreux déplacements professionnels. Ils ont trois enfants, dont une fille, Jennifer, qui n'habite plus chez eux mais est régulièrement présente. Cette jeune femme âgée d'une trentaine d'années est mariée et a récemment eu un enfant. Le reste de la fratrie se compose de Camille, une adolescente de 15 ans en classe de 3ème SEGPA[162] et le plus jeune frère, Louis, âgé de 13 ans, en classe de 5ème. Notons qu'au moment de l'entretien ce garçon est déscolarisé depuis plusieurs mois.

Le père est en obésité sévère et la mère était en surpoids il y a encore deux ans, avant qu'on lui diagnostique un diabète. Les deux adolescents de la fratrie sont en obésité. Le frère refuse de se faire accompagner médicalement, à l'image de son père. Selon ses dires, son poids ne le gêne pas, contrairement à sa sœur, Camille, grandement complexée. Le portrait sera essentiellement centré sur Camille et sa mère puisque mes observations et échanges ont été plus nombreux avec elles que le reste de la famille. Je les ai vues non seulement sur la scène médicale mais aussi sur la scène familiale, à leur domicile. J'ai tout de même rencontré Louis et Jennifer, mais peu dialogué avec ces derniers. En ce qui concerne le père, il n'est ni présent sur le lieu médical ni au domicile familial.

5.2.1. Contextualisation du recueil des données

La première phase de collecte des informations se déroule lors d'observations sur la scène médicale dans le Centre CSSR B lors d'une journée de « *bilan multidisciplinaire* » à destination

[162] Section d'enseignement général et professionnel adapté

d'adolescents en obésité. Cette phase se divise elle-même en plusieurs étapes. Des moments d'observations non-officiels et divers tout au long de la journée et des moments d'observations plus officiels comme les ateliers réservés aux parents et menés par différents professionnels (médecin, infirmière et diététicienne) ou encore la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). La deuxième phase de recueil de données comporte l'entretien à domicile en présence de toute la fratrie, Louis, Camille, Jennifer et leur mère.

5.2.1.1. Observations sur la scène médicale

En 2018, j'observe une journée de bilan multidisciplinaire au sein du centre spécialisé B, de 8h à 18h. Sur sept adolescents qui y participent, il n'y a qu'un seul garçon. Parmi les parents présents, il n'y a qu'un seul père. Cette répartition est représentative d'autres observations. Les filles sont souvent plus nombreuses que les garçons lors des prises en charge, à moins que les professionnels veillent à respecter une certaine parité dans leur recrutement pour former les groupes. Les mères sont également davantage présentes en ce qui concerne la gestion familiale de la santé de leurs enfants que les pères. Notons également que la majorité des professionnelles de l'équipe pluridisciplinaire sont des femmes.

Lors de cette journée, les adolescents et leurs parents font connaissance avec tous les membres de l'équipe de professionnels du centre. Ils visitent la structure et se familiarisent avec les lieux. Aussi, les professionnels évaluent la « *motivation* » des jeunes à intégrer un séjour spécialisé de plusieurs semaines. Si le jeune, les parents et les professionnels sont en adéquation, ils fixent une date d'entrée en hospitalisation selon, notamment, la situation scolaire du jeune, le but étant de ne pas l'entraver. On verra par la suite le désaccord entre Camille et les professionnels à ce sujet. Durant cette journée les parents et les jeunes sont séparés la majeure partie du temps c'est-à-dire que les adolescents sont en entretien individuel à tour de rôle avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire pendant que les parents assistent à différents ateliers en groupe. Ils sont réunis uniquement lors de rares moments comme lors les entretiens avec le pédopsychiatre qui s'appuie sur une « *approche familiale* ».

Lors de cette journée bilan, je décide de rester aux côtés des parents. Ma présence est acceptée par l'ensemble d'entre eux. Il est plus facile d'assister aux différents moments avec les parents qui ont lieu en groupe, qu'aux entretiens individuels avec les jeunes qui constituent des moments plus

intimes. Les mères n'hésitent pas à m'inclure et à se confier à moi de manière non-officielle tout au long de la journée, d'autant plus que j'ai déjà croisé certaines d'entres-elles sur la scène médicale lors de précédentes observations ou encore lors d'entretiens à domicile. Nous assistons à différents moments comme les discussions autour du café dans la « salle des familles », la visite du centre avec l'infirmière, la ballade extérieure avec l'éducateur sportif et, enfin, deux ateliers entre parents en groupe dont un premier sur la santé des adolescents, animé par le docteur et l'infirmière, puis un deuxième animé par la diététicienne sur l'alimentation. Lors de la fin de journée les professionnels organisent une RCP[163] à laquelle j'assiste également.

C'est lors des deux ateliers entre parents que j'ai pu observer majoritairement cette mère, qui est assise à côté de moi à chaque fois. Ces moments permettent de mettre en lumière ses interactions avec les professionnels et les autres parents. La description de ces ateliers sera plus tournée vers la mère de Camille que les autres parents présents. Même si la mère est présente pour sa fille, elle parlera souvent de son fils Louis, également en obésité.

- *Atelier autour de la santé des jeunes*

Les parents, les professionnelles (le Dr Le Roux et l'infirmière référente Mme Andreas) et moi-même sommes assis autour d'une table ronde. Le Dr Le Roux présente l'objectif de l'atelier : « *Le but est de se rassembler pour voir ce que l'on connaît de l'obésité, les causes et les conséquences, pour échanger ensemble, discuter, de ce que vous savez déjà et ce que vous pouvez apprendre et enfin, les pistes d'actions envisageables pour vos jeunes* ». Le Dr Le Roux commence par évoquer le fait que statistiquement l'obésité ne cesse de croître d'année en année et, que son taux est particulièrement important dans le Nord et le Pas-de-Calais. Afin de qualifier l'obésité, la pédiatre utilise les termes « *épidémie* » ou encore « *problème de santé publique* ». Elle explique qu'en ce qui concerne deux enfants sur trois, l'obésité juvénile persiste à l'âge adulte et peut entraîner des conséquences médicales.

Après quelques explications médicales et afin de provoquer un rapprochement avec les parents, le Dr Le Roux explique à nouveau qu'il ne s'agit pas d'un cours : « *il s'agit de voir comment vous en tant que parent vous définissez l'obésité* ». Les parents sont aussitôt invités à donner des mots clés

[163] Pour rappel, il s'agit d'une synthèse de la journée entre tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire où chaque professionnel donne son avis sur le jeune et les parents.

pour définir l'obésité. La mère de Camille est la première à répondre : « *surpoids* ». On constatera d'ailleurs qu'elle fait partie des parents les plus « actifs » lors de cet atelier dans le sens où elle prend souvent la parole en premier, spontanément, et n'hésite pas à interrompre les professionnelles. D'autres parents diront par exemple : « *manger trop et grossir plus que la norme* ». Le Dr Le Roux réoriente sa question : « *mais comment diagnostiquer l'obésité ? comment on sait qu'il y a réellement un problème de poids ? »* Aussitôt les parents parlent de l'« *IMC* ». Il ont tous déjà été confrontés à cet outil durant leur parcours. Rien d'étonnant puisque lors de nos observations plurielles, l'IMC revient constamment. Le Dr Le Roux poursuit ses questions : « *et alors pourquoi c'est dangereux pour la santé ?* ». Les parents parlent de « *graisse autour du cœur* ». L'infirmière ajuste la réponse, elle explique que c'est en effet un excès de masse grasse mais pas forcément uniquement autour du cœur. Elle ajoute : *« C'est une maladie chronique, ce n'est pas rien, elle entraîne une augmentation du risque de nombreuses pathologies »*. Les professionnelles demandent ensuite la définition de l'IMC. Les parents impliqués dans un parcours depuis plusieurs années connaissent sa signification, les autres ont une idée plus floue. La mère de Camille répond : « *ça mesure le surpoids* ». Le médecin complète la réponse des parents : « *cet indice ne tient pas compte que du poids, il prend en compte aussi la taille. Mais nous, dans notre prise en charge, on mesure aussi le tour de la taille, qui est un bon témoin de l'obésité ombilicale, qui engendre l'augmentation du risque de maladies* ». Le médecin continue à parler de l'IMC. Jusqu'à maintenant, la mère de Camille n'hésite pas à prendre la parole, participer, même davantage que les autres parents, mais ses réponses sont vagues.

Le Dr Le Roux passe ensuite à la thématique des causes de l'obésité. La mère de Camille évoque « *le Mc Do* » comme responsable. Alors que les autres parents évoquent plutôt « *le stress* », « *le regard des autres* » « *l'ennui* », ou encore « *les chocs psychologiques* ». Le médecin explique qu'il n'y a jamais qu'une seule cause, mais toujours plusieurs : « *il y a des facteurs psychologiques par exemple comme vous avez dit de manière dominante, parce que j'imagine que vous vivez cela avec vos jeunes…* ». La mère de Camille l'interrompt immédiatement dans l'objectif de confirmer : « *oui, tous les jours* ». Le Dr Le Roux reprend la parole et complète les réponses des parents sur ces fameuses causes multiples responsables. Elle évoque le « *terrain génétique* », « *la composante familiale non génétique* » et « *les acquis* ». Les acquis sont majoritaires, selon elle, et il est possible d'agir sur cela durant la prise en charge. Elle parle aussi des problèmes liés aux hormones, à certaines maladies, mais ces causes restent « *exceptionnelles* » selon elle et un bilan sanguin est réalisé afin d'évaluer cela. Afin de conclure sur les causes de l'obésité, le docteur parle à nouveau

des facteurs psychologiques, puis enchaîne avec l'alimentation, l'activité physique et, enfin, le sommeil qui est le facteur le moins connu des parents mais qui est important pour réguler la faim selon les professionnelles. Cette thématique est particulièrement abordée dans ce secteur géographique, où une conférence à ce sujet s'est tenue quelques mois auparavant. Le Dr Le Roux propose régulièrement à l'infirmière Mme Andreas de compléter ses propres réponses.

Le Dr Le Roux aborde ensuite les conséquences de l'obésité, en faisant un tour de table pour relancer la dynamique du groupe : « *c'est vraiment juste pour discuter ensemble* ». La mère de Camille est la première à prendre la parole, comme souvent : « *on peut avoir des maladies graves, du diabète, des maladies cardio-vasculaires* ». Cette réponse n'est pas due au hasard. Elle-même en surpoids important il y a quelques années, a développé un diabète pour lequel elle est maintenant prise en charge. Elle ajoute avec insistance : « *Les articulations aussi en prennent un coup. Tout le corps en prend un coup finalement* ». Les autres parents évoquent plutôt les conséquences psychosociales. Une mère parle par exemple des « *conséquences professionnelles négatives* », de « *l'impossibilité à voyager en avion* », de « *la mauvaise estime de soi* » et des « *remarques blessantes* ». Suite à la prise de parole de la majorité des parents à cette question des conséquences, Mme Andreas prend la parole : « *cet atelier entre parents est important pour montrer justement qu'il n'y a pas que des conséquences médicales à l'obésité, vous le dites très bien* ». La mère de Camille, seule à ne pas avoir évoqué jusqu'ici d'aspects psychologiques dans les conséquences de l'obésité, prend alors la parole : « *C'est vrai que pour ma fille se mettre en maillot de bain à la plage c'est mort. Elle ne veut pas se montrer en public c'est mort* ». Le Dr Le Roux reprend la parole pour expliquer « *au niveau métabolique* » les différentes répercussions que l'obésité peut avoir, sur le cœur, le diabète, les douleurs articulaires (au niveau genoux et chevilles surtout), les problèmes de digestion, les brûlures d'estomac, les problèmes respiratoires (asthme, apnée du sommeil). Concernant les conséquences non-médicales, le Dr Le Roux clôture en disant : « *je ne vais pas vous parler des répercussions psychosociales parce que vous connaissez cela par cœur, il peut y avoir un isolement, une déscolarisation, baisse de l'estime de soi, parfois une forte dépression, etc*. ». Une mère interrompt l'échange, la mère de Stéphanie, et demande à ce que les jeunes aient le même atelier qu'eux afin qu'ils prennent conscience de tous les « *dangers* » au niveau de la santé, pour leur « *provoquer un déclic* » et surtout « *leur faire peur* ». La mère de Camille soutient ce point de vue. L'infirmière répond qu'à la période de l'adolescence il est normal que les conséquences médicales et conséquences sur la santé ne fonctionnent pas comme argument pour les faire réagir, un adolescent ne va que très rarement se prendre en charge pour des motifs de

santé. Elle explique cependant qu'un atelier identique leur sera proposé à la fin de la prise en charge, même si ce n'est pas la priorité pour l'instant.

La mère de Camille est en décalage dans ses réponses par rapport aux autres parents. Elle évoque surtout des inquiétudes face à la santé tandis que les autres parents sont davantage sur des aspects psychosociaux. Néanmoins au fil de l'atelier, elle essaye de s'intégrer au groupe de parents et aux professionnels. Elle tente de mettre des mots, d'identifier, les causes, les conséquences, de l'obésité de sa fille au fil des échanges. Nous pourrons constater cette « socialisation à l'univers médical », lors de notre entretien à son domicile quelques jours plus tard où elle utilise les mêmes termes que ce groupe de parents et que les professionnelles.

Le Dr Le Roux passe ensuite à la thématique sur les solutions pour prendre en charge : « *quelles sont vos pistes d'actions ?* ». La mère de Camille est inquiète face à cette question et ne comprend pas pourquoi le médecin lui demande quelles sont ses propres solutions alors qu'elle est justement présente ici aujourd'hui pour que les professionnels lui en apportent. Après un échange à ce sujet, elle finit par conclure : « *Ma fille ne pense qu'à faire à manger et à manger toute la journée. En sortant de la maison et en venant ici au moins elle va penser à autre chose et elle va arrêter d'avoir les mêmes habitudes, c'est la seule solution qu'il reste* ». Les professionnels évoquent l'effet de groupe qui peut être positif durant le séjour, l'expérimentation de nouvelles habitudes qui est importante et le fait de sortir du cadre familial. Le médecin parle ensuite d'activités physiques, sportives, de réadaptation progressive à l'effort et parle d'alimentation partiellement sachant qu'un atelier spécialisé va suivre dans la journée. La discussion tourne surtout autour du fait que souvent les jeunes mangent trop vite. La mère de Camille intervient : « *mais ça aussi j'ai essayé, j'ai essayé de lui dire que personne n'allait voler son assiette qu'elle pouvait prendre son temps, mais ça ne marche pas. Toute façon quand ce sont les parents qui le disent, ce sont des bêtises, c'est faux. Il faut que ça vienne de quelqu'un d'autre* ». Nous constatons d'une part que le problème de l'obésité est complexe et d'autre part, que la mère de Camille demande de l'aide. Elle souhaiterait que les professionnels prennent le relais. Elle semble désemparée et a l'impression d'avoir tout essayé. L'infirmière la rassure et lui dit qu'elle travaillera avec les jeunes là-dessus dans le quotidien, dans l'expérimentation, sous forme de jeux, de challenge, simplement dans l'objectif qu'ils prennent conscience des choses doucement en s'amusant. Le docteur parle ensuite des dangers du téléphone sur le sommeil, de la « *lumière bleue* ». La mère de Camille rebondit à nouveau sur le sujet en expliquant qu'elle est obligée de dormir avec sa fille parfois afin d'être certaine qu'elle ne passe pas

la nuit sur son téléphone : « *elle est contente de dormir avec moi au final et moi je suis contente qu'elle n'utilise pas son téléphone* [rire] ». Nous pouvons voir la stupéfaction d'autres parents à cet instant à travers leurs échanges de regards.

À ce niveau de l'atelier, la mère de Camille s'est confiée davantage que les autres parents. Elle explique qu'elle a essayé plein de choses mais sans succès et elle montre aux professionnels à quel point elle compte sur eux pour prendre le relais.

L'infirmière explique aux parents qu'ils doivent montrer l'exemple. Selon elle, ce sont toutes les habitudes de vie qui doivent être modifiées, dans le quotidien, ce n'est pas juste l'alimentation et le sport et ce n'est pas seulement l'adolescent : « *on vous donne des pistes, une boîte à outils, ils expérimentent ici et ils essayent avec vous le week-end* ». Les parents dont les enfants connaissent déjà une précédente expérience d'accompagnement thérapeutique en centre spécialisé, évoquent justement la difficulté pour les jeunes d'appliquer à leur domicile tout ce qu'ils apprennent sur la scène médicale. Parfois le jeune modifie plusieurs choses durant le séjour, mais une fois arrivée chez les parents, les anciennes habitudes reprennent très vite et les parents sont démunis. On peut également constater lors de cet atelier que ces mêmes parents sont davantage sensibilisés aux causes et conséquences psychologiques de l'obésité. Quant à la mère de Camille, présente pour la première fois en atelier, elle met plutôt en avant les conséquences sur la santé physique. Ses réponses semblent décalées par rapport à celles d'autres parents, à l'exception d'une autre mère, celle de Stéphanie, une adolescente de 17 ans qui va dans le même sens qu'elle, mais que l'on ne reverra jamais pour cause de grande précarité et problèmes avec les services d'aide sociale à l'enfance. Ces deux mères sont finalement celles dont les adolescents ont le parcours de santé le plus court. Elles n'ont donc été que peu de fois confrontées aux discours des professionnels, et leurs enfants n'ont jamais été hospitalisés plusieurs jours concernant le poids. Ce sont également les mères les plus en précarité. Lors de la rencontre au domicile familial, la mère de Camille sera tournée vers ces aspects psychologiques lorsqu'elle répondra à nos questions. On constate l'adéquation progressive aux discours des professionnels et la capacité grandissante à mettre des mots sur « *l'histoire du poids* ».

Le regard des autres parents sur la famille de Camille est assez dépréciatif. Lors des entretiens individuels avec les autres parents, ils nous confieront qu'ils ont trouvé la famille « *étrange* », « *particulière* » ou encore « *spéciale* ». Ils diront de Stéphanie et sa mère qu'ils les ont trouvées en retrait, tristes et peu motivées.

• *Atelier autour de l'alimentation des jeunes*

Cet atelier est animé par Mme Leclercq, une diététicienne. Elle commence par expliquer que l'on ne parlera pas de régimes durant le séjour, que chaque enfant sera différent et fera ce qu'il peut, mais que le principal est de « *s'approcher des recommandations* » pas d'y correspondre en tous points. Elle explique la « *balance énergétique* », les calories apportées par la nourriture d'un côté et les dépenses énergétiques de l'autre via les activités physiques et sportives. Elle explique que tout le monde sait comment équilibrer sa balance, mais que le plus difficile est de l'appliquer. Elle semble se percevoir alors comme un relais des recommandations. Selon elle, il ne faut pas imaginer tout changer sinon cela fait trop peur : « *il faut y aller par petites étapes* ».

Mme Leclercq centre ensuite son atelier autour des « *principales erreurs* » qu'elle peut observer chez les adolescents en général dans leurs habitudes alimentaires. Cette manière d'animer l'atelier est une stratégie pour, selon elle, ne pas les culpabiliser. En parlant des erreurs commises par les adolescents en général, sans cibler personne ni questionner individuellement chaque parent sur ses habitudes, elle leur permet de ne pas se sentir jugés et de prendre la parole s'ils le souhaitent.

Elle débute avec la thématique des quantités lors des repas. La mère de Camille explique que le moment le plus difficile de la journée c'est l'heure du goûter. C'est un temps où elle n'est pas toujours présente à la maison et où ses deux adolescents en profitent pour manger de façon excessive. La diététicienne explique qu'en général beaucoup de jeunes ne vont pas manger de petit-déjeuner et vont alors compenser, soit par des grignotages dans la matinée, soit par une alimentation excessive le midi, ou plus couramment, surtout s'ils mangent à la cantine, ils vont attendre le retour à la maison à 4h et manger des calories impressionnantes d'un coup. La mère de Camille rétorque : « *c'est exactement le cas de ma fille toute la description que vous venez de faire, c'est fou* ». Cette situation est commune à de nombreux parents et elle est également soulevée dans le traité de médecine de l'obésité (2004) comme nous l'avons déjà vu. Cette situation est, en revanche, analysée de manière très diverse selon si les professionnels appartiennent aux membres du GROS ou non.

La diététicienne aborde ensuite la thématique des boissons sucrées. La mère de Camille expliquera que ses enfants en prennent un petit verre chaque jour, avec une intonation gênée. Elle dit leur acheter du *redbull* aussi pour leur faire plaisir de temps en temps, une fois par mois. Elle ajoute :

« *c'est comme le restaurant, on y va une fois par mois, au Mc Do, ou au KFC ou alors au Burguer King* ». La diététicienne répondra qu'il est en effet important de garder des plaisirs, de ne pas les supprimer mais que ça ne doit pas être une routine quotidienne.

La diététicienne parle ensuite des « *grignotages* » ou des sauces comme la mayonnaise, ou le *ketchup*. Selon elle, ce sont de petites choses qui font facilement augmenter les calories et que l'on peut réduire doucement. La mère de Camille explique qu'elle n'en met pas systématiquement sur la table. La famille réalise parfois des plats où les sauces sont directement au sein de la recette mais rarement les jeunes en ajoutent à leur plat. La diététicienne évoque ensuite les grignotages devant les écrans. La mère de Camille dira aussitôt avec un grand soupir : « *la première chose qu'ils me demandent quand on entre au cinéma, c'est le maxi coca et les popcorns* ». D'autres parents confirment. La diététicienne propose une solution : « *Mais pourquoi pas, ça fait partie de la vie, c'est normal d'avoir envie de cela pour eux mais dans ce cas-là ils doivent considérer que ça remplace le goûter, par exemple, et que le reste de la journée ils ne doivent pas manger d'autres sucreries et boissons sucrées*. »

La diététicienne évoque ensuite le manque de consommation de fruits et légumes en général chez les jeunes. La mère de Camille dira : « *moi ma fille elle adore les légumes mais le problème c'est qu'elle mange autant de légumes que de pâtes par exemple dans son assiette, l'un n'empêche pas l'autre* ». Des parents soupirent en entendant la diététicienne prononcer le fameux slogan : « *5 fruits et légumes par jour* ». Ils disent que « *c'est irréalisable* », certains sont énervés et soupirent. La diététicienne explique que « *c'est faisable* », d'autres parents la soutiennent en disant qu'ils y arrivent « *parfois* ». La diététicienne explique que c'est une histoire de portion : « *par exemple si vous mangez une grosse pomme, c'est considéré comme plus qu'un seul fruit donc finalement vous pouvez vite arriver à cinq portions facilement* ». La mère de Camille explique que par manque de temps elle ne peut pas toujours faire de légumes, « *ils se font des pâtes et du jambon quand je n'ai pas le temps* ». Elle évoque aussi que financièrement c'est parfois difficile, mais à demi-mot. La question financière est souvent tabou et peu abordée dans les ateliers collectifs.

Jusqu'ici, la situation évoquée par la mère de Camille, en ce qui concerne l'alimentation, semble correspondre à ce que d'autres parents peuvent vivre. Tout le monde prend la parole et partage ses habitudes et ses expériences, même si la mère de Camille est certainement celle qui se manifeste le plus fréquemment.

La diététicienne évoque ensuite « *le problème de la vitesse* » à laquelle les jeunes mangent : « *s'ils mangeaient moins vite, ils ne seraient pas capables de manger autant* ». Elle évoque également le problème du « *volume dans l'assiette* » comme quelque chose d'important. D'où l'intérêt selon elle d'avoir des légumes en quantité plus nombreuse que le reste au sein de l'assiette : « *Le problème du Mc Do c'est que l'on n'est pas assez rassasié, on prend plusieurs sandwichs parce qu'il n'y a pas beaucoup de volume finalement. Le volume c'est important pour couper la sensation de faim* ». Elle aborde aussi cette peur fréquente d'avoir faim. Il est, selon elle, tellement désagréable pour les jeunes d'avoir cette sensation que du coup ils mangent au-delà de leur faim. La mère de Camille raconte : « *un jour j'ai essayé un truc, je lui ai dit de manger tout ce qu'elle voulait, sans limites, je me suis dit que ça allait l'écœurer à un moment donné mais même pas, quand je dis que j'ai tout essayé…* » On entend une forte lassitude de sa part.

Lorsque la diététicienne explique aux parents qu'ils doivent surveiller les stocks, la mère de Camille l'interrompt aussitôt : « *je vous le disais, moi ils trouveront toujours quelque chose, je peux faire quoi de plus ? moi je ne sais plus. Même en faisant les courses au jour le jour ça ne change rien* ». La diététicienne dit qu'elle ne peut pas faire plus, en effet. La mère montre fréquemment qu'elle applique tout ce que la diététicienne conseille mais que cela ne fonctionne pas. À ce stade de l'atelier, elle commence à montrer de plus en plus ses inquiétudes et à mettre en avant le fait qu'elle se sent désemparée face aux comportements excessifs de ses adolescents face à l'alimentation. Elle raconte différentes scènes familiales quotidiennes qui semblent s'éloigner de celles des autres parents présents. Les tensions autour de l'alimentation semblent plus vives au sein de la famille de Camille et Louis, à tel point que les regards sont souvent tournés sur cette mère lors de l'atelier. Lorsque les questions des quantités sont abordées et que la diététicienne demande si les parents ont déjà essayé de cuisiner moins en termes de quantité, la mère de Camille dit : « *c'est pire, ils vont manger très vite, encore plus vite, c'est leur mort à tous les deux là quand je fais ça, ils ont besoin d'être rassurés qu'il en reste derrière sinon c'est leur mort, je vous jure faut le voir pour le croire on dirait des louveteaux* ». Les autres parents semblent perplexes.

La diététicienne poursuit les conseils, sur le beurre, l'huile à limiter, puis sur d'autres catégories alimentaires, comme les féculents, produits laitiers, l'eau à table, les quatre repas par jours, etc. Elle explique qu'elle ne demandera pas aux jeunes de manger exactement ça mais de voir les petites choses qui peuvent être changées pas à pas pour tendre vers cela. La diététicienne clôture l'atelier : « *avez-vous des questions ?* » La mère de Camille dira : « *je pense qu'elle a un estomac énorme ma*

fille et qu'il faudra y aller progressivement pour elle ». La diététicienne répond : « v*ous savez en général ici ils ont l'impression de plus manger que chez eux parce que c'est très varié, entrée, plat, pain, fromage, dessert, c'est le même repas que toutes les autres personnes de l'hôpital* ». La mère de Camille dit qu'elle va donc essayer de ne plus tout leur proposer en même temps, l'entrée et le plat, mais de d'abord servir l'entrée, puis le plat. Elle va essayer de faire de la même façon qu'à l'hôpital. Jusqu'ici elle avait arrêté de proposer les desserts parce qu'il y avait assez de calories sur la table dit-elle. La diététicienne lui répond que de toute façon ça sera à eux de gérer, de moins manger de plat et garder une place pour un dessert par exemple. La mère de Camille ne semble pas pleinement satisfaite de la réponse : « *ah, mais vous ne vous rendez pas compte, ils auront toujours de la place pour un dessert, même s'ils ont beaucoup mangé avant, c'est affolant, c'est impressionnant, faut le voir pour le croire* ». Elle montre constamment à la diététicienne que les techniques vont être difficilement applicables à ses enfants. Souvent, la diététicienne lui répond qu'il faut le « *déclic* » ou bien la « *motivation* » des jeunes pour que tout cela fonctionne.

5.2.1.2. Entretien sur la scène familiale

L'entretien sur la scène familiale s'est déroulé seulement quelques jours après les observations sur la scène médicale. Nous allons décrire ici le déroulement de l'entretien et la relation enquêtrice-enquêtés qui s'est jouée.

Après avoir convenu par téléphone avec la mère de Camille d'un rendez-vous, je me suis rendue au domicile. Beaucoup de bruits se font entendre dès que je sonne à la porte. Il semblerait qu'il y ait plusieurs personnes. La mère vient ouvrir la porte. Elle me fait m'installer dans le salon autour de la table basse. Camille et sa grande sœur Jennifer sont présentes, ainsi que le bébé de cette dernière. La mère signale que le frère ne descendra pas, qu'il joue aux jeux vidéo dans sa chambre. Il ne souhaite pas parler de son poids. « *Il vous fuit* », me dit Camille en rigolant. Ses craintes sont compréhensibles, nous ne nous sommes encore jamais rencontrés et il ne souhaite voir aucun professionnel au sujet de son poids et doit très certainement m'assimiler à l'équipe médicale que sa sœur a rencontrée quelques jours auparavant. Finalement, au cours de l'entretien, le jeune garçon viendra tout de même nous rejoindre dans le salon et je lui poserais quelques questions. Il aura une attitude détachée concernant la thématique de son poids, semblera cependant particulièrement à l'aise, confiant et pleinement décontracté. L'aînée de la fratrie réalise des tâches ménagères dans la pièce à côté, pendant que la mère et Camille sont assises avec moi dans le salon. Camille est assise

à mes côtés sur le canapé. La mère m'invite à prendre un café et des gâteaux, tout en mettant en garde sa fille au sujet des gâteaux. Nous sommes face à la première altercation entre la mère et la fille.

Après une brève présentation sur les motifs de ma présence, l'adolescente est curieuse et me pose de nombreuses questions pour mieux me cerner avant que débute l'entretien. Elle use parfois d'un air provocateur qui peut sembler déroutant. Elle me demande par exemple : « *vous qui êtes Lilloise, ça ne vous gêne pas de venir ici à la campagne et marcher dans la boue* ? » ou encore : « *vous avez peur des chiens ? parce que nous on a trois gros gros chiens !* » Mais finalement, cet air provocateur correspond à ce que j'avais observé au Centre SSR B et à ce que les professionnels tout comme la mère peuvent en dire. Je lui réponds qu'au contraire j'adore les chiens et que ça me fait du bien de quitter Lille. Je laisse ainsi Camille poser toutes ses questions et un lien de confiance peut doucement se créer. Elle semble satisfaite de mes réponses. Aurais-je réussi le *casting* ?

La mère ne cesse de reprendre Camille et de tempérer ses propos durant l'entretien. Camille a tendance à extrapoler, enjoliver les choses, comme j'avais pu l'observer sur la scène médicale mais les autres membres de la famille n'hésitent pas à lui faire remarquer. Sa mère ajuste la vérité avec diplomatie, sa grande sœur la corrige immédiatement, quant à son jeune frère, il n'hésite pas à se moquer ouvertement d'elle. L'atmosphère est à la fois familière et particulière dans le sens où le frère et la sœur n'hésitent pas à se moquer l'un de l'autre, se « *dénoncer* », s'interrompre, crier et surtout s'insulter. On peut dire que les rires autant que les cris rythment cet entretien.

5.2.2. Un père effacé, une mère désemparée et un frère déscolarisé

5.2.2.1. Contexte socio-économique

La famille a quitté un appartement de quartier pour une maison de campagne il y a environ six ans. Ce déménagement semble avoir bouleversé les enfants. Le statut annoncé transitoire de la maison familiale dite « *en construction* » semble pourtant perdurer depuis plusieurs années. Il y a, par exemple, de nombreux murs en parpaing apparent et des murs dont la construction est non achevée. L'ensemble de la maison donne l'impression d'être en travaux. On aperçoit dans le jardin beaucoup de matériaux de récupération divers entreposés au milieu desquels des animaux (poules, chèvre,

chiens) cohabitent. Cette famille semble vivre modestement. Nous pouvons supposer que les travaux ont été interrompus pour des raisons financières.

Les parents appartiennent à la PCS ouvrier. La mère alterne des périodes d'emploi en tant qu'agent de nettoyage industriel et des périodes de chômage. Le père est chef de chantier (ouvrier) dans le drainage forage de nappes phréatiques et conducteur poids lourds. Il travaille fréquemment en déplacement et cela depuis des années. Il est souvent absent de la maison en semaine et parfois même les week-ends.

Cette famille est gênée à parler d'argent et encore plus à parler du manque d'argent. La mère met en avant de manière insistante et à des moments non propices, certains éléments qui viennent contredire ce manque de moyens apparent. Elle parle de loisirs onéreux et n'hésite pas à dire « *l'argent n'est pas un problème* ». Son discours est particulièrement contradictoire et rend l'analyse de ce portrait de famille complexe. Les professionnels nous diront également avoir beaucoup de mal à cerner le milieu social de Camille. Ils décrivent la famille comme étant en « *grande précarité* » mais sont également étonnés par quelques remarques contradictoires. Nous comprendrons lors de la suite de l'entretien que la jeune fille a fait l'objet de moqueries au collège, qui ne concernent pas uniquement son poids. Les jeunes ont employé des mots crus pour parler de son apparence, de son manque d'hygiène et de celle de sa maison. Elle explique s'être fait insulter de « *clocharde* » sur les réseaux sociaux. Cela explique certainement en partie le désir de cette mère de contrebalancer le discours de sa fille, franc mais violent. Peut-être souhaite-t-elle montrer qu'il n'y a pas tant de problèmes d'ordre socio-économiques que ce que les rumeurs assassines le laissent supposer. Peut-être que mes questions la mettent mal à l'aise. Pour respecter cette gêne, l'intimité de la famille, mes questions à ce sujet ne sont pas insistantes.

Le portrait de Louis est bref. Il est fuyant face à la prise en charge et se dit désintéressé par la problématique du poids, à l'image de son père. Selon la mère, s'il a pris du poids c'est aussi à cause du déménagement : « *Louis qui était premier de la classe en CE1 a fini dernier dans sa nouvelle école lors du déménagement. Il a dû redoubler alors qu'il était très bon élève* ». Actuellement en 5ème au collège, à 13 ans, Louis dit être « *à la retraite* ». Sa mère dira : « *il fait l'andouille, il est en année sabbatique, il a décidé de ne pas travailler* ». Aussi, elle le considère trop jeune pour une prise en charge avec hospitalisation car il est « *incapable* » de la quitter plusieurs jours de suite : « *ça va être très compliqué pour Louis de quitter maman* ».

Au niveau de la santé, la mère est diabétique. Elle l'a appris il y a quelques mois. Avant ce diagnostic, elle était en surpoids. Depuis, elle a perdu une trentaine de kilos. Si l'on se réfère à son IMC, elle appartient maintenant à la catégorie « poids normal ». Un professionnel du milieu médical suppose que la mère souffre d'addiction à l'alcool. Le père est en obésité, il pèse 156 kilos et mesure 1m90. D'après son IMC il appartient à la catégorie « obésité morbide ». Les professionnels évoquent les représentations autour du poids au sein de la famille. À titre d'exemple, ils sont étonnés d'entendre la mère dire de son mari qu'il est « *costaud, mais pas gros* » alors que si l'on se réfère à l'IMC ce dernier est considéré en « obésité morbide », soit le plus haut stade de l'obésité. La mère dit la même chose de ces deux enfants en obésité. Jusqu'à très récemment, elle pensait que leur poids allait se réguler « *naturellement* » au moment de l'adolescence et qu'ils allaient perdre leurs kilos superflus comme cela s'est produit pour l'aînée de la fratrie

5.2.2.2. Division sexuée du travail parental de soins domestiques de santé

Le père semble en retrait face à la gestion de la santé des enfants. Nous supposons cela par ses absences durant nos observations et entretiens mais aussi selon les propos recueillis par la mère, Camille et les professionnels. Il est souvent absent à cause de son travail mais « *toute la famille a pris l'habitude de vivre ainsi ce n'est pas un problème* » d'après la mère. Les professionnels considèrent la mère soutenante envers l'adolescente mais ils ne savent pas ce qu'il en est du père et s'inquiètent de cela. Cette absence du père pourrait constituer un obstacle à la réussite de la prise en charge selon eux. La mère doit prendre beaucoup de son temps afin de gérer les rendez-vous médicaux : « *je suis obligée de prendre des jours de congé, je me suis mise en congé pour elle, il fallait la conduire à tous ses rendez-vous* » dit-elle. Concilier vie professionnelle et vie familiale ne semble pas évident. Elle est parfois obligée de refuser certaines choses, comme la prise en charge pour le poids de son fils qui avait été proposée par une association : « *Le problème c'est qu'il faut le temps, un jour par semaine pendant plusieurs semaines, mon mari travaille en déplacement et moi je travaille aussi, ou je n'ai pas beaucoup de temps pour eux, enfin, on est nombreux ici, faudrait que ça soit à ma plus grande fille de l'emmener* ». Lorsque le rendez-vous est jugé trop important, qu'elle ne peut ni l'annuler ni poser de congés, elle se tourne alors vers sa fille aînée, Jennifer, afin qu'elle puisse gérer à sa place. Il semblerait que Jennifer ait une place importante au sein de la famille malgré qu'elle ait quitté le domicile familial. Elle épaule la mère et prend le relais si

nécessaire. Elle veille sur les deux plus jeunes de la fratrie et en retour, les adolescents veillent sur son tout jeune enfant. On constate beaucoup d'entre-aide au sein de la famille.

Il existe une certaine opposition dans les comportements entre d'un côté le père et le fils et de l'autre, la mère et la fille aînée, qui soutiennent de différentes manières Camille dans son désir de prendre en charge son obésité. Au milieu de ses attitudes et comportements alimentaires opposés, Camille semble perdue.

Si le père ne semble pas inquiet, la mère semble désespérée par la situation de ses deux adolescents ces dernières années, par leurs crises de « *compulsions alimentaires* », leur poids qui ne cesse d'augmenter et leurs disputes parfois violentes qui tournent autour de l'alimentation. Elle ne sait plus quelle attitude adopter, quelles solutions et stratégies proposer. Les professionnels la décrivent également comme inquiète et démunie.

À titre d'exemple, nous pouvons citer le temps du goûter qui semble très problématique à la maison. C'est un temps où les adolescents se font « *un véritable repas, des pâtes et du jambon par exemple* » dit la mère. Le retour du collège est un moment incontrôlable. Elle explique que Camille ne vide pas le frigo comme son frère et ne mange pas du salé dès le matin comme lui, mais en revanche, très souvent elle va sauter des repas, grignoter, ou manger énormément à l'heure de ce fameux goûter et des quantités impressionnantes. Des aliments disparaissent régulièrement des placards et du frigo : « *j'en suis arrivée à devoir faire les courses au jour le jour et même en faisant ça, il y a des choses qui disparaissent* ». La mère de Camille enchaîne : « *une fois mon fils je l'ai vu manger des pâtes à la bolognaise au petit déjeuner, une autre fois de la pizza* […] *Vous vous rendez-compte ? On ne peut même pas avoir de restes de repas dans le frigo parce que ça sera forcément mangé. L'autre jour, après le barbecue, il restait une dizaine de saucisses et merguez et bien, le lendemain matin elles avaient disparu* ». Les jeunes se renvoient la faute l'un sur l'autre constamment ce qui rend la mère particulièrement confuse.

La mère demande distinctement de l'aide aux professionnels à l'exemple de cette interaction avec la pédiatre durant l'atelier exposé précédemment : « *Moi je ne comprends pas, vous venez de nous demander quelles solutions on a pour nos jeunes, mais le problème c'est que moi je suis venue ici pour que ce soit vous qui me donniez la solution, parce que moi je n'ai plus rien en réserve, plus d'idées, j'ai tout essayé* ». On remarque qu'il se joue là une incompréhension entre les deux

protagonistes. La médecin souhaitait que les parents mettent en commun l'ensemble des solutions qu'ils avaient déjà essayé, ou qu'ils avaient simplement pensé, afin de provoquer un échange et de partir de leur propre expérience pour ensuite leur proposer des solutions. La mère de Camille a eu l'impression qu'on lui demandait de chercher elle-même des solutions, à nouveau, alors qu'elle est épuisée. Elle a eu peur de sortir de cet atelier sans nouvelles solutions concrètes.

Camille et sa mère sont très proches et se confient fréquemment l'une à l'autre. Camille est souvent dans la provocation avec sa mère, par exemple, dans la salle du centre spécialisé B consacrée aux familles, elle demande par exemple à sa mère devant tous les autres parents : « *alors maman, lequel parent tu préfères dans la salle, toi qui n'es pas sociable ?* ». Une autre fois, lorsque l'on demande à sa mère quel est son métier, Camille réplique : « *non t'es une chômeuse, c'est rien le ménage, elle ne pousse qu'un balai, papa il te la dit une fois* (rire) » La mère gênée durant notre entretien réplique souvent « *elle provoque toujours, faut pas faire attention* (avec un sourire) ». On la voit également mentir de temps en temps aux professionnels, volontairement, afin d'être certaine d'être acceptée dans le séjour et d'amuser les autres jeunes, témoins. Elle fera par exemple croire qu'elle a adoré le repas du midi au centre B, alors qu'en cachette, nous l'avons vu manger des sucreries mais surtout s'en vanter aussitôt que le professionnel quitte la pièce. Cette relation mère-fille est dite « *particulière* » par les professionnels : « *Elles communiquent beaucoup mais de manière assez virulente et agressive. Je me souviens la synthèse de la journée multidisciplinaire où oui c'était balle de ping-pong entre les deux »* (Entretien, Mme Andreas, Infirmière, Centre spécialisé).

5.2.3. Camille au centre d'un cercle vicieux

Camille a 15 ans. Elle est décrite comme « *grande gueule* », ayant du « *caractère* », « *franche* » et « *honnête* » par les professionnels et les autres jeunes du CSSR B. Ils disent qu'elle a tendance à crier facilement et parler fort. Certains adolescents disent qu'elle est « *vulgaire* », « *sans gêne* » ou encore « *spéciale* ». Pour ces motifs, quelques parents semblent inquiets de l'imaginer avec leurs adolescents dans le même séjour. Un professionnel se questionnera sur une éventuelle « *déficience intellectuelle* » au vu de son comportement.

5.2.3.1. Stigmatisation sur la scène scolaire

Camille est en 3ème en classe SEGPA. Son entrée au collège ne s'est pas bien passé d'après la mère : « *il y avait trop d'élèves dans la classe elle se sentait perdue* », la mère ajoute : « *elle avait cinq de moyenne générale, qu'est-ce que vous voulez que je fasse avec ça ?* ». Les démarches n'ont pas été simples pour que sa fille puisse relever de la SEGPA mais la mère le voulait absolument, car les classes sont moins nombreuses : « *ils sont une dizaine par classe, c'est mieux* ». Ses notes se sont améliorées à partir du moment où elle a été acceptée en SEGPA. En revanche, les moqueries semblent fortement présentes tout au long de sa scolarité au collège. Il existe également des querelles entre filles, des insultes, de la stigmatisation sur l'apparence physique, l'hygiène et le milieu social. Elle se retrouve souvent au milieu de disputes et à tendance à être agressive verbalement envers ses autres camarades de classe. Selon la mère, ce sont les multiples moqueries subies durant plusieurs années qui l'ont amenée aujourd'hui à être sur la défensive voir agressive : « *du coup des fois elle attaque avant d'être attaquée* […] *à force de recevoir des remarques maintenant elle en donne aussi, elle devient presque méchante* ». C'est le constat de nombreux parents. En effet, ces jeunes stigmatisés, harcelés, moqués à l'école, se mettent parfois à avoir des comportements violents envers leurs agresseurs afin de se défendre. La mère a déjà tenté d'intervenir au sein du collège afin de faire cesser ces moqueries. La camarade de classe responsable du harcèlement s'est calmée mais Camille dira qu'elle continue à l'insulter sur les réseaux sociaux : « *elle s'amuse quand même à m'insulter, par messages dans sa story je le vois, elle me traite de pute et de pauvre clocharde* ».

Concernant le motif de la prise de poids, cela reste flou pour la famille. En début d'entretien la mère associe cela au moment de leur déménagement il y a six ans : « *ça vient d'un coup de stress, je pense, suite au déménagement* ». Cette date clé a été identifiée avec les professionnels de santé lors des différents bilans en traçant la courbe du poids. Mais la mère et la fille parlent surtout de multiples motifs, de cercle vicieux sans forcément y mettre ces termes. La mère dira « *tout est lié* ». L'adolescente semble très énervée contre ses camarades de classe. Elle est virulente lors de l'entretien à leur égard. On sent qu'elle accumule beaucoup de colère et a connu de nombreux épisodes stigmatisants surtout sur la scène scolaire. La mère nous confiera tout en regardant sa fille : « *vous savez les enfants ne sont pas toujours très gentils entre eux, ça perturbe, ça travaille, hein mon loup, t'as eu des réflexions ?* ». Camille répondra : « *ouais j'ai perdu des cheveux et ma mère l'a vu parce que je ne mangeais plus, alors que je m'étais calmée mais j'étais stressée du*

coup ». La mère évoque alors le côté cercle vicieux : « *si l'enfant en surpoids se fait harceler, ça le fait stresser et le stress ça fait manger* ». Devant les camarades qui l'insultent, Camille me dit qu'elle rigole, sa mère lui a appris à se défendre ainsi. Dès qu'elle rentre à la maison, elle avoue cependant pleurer auprès de sa mère et faire des crises : « *faut bien que ça ressorte ce que je me mange dans la journée comme réflexions par les autres et des fois je fais des crises de nerf à la maison* ».

5.2.3.2. Trajectoire de poids de Camille

Les démarches concernant le poids sont récentes. Il semblerait que les choses soient devenues chaotiques depuis le déménagement familial il y a six ans, mais ce n'est que depuis une année que la mère explique s'inquiéter du poids de ses enfants. On s'aperçoit que sa « *prise de conscience* » s'est faite après avoir été elle-même diagnostiquée diabétique il y a tout juste deux ans. Avant son diagnostic, elle était en surpoids, avait une alimentation très éloignée des recommandations et ne faisait pas forcément de lien entre alimentation, obésité et santé. Rappelons aussi que les représentations autour du poids à l'intérieur de la famille sont significatives. Ils disent par exemple du père en « obésité morbide » que ce dernier est « *costaud, mais pas gros* ». Sa prise en charge concernant son diabète semble l'avoir profondément changé. Pour des motifs de santé, elle a aujourd'hui considérablement modifié ses habitudes alimentaires, ce qui a occasionné une perte d'une trentaine de kilos : « *j'ai totalement arrêté le sucre dans mon café, par exemple, maintenant c'est un nuage de lait, avant je mettais systématiquement du sucre* […] *Et hier par exemple quand on a fait des croques monsieur, chacun a mis ce qu'il voulait dedans, chacun s'est débrouillé, moi avant j'aurais mis du beurre des deux côtés et deux tranches de fromage, mais maintenant je ne fais plus ça, je ne peux pas, il ne faut pas. J'ai arrêté le beurre et je n'ai mis qu'une tranche de fromage. Et j'ai dit à mes enfants de faire pareil que moi hier soir, mais bon, personne ne m'a écouté ...* » Elle est devenue inquiète récemment concernant la santé de ses enfants. Sa principale peur est qu'ils développent différentes maladies, comme la sienne. Elle souhaite les entraîner dans sa nouvelle dynamique mais cela semble difficile. Le père et le fils refusent de s'y intéresser et Camille est en grande difficulté face à l'application de nouvelles normes alimentaires.

La mère a commencé les démarches concernant le poids il y a une année dit-elle. Selon elle, il était normal que les enfants soient un peu « *costauds* » et ils allaient s'affiner après l'âge de 12 ans. Cette représentation est largement partagée au sein des mères interrogées. Cette croyance est fondée sur

l'expérience qu'elle a eue avec Jennifer, l'aînée : « *je me disais qu'ils mangeaient beaucoup, mais qu'à un moment donné ils allaient arrêter et mincir* […] *la grande a été aussi en surpoids plus jeune et vous voyez maintenant ce n'est plus le cas, à 12 ans elle a commencé à perdre naturellement du poids. On pensait que Camille ça serait pareil* ». Elle s'inquiète de voir que cela ne fait qu'augmenter d'année en année et surtout. Elle a donc parlé de ses inquiétudes l'an passé à son médecin traitant de famille qui lui a dit qu'il ne fallait plus attendre et s'est empressé de lui rédiger un courrier afin qu'elle se dirige vers le Dr Thomas, pédiatre à l'hôpital C. Les deux adolescents ont donc effectué la journée de bilan multidisciplinaire à l'hôpital C, fin 2017. Les professionnels ont proposé au garçon d'aller dans le secteur associatif afin de se faire prendre en charge pour son poids. Cela semble une solution en adéquation avec son jeune âge et le fait qu'il refuse de toute façon d'aller dans le milieu hospitalier et d'être séparé trop longtemps de sa mère. Camille en revanche leur a demandé elle-même si elle pouvait être hospitalisée en séjour prolongé parce qu'elle en avait déjà entendu parler.

Si Louis s'est arrêté à ce bilan, Camille a poursuivi. Mère et fille ont été faire une première rencontre avec le Dr Le Roux du Centre SSR B « *pour tester les motivations de Camille* » : dira la mère. En effet, avant d'entrer en séjour spécialisé, il y a tout un protocole : la famille doit réaliser une première consultation avec le docteur, fixer de premiers objectifs, pour ensuite pouvoir bénéficier de consultations avec l'infirmière référente et la psychologue, la diététicienne, selon les besoins. C'est uniquement suite à plusieurs consultations, qu'un séjour peut être conseillé ou non. Pour Camille, cela s'est déroulé différemment. Dès la fin du premier entretien avec le Dr Le Roux, Camille a été orientée pour effectuer une journée bilan multidisciplinaire. Cela ne respecte pas le protocole annoncé par les professionnels mais finalement il arrive à maintes reprises que les jeunes réalisent très peu de consultations individuelles avant d'entrer en hospitalisation plusieurs semaines.

Lors de la synthèse de la journée de bilan multidisciplinaire, les professionnels concluent que Camille est « *franche* » et « *honnête* ». Peu de changements ont été mis en place depuis le rendez-vous avec le Dr Le Roux. L'adolescente souhaite être accompagnée afin de changer ses habitudes, elle est autant désemparée que sa mère. La décision prise à la suite de cette journée est une hospitalisation en période estivale afin de ne pas perturber sa scolarité. Camille est peu satisfaite de cette proposition car elle aurait préféré commencer le séjour plus tôt, comme les autres jeunes participants de cette journée de bilan. En juillet et en août les professionnels essayent de faire venir en priorité des jeunes ne pouvant s'absenter le reste de l'année, soit parce qu'ils ont le brevet, soit

parce qu'ils sont en CAP ou BAC PRO. Le fait que Camille soit d'une part plus jeune que le reste du groupe présent à la journée bilan et d'autre part, qu'elle doive passer son brevet, a été décisif pour le choix de la période selon les professionnels.

5.2.4. Représentations familiales autour de l'alimentation

La famille Levebvre est prise dans de fortes tensions familiales quotidiennes autour de l'alimentation. La mère de Camille dit qu'elle demande le silence à table mais que cela ne fonctionne jamais : « *la plupart du temps il y a beaucoup de conflits entre frère et sœur, sur leurs assiettes, s'il y en a un qui a une pâte de plus c'est la catastrophe, parfois ils se forcent à manger pour embêter l'autre, c'est affolant, ils se battent toujours pour la nourriture* ». Elle ajoute : « *c'est leur seul sujet de dispute la nourriture, ils se tapent dessus parfois pour ça* ». Les tensions autour de l'alimentation sont extrêmement palpables dans cette famille. Lors des ateliers entre parents, la mère dévoile les nombreuses disputes à table, lors des sorties à l'extérieur, etc. Le sujet principal de disputes de cette famille tourne autour de l'alimentation. Les autres parents semblent fortement étonnés de voir à quel point les disputes peuvent être violentes car même s'il y a des tensions dans toutes les familles autour de l'alimentation, cela ne s'exprime pas forcément de telle manière.

Camille sait parfaitement identifier ce qu'il faut manger selon les normes en vigueur, elle récite brièvement ce qu'elle a appris ces derniers temps à ce propos. La mère dira : « *depuis le temps qu'on a rencontré les médecins, tout ça, ils lui ont expliqué comment elle devait manger, enfin je ne sais plus, elle m'avait expliqué … un quart de pâtes c'est ça ? »* Camille complète la phrase de sa mère, montrant qu'elle a bien intégré les recommandations : « *oui un quart de viande et un demi de légumes ».* Le problème selon la mère ce sont ses « pulsions incontrôlables ». Camille fait « *très attention à ses assiettes* » mais elle finit toujours par « *tomber dedans* » dira la mère.

La mère explique que les deux adolescents « *se cachent dans leur chambre pour manger. Parce qu'ils savent qu'ils n'ont pas le droit ».* Souvent, elle retrouve de la vaisselle sale ou les paquets vides : *« C'est fatigant. Parce que c'est dès qu'on ne fait pas attention à eux qu'ils font n'importe quoi* ». Elle ne comprend pas l'attitude de ses enfants et elle semble désespérée face aux crises compulsives : « *Ma fille elle veut mincir, elle veut le faire pour sa santé aussi, elle me le dit, mais par exemple à table en famille le week-end, parce que mon mari est en déplacement la semaine*

sinon, on surveille ses assiettes, on lui dit qu'elle n'en mange qu'une, mais non, elle ne veut pas passer au dessert, elle fait une crise si elle n'a pas la deuxième assiette ».

5.2.4.1. « *des fois je tombe dedans* »

L'extrait d'entretien dévoilé ci-dessous révèle une interaction entre Camille, Jennifer et leur mère à propos des comportements alimentaires de l'adolescente. Cela met en avant sa sensibilité sur le sujet, sa difficulté à changer malgré la motivation, la frustration que ça provoque mais surtout les tensions familiales engendrées. Les émotions des trois protagonistes sont précisées entre crochets, car elles sont importantes pour saisir les différentes émotions par lesquelles passent Camille, de la tristesse à l'énervement et les efforts déployés par la mère afin de la rassurer et la calmer.

> - **Mère** : *Camille est de bonne volonté, sincèrement je l'adore, elle fait très attention à ses assiettes et tout […] jusqu'à ce qu'elle tombe dedans.*
>
> - **Camille** : *Mais je leur ai dit aux médecins que des fois je tombe dedans* [intonation sur la défensive]
>
> - **Mère** : *Oui le problème ce sont les choses à côté* [intonation apaisante]
>
> - **Jennifer** : *Comme les glaces* [rire moqueur]
>
> - **Camille** : *Ferme ta gueule* [hurlement]
>
> - **Mère** : *Chut ça enregistre, arrêtez.* [gêne]
>
> - **Camille** : *Ma sœur dit n'importe quoi* [lassée]
>
> - **Mère** : *La dernière fois c'est vrai qu'elle a été de bonne volonté. Sa coupe de glace était très raisonnable […] Mais elle avait mis une tonne de chantilly par contre.*
>
> - **Camille** : *Ferme là toi aussi, je n'ai pas mis beaucoup de chantilly* [crie, soupire et frustration]
>
> - **Mère** : *Chut !* [gêne]
>
> - **Camille** : *Vous m'énervez, vous dites toutes les deux n'importe quoi, je porte plainte contre vous* [tristesse, au bord des larmes]
>
> - **Mère** : *Ici on n'a pas le droit d'en parler ni de faire des remarques. C'est un sujet très compliqué. J'essaye de faire passer des choses en douce, je ne rentre pas direct dedans comme ça, ça ne sert à rien, on y va en douceur, hein Camille ? je lui dis toujours que ce n'est pas grave quand elle est dans l'excès et que la*

prochaine fois on en mettra encore moins, hein mon loup ? [intonation réconfortante]

- **Camille** : *oui, mais la dernière fois j'en ai mis moins justement* [insistante]

- **Mère** : *oui très bien, tu m'as épatée, tu en as mis un peu moins* [intonation réconfortante]

- **Camille** : *juste un petit peu ? carrément moins ouais tu veux dire* [sourire]

- **Mère** : *Oui oui c'est vrai tu as raison, rien à voir* [intonation réconfortante]

5.2.4.2. Rouge à lèvres ou crème glacée ?

Ce deuxième extrait d'entretien vient illustrer les tensions familiales, toujours liées à l'alimentation mais cette fois lors d'une sortie à l'extérieur. Jennifer semble à nouveau l'élément déclencheur de l'énervement de Camille. La mère semble cette fois complètement outrée du comportement alimentaire de sa fille et n'hésite pas à en parler ouvertement. Camille est très en colère, frustrée et accuse toute la famille de mentir à nouveau.

- **Jennifer** : *Bon et tu as parlé de Burger King il n'y a pas longtemps là à la dame ?* [air moqueur]

- **Camille** : *Pffff ça va j'ai pris un sandwich et une salade* [agacée]

La grande sœur se met à éclater de rire. La mère se met à sourire.

- **Camille** : *Vous êtes vraiment des ...* [énervée]

- **Mère** : *Personnellement je suis partie de la table je ne pouvais pas regarder ça, je ne pouvais pas la regarder manger, ce n'est même plus simplement manger ... je ne veux pas être méchante, mais elle s'est mangé un menu XL avec deux steaks hachés. Bon au départ elle était de bonne volonté, elle a pris une salade pour l'accompagner et non les frites.*

- **Camille** : *Pfff non c'est toi qui m'as dit « pas question que tu bouffes des frites Camille »* [lassée]

- **Mère** : *Ouais. Bon, alors elle a pris ce sandwich, cette salade et une boisson. Puis finalement après elle a gagné un deuxième sandwich, mais comme nous toutes ! Jennifer et moi on a emporté à la maison nos sandwichs pour les manger plus tard, parce que déjà le menu on avait du mal à le finir, mais elle, elle a mangé les deux sandwichs et vous savez quoi ? Elle a même mangé une glace et la glace de sa copine qui n'arrivait pas à la finir.* [désabusée]

- **Camille** : *Pfff non il restait qu'une cuillère […] Je vous jure sur la vie de ma mère je vais tous vous […] Puis Louis il les a mangés à l'heure du goûter les sandwichs lui hein* [frustrée, énervée]

- **Mère** : *Mais ce n'est pas grave Camille, c'est la vérité c'est tout, il faut le dire.* [intonation réconfortante]

À l'extérieur la tentation est présente partout. Pendant les virées shopping mère-fille, lors des sorties entre copines, durant les sorties familiales au restaurant, etc. La mère de Camille dit qu'elle a dû arrêter de donner de l'argent de poche, car sa fille allait tout le temps s'acheter de la nourriture avec « *des gros paquets de bonbons* » et « *des viennoiseries* ». La mère de Camille lui offre donc des choses de temps en temps mais même ainsi, les choix sont difficiles. Elle explique la dernière situation où elles ont fait les courses et où sa fille a dû faire un choix entre s'acheter une glace ou du rouge à lèvre. Elle a finalement pris le rouge à lèvres : « *c'était un gros dilemme, mais j'étais fière d'elle* ». La mère ajoutera : « *c'est un véritable casse-tête quotidien pour eux, tout tourne autour de l'alimentation, c'est envahissant* ».

5.2.4.3. Repas familial : « *Tu manges une cuillère, tu prends dix kilos !* »

Ce dernier extrait d'entretien montre une nouvelle tension au sujet de l'alimentation. Cette fois, il s'agit de Camille qui, énervée qu'on lui reproche ses comportements alimentaires, rejette la responsabilité sur son père, qui selon elle ne fait également pas attention à la manière dont il cuisine pour toute la famille. L'adolescente semble perdue. Entre une mère et une sœur qui font attention à leur alimentation et un père et un frère qui ont des comportements opposés. Du côté des habitudes alimentaires, le père est décrit par la famille comme cuisinant de manière trop copieuse, en termes de quantité et calories. Il ne se soucie pas de son poids. Malgré de vifs reproches énoncés par Camille au sujet de la façon de cuisiner de son père qui la met grandement en difficultés, elle semble éprouver une certaine admiration envers son père. Elle envisage par exemple de faire le même métier que lui.

- **Camille** : *Ouais bah tu m'excuses maman, mais quand ton mari il cuisine, il vide deux paquets de gruyère format family dans le plat ! Je dois dire quoi moi à ça ? Tu manges une cuillère tu prends dix kilos !* [intonation énervée].

- **Mère** : *C'est vrai que mon mari quand il fait à manger, il fait bien à manger […] moi comme je suis diabétique je suis obligée de trier, je n'ai pas le droit au fromage, heureusement que j'ai des chiens pour leur donner ce que je ne mange pas. Je mange ce que je peux, c'est difficile* […]

- **Camille** : *Et puis quand il fait des patates, il met même deux grands reblochons et par dessus un paquet de gruyère entier.*

- **Mère** : *Oui mais ce n'est pas pour ça que tu n'en manges pas. Tu as mangé deux assiettes l'autre fois de ce plat. Et c'est ça le problème, dès qu'elle voit à manger c'est terminé. Le matin ça peut être une pizza.*

- **Camille** : *Pfff. Non, mais ça c'est pas vrai, c'est Louis qui mange n'importe quoi n'importe quand, lui le matin c'est saucisson et après à 4h il a englouti les deux sandwichs Burger King. Alors que moi j'ai fait de grands efforts, faut arrêter un peu. Si tu veux moi je suis capable d'engloutir des paquets de gâteaux et tout ! Mais je me retiens moi !* [énervée, vexée et frustrée].

- **Mère** : *Moi je continue à acheter quand même, je ne veux pas les priver, il faut qu'elle apprenne à canaliser ... à résister, comme moi depuis que je suis diabétique.*

- **Camille** : *bah j'ai résisté là par exemple les gâteaux que l'on mange ça fait une semaine qu'ils sont dans le placard !*

Il se joue là une incompréhension totale entre elles. La mère acquiesce que le père cuisine de manière disproportionnée, loin des recommandations dictées par les professionnels de l'accompagnement thérapeutique. Elle ne critique son mari à aucune reprise. Elle esquisse simplement un sourire lorsque la jeune pointe du doigt cette habitude de cuisiner « hors normes ». Elle dit bien qu'elle doit trier la nourriture elle-même lorsqu'elle est préparée par son mari et limiter les quantités à cause de son diabète. Elle considère alors que l'adolescente devrait s'ajuster aux plats préparés par son père de la même façon c'est-à-dire trier, ou consommer de petites quantités, ou lutter contre les propositions. La jeune fille se sent frustrée, coupable de céder et incapable de résister. Elle semble totalement perdue par les comportements contradictoires au sein de sa famille.

Après avoir étudié deux portraits de famille, nous allons maintenant nous atteler à l'étude des problématiques récurrentes au sein des trajectoires des adolescents grâce à une analyse détaillée du cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité appliqué à l'adolescent.

Chapitre 6 — Cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité chez l'adolescent

Lorsque les professionnels interrogent le motif de la présence des jeunes en consultation, il est fréquent que les adolescents répondent : « *je me suis fait traiter* » ou « *je me suis fait insulter* » (Entretien, Dr Frank, Pédiatre, Centre Hospitalier). Les formes de stigmatisation les plus récurrentes et mises en avant par les adolescents sont celles véhiculées par leur groupe de pairs à l'école, à tel point qu'elles représentent le motif premier énoncé des consultations sur la scène médicale spécialisée de l'obésité. Les adolescents emploient différents termes qui désignent la stigmatisation faite à l'égard de leur corps : harcèlement, moqueries, remarques sur le poids et insultes. Un concept pertinent pour éclairer les trajectoires et expériences d'adolescents en obésité est alors celui de la stigmatisation, tant il est présent au sein de leurs histoires de vie.

Dans la lignée de Goffman (1963), nous considérons la stigmatisation comme un processus social relationnel qui se construit par une succession d'interactions et de négociations et qui tend à discréditer un individu considéré comme « anormal » ou « déviant ». Ce Chapitre met en avant le fait que les jeunes en obésité font face assez tôt dans leurs parcours de vie, à travers notamment leurs interactions sur la scène scolaire, à des réflexions et comportements stigmatisants à l'égard de leur corps par leurs pairs. Si la stigmatisation est un concept dont s'est emparée la sociologie, cela est moins évident pour ce qui est de l'obésité et encore moins s'agissant des adolescents en obésité. Poulain (2000, 2009) reprend les travaux de Goffman autour de la stigmatisation pour étudier l'obésité et élabore la théorie du « cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité » : obésité ; stigmatisation ; dévalorisation de soi ; pratiques alimentaires compensatoires et ainsi de suite.

Si ses travaux ne sont pas spécifiquement tournés vers l'âge de l'adolescence, il ne manque pas de préciser dans son ouvrage consacré à la *Sociologie de l'obésité* (2009) qu'en ce qui concerne les enfants, l'influence de la stigmatisation sur leurs trajectoires sociales est plus considérable que pour les adultes car elle intervient au moment de la socialisation alimentaire, des apprentissages scolaires et de la construction de la personnalité, des rôles sociaux et sexuels (2009 p.114). La dévalorisation de soi et la désocialisation qui accompagnent la stigmatisation pourraient également avoir un impact sur l'échec scolaire et participer à impacter la socialisation alimentaire (*ibid*.). D'autres auteurs ont montré que l'impact de la stigmatisation pourrait être particulièrement important chez les adolescents car elle pèse sur la scolarité, laquelle influe sur les futures trajectoires professionnelles (Sobal, 1991a et Tibère et *al*., 2007). L'article de Tibère et *al.* (2007) apporte un éclairage sur la notion de stigmatisation de l'obésité à l'âge de l'adolescence en analysant des échanges d'adolescents en obésité sur un forum du site internet obésité.com. Cet article constitue un appui récent pour notre recherche, néanmoins, il ne mobilise pas la question de l'appartenance à la classe sociale, ce qui semble pourtant important comme le montre ce chapitre où processus de stigmatisation et processus cumulatif des inégalités se mêlent.

Le peu de travaux de recherche existants nous amène à proposer au sein de ce chapitre une ethnographie des adolescents en obésité.

> *Ils cumulent les difficultés. Quand ils n'ont qu'un souci de poids… ce n'est clairement pas la majorité. Ceux qui ont juste un souci de poids mais aucune pathologie associée, aucun problème scolaire, qui ne sont pas défavorisés sur le plan social, ce n'est pas le cœur de notre métier.* (Entretien, Dr Maes, Pédiatre, Centre hospitalier)

Les jeunes sont en effet touchés par différentes problématiques : problèmes de santé (malaises à l'école récurrents, douleurs au ventre, programmes spécifiques mis en place à l'école : PPRE, PAI, PAP), difficultés scolaires (scolarisation en SEGPA, problème de comportement, absentéisme, déscolarisation, harcèlement scolaire), situations socio-économiques des parents difficiles (mères au chômage, pères absents, classes populaires majoritaires). « *Chez les parents, il y a certaines professions qui reviennent plus souvent que d'autres comme les techniciennes de surface, les chauffeurs poids-lourds, les boulangers-pâtissiers et les cuisiniers, c'est vraiment très courant. »* (Entretien, Dr Simon, Pédiatre, Centre spécialisé) Concernant, en effet, le contexte socio-économique des familles, parmi les vingt et un entretiens biographiques menés, onze sont de classes

populaires[164]. En ce qui concerne les observations, le nombre de parents de classes populaires est encore plus élevé que celui des entretiens et il existe de nombreuses problématiques sociales et psychologiques comme en atteste l'observation retranscrite de l'atelier cuisine avec quatre adolescents au sein du Centre SSR B (Annexe n°15 : « Atelier de cuisine en CSSR avec Ambre, Aline, Evan et Kilian »). Il y a de nombreux parents et adolescents en grande précarité[165] lors de nos observations, comme nous le verrons à travers le portrait de Djamal évoqué lors du Chapitre 8.

Pour structurer cette ethnographie des adolescents en obésité, une relecture du concept de « cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité » est proposée (Poulain, 2000, 2009) en l'appliquant à l'adolescence. Cela permet d'éclairer la fabrication du processus de stigmatisation au plus tôt dans la trajectoire d'une personne. Mobiliser une grille de lecture en termes de cercle vicieux apparaît d'autant plus fécond pour cette recherche que les parents tout autant que les professionnels évoquent eux-mêmes le terme de « *cercle vicieux* » pour désigner les multiples problématiques qui gravitent autour des adolescents en obésité. Nous verrons au fil de l'analyse les variables les plus pertinentes à ajouter au concept initial de Poulain. Le chapitre est découpé en quatre parties. Les trois premières correspondent au cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité selon Poulain mais ajusté à l'adolescence : la stigmatisation sur la scène scolaire (6.1), la dévalorisation de soi (6.2) et enfin, les comportements alimentaires bouleversés et ses conséquences sur la « famille » (6.3). Une dernière partie éclaire l'inégale répartition en ce qui concerne les soins domestiques de santé que révèle la gestion parentale de l'obésité (6.4).

6.1. Stigmatisation des corps sur la scène scolaire

Les adolescents évoquent le harcèlement scolaire, les moqueries et les insultes à l'école, ou encore le rejet par les pairs, comme des événements ayant un impact important dans leurs trajectoires au point d'être motif de consultations sur la scène spécialisée[166]. Ce chapitre se focalise, ainsi, sur la stigmatisation à l'école, même si la stigmatisation des jeunes en obésité peut également

[164] Pour comprendre la manière dont les adolescents et parents ont été catégorisés selon les PCS en classes sociales, se référer au Chapitre 2 et à l'annexe n°11 : « Classer les enquêtés selon les PCS ». Aussi, la notion de « classes populaires » préférée dans ce Chapitre 6 fait référence aux travaux de Schwartz (2011) et Siblot et *al*. (2015) qui sont approfondis lors des propos introductifs.

[165] Nous ne pouvons pas fournir de données chiffrées précises de ce constat, lors des observations peu de professionnels demandent la profession des parents ou nous donnent par exemple accès au score EPICES parfois réalisé par les parents. Se référer à notre Chapitre 2 pour davantage de détails à ce sujet.

[166] Précisons tout d'abord ce qui se cache derrière « motif de consultation ». Il s'agit d'analyser le motif énoncé par les adolescents et les mères à consulter pour la première fois un spécialiste, au sein d'une structure qui prend en charge l'obésité que cela soit en centre hospitalier, en CSSR ou encore en réseaux de soins.

avoir lieu très tôt sur la scène médicale, ou au sein même de la structure familiale, ou dans l'entourage, etc.

6.1.1. Harcèlement scolaire et stigmatisation des corps gros

« *Tous les jeunes qui viennent ont des violences à l'école, collège, lycée et même primaire, ce n'est pas simple* […] *On entend souvent parler de harcèlement scolaire. »* (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier) Les jeunes connaissent du « *harcèlement scolaire* » dès la primaire, pour reprendre les termes fréquemment utilisés par les parents, comme les adolescents et les professionnels sur notre terrain d'enquête.

Les filles se confient davantage que les garçons. Maëlys a été harcelée tout au long de son collège :

> *J'ai été en 6ème et 5ème dans le même collège où j'ai été harcelée, du coup on m'a changé de collège, et en 4ème au final je me faisais quand-même harceler mais je ne disais rien, je ne le montrais pas mais je n'étais pas dans la classe de mes harceleurs, donc c'était différent mais en 3ème on a été dans la même classe, et là ça a été catastrophique, je ne le montrais pas jusqu'au moment où j'ai explosé.* (Entretien, Maëlys, 15 ans, Snd, classe moyenne)

Laurine met également des mots sur ce qu'elle nomme un harcèlement : « *J'ai pris dix kilos et après j'ai commencé à me faire harceler et là on n'a plus compté les kilos*. *J'ai été harcelé en primaire et au collège, j'ai changé de collège en 3ème du coup et depuis ça va* » (Entretien, Laurine, 17 ans, 1ère, classe moyenne). Cette jeune explique que son excès de poids a déclenché un harcèlement, qui lui-même a renforcé son excès de poids.

Du côté des garçons, ce sont les parents qui rapportent le harcèlement : « *Des moqueries comme "t'es gros" il en a beaucoup entendu, des noms d'oiseaux, des moqueries et apparemment c'était incessant, c'était tout un groupe de jeunes.* » (Entretien, Mère d'Ethan, 12 ans, 5ème, classes populaires) Les parents découvrent généralement l'existence d'un harcèlement suite à un problème parallèle, comme des absences répétées aux cours de sport, ou aux cours en général, un mal au ventre constant avant d'aller à l'école, un signalement fait par un enseignant, une infirmière scolaire, ou encore un excès de violence de la part du jeune en rentrant au domicile familial. La mère de Dylan explique que son fils ne parlait pas de ce qu'il se passait à l'école mais qu'il rentrait souvent du collège très énervé. C'est ainsi que sa mère et son beau-père arrivent à déceler que

quelque chose ne va pas : « *les gamins entre eux sont méchants, tous les jours, quand il rentre de l'école parfois il dit "un jour je vais en taper".* » (Entretien, Beau-père de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires). Il en est de même pour la mère d'Enzo et Mathis :

> *Enzo n'a pas la capacité de répondre aux attaques à l'école, pas la force, il garde tout, donc à la maison par contre il est agressif sur maman. Mon fils aîné c'était la même chose, le collège c'était l'horreur, il ne demandait pas à sortir, il n'avait pas de copains, toujours enfermé dans ses jeux, et il s'enfermait dans sa chambre et pleurait mais jamais il m'a dit ce qu'il se passait.* (Entretien mère de Enzo et Mathis, classe moyenne)

Le harcèlement ne prend pas toujours uniquement la forme de moqueries et d'insultes : *« En 6ème il a vécu des choses terribles, il s'est retrouvé filmé en train de se faire humilier par des gamins. J'ai eu vite l'information donc on a vite stoppé la diffusion de la vidéo.*» (Entretien, Mère d'Enzo, 14 ans, 4ème, classe moyenne). Le Pédiatre, Dr Maes, rapporte également des scènes violentes de stigmatisation : « *ils sont brimés à l'école à cause de leur poids, j'en connais une qui s'est faite balancer sous le tramway à cause de son poids, j'en connais d'autres à qui on baisse le pantalon au collège, des choses inconcevables.* » (Entretien, Dr Maes, Pédiatre, Centre hospitalier)

Ce que les adolescents et parents nomment le « *harcèlement* », s'apparente à de la stigmatisation. C'est bien les corps de ces jeunes qui sont stigmatisés et jugés en dehors de la norme par leurs pairs : « *l'adolescente s'est mise à pleurer, pratiquement toute la consultation. C'est courant. J'ai demandé : "en quoi ton poids te pose problème ?" et je crois que c'est là qu'elle a pleuré. Elle m'a dit qu'elle se faisait insulter, moquer, harceler au collège sur son physique. »* (Entretien réalisé avec Mme Andreas, infirmière, CSSR)

L'entrée en classe de 6ème est synonyme pour certaines mères d'un renforcement du harcèlement : « *en primaire les moqueries existaient mais elles étaient moins importantes mais depuis le collège c'est difficile, c'est du harcèlement.* » (Entretien, Mère de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires) Pour d'autres cela est plus flou : « *Je ne sais pas si les moqueries ont commencé en 6ème mais je pense que c'est à ce moment qu'il a commencé à m'en parler, ça a certainement commencé avant.* » (Entretien, Mère de Damien, 13 ans, 5ème, classe moyenne.) Si la majorité des adolescents et parents estiment que le harcèlement s'est accentué suite à l'entrée en classe de 6ème, d'autres considèrent que les moqueries sur le corps des enfants ont toujours été présentes mais sont devenues handicapantes dans la vie du jeune et sa socialisation avec les autres lors de l'entrée au collège. La

rentrée en classe de 6ème fonctionne, en effet, comme un certain « rite de passage » qui se découpe en trois étapes (Bonte, 1997 ; Delalande 2014). La première étape est la séparation du groupe auquel on appartenait. La seconde est une période de marge où l'on n'appartient plus au groupe de l'école primaire et pendant laquelle on n'a pas encore trouvé sa place au collège. La troisième est une phase d'agrégation au nouveau groupe qui s'accompagne d'une reconnaissance sociale d'un nouveau statut. On peut constatons que les adolescents en obésité semblent avoir plus de difficultés à passer cette troisième et dernière étape. Ce rite semble un événement d'autant plus compliqué pour les jeunes en obésité qui vivent ce passage au collège comme une épreuve dans leur rapport au corps face à la stigmatisation de leur groupe de pairs. Leurs corps sont jugés en dehors de la norme, différents de la norme et sont ainsi stigmatisés.

Si l'on se réfère au site éducation.gouf.fr le harcèlement se définit comme une violence répétée qui peut être verbale, physique ou psychologique : « Lorsqu'un enfant est insulté, menacé, battu, bousculé ou reçoit des messages injurieux à répétition, on parle donc de harcèlement. »[167] Le harcèlement est décrit comme étant fondé sur : le rejet de la différence et la stigmatisation de certaines caractéristiques. L'apparence physique (poids, taille, couleur ou type de cheveux) est la première caractéristique citée. On retrouve ensuite le sexe, l'identité de genre, l'orientation sexuelle ou supposée, un handicap (physique, psychique ou mental), un trouble de la communication qui affecte la parole (bégaiement/bredouillement), l'appartenance à un groupe social ou culturel particulier, ou encore des centres d'intérêts différents. La stigmatisation est alors liée à la définition du harcèlement et la principale stigmatisation est celle à l'égard de l'apparence physique. Piquet (2017), une psychologue spécialisée sur le harcèlement scolaire, souligne que ce dernier débute souvent par la stigmatisation de l'apparence physique d'un élève, ou par son appartenance à un groupe social particulier. À nouveau un lien se fait entre harcèlement et stigmatisation.

La notion de harcèlement scolaire, également intitulée *school bullying*, est étudiée relativement récemment. Elle est forgée en 1973 par un psychologue suédo-norvégien, Olweus. La définition qu'il propose est celle reprise encore actuellement par le site education.gouv.fr et semble faire consensus : un élève est victime de harcèlement lorsqu'il est soumis de façon répétée et à long terme à des comportements agressifs visant à lui porter préjudice, le blesser ou le mettre en difficulté de la part d'un ou plusieurs élèves. Il s'agit d'une situation intentionnellement agressive,

[167] https://www.nonauharcelement.education.gouv.fr/que-faire/le-harcelement-cest-quoi/

induisant une relation d'asservissement psychologique, qui se répète régulièrement (Olweus, 1993). Il faut attendre les années 2000 pour que le concept de harcèlement scolaire se diffuse dans les pays francophones et soit médiatisé. En France, la première étude sur la violence en milieu scolaire date de 1996. Elle est dirigée par Debarbieux, docteur en philosophie et professeur émérite de sciences de l'éducation, qui met en avant le ressenti des individus comme l'un des premiers critères de harcèlement. Puis, l'éducation nationale se saisit de la question à partir de 2011 et crée l'observatoire national de la violence à l'école, avec à sa tête Debarbieux. À contre courant de Debarbieux, d'autres chercheurs estiment qu'envisager les violences scolaires du seul point de vue des « victimes » pourrait avoir pour conséquence de méconnaître l'importance du rôle de l'institution dans leurs manifestations et finalement conduirait à psychologiser un fait social (de Saint Martin, 2012). Il peut exister un aspect psychologisant dans cette notion de harcèlement dans la mesure où elle permet une approche pertinente des effets psychologiques et individuels sur les victimes mais tend à individualiser le problème et à n'en rendre responsable que l'agresseur ou la victime, parfois les parents, en minimisant l'influence du contexte socio-économique et celle des institutions (Pestana, 2013, p.68). Le développement de la notion de harcèlement scolaire semble davantage s'être inscrit dans la littérature psychologique et il nous faut alors veiller à l'utilisation de cette notion et *a minima* la mobiliser en étant conscient qu'il s'agit d'une catégorie principalement psychologique. De plus, nous pouvons constater l'absence de la thématique de la corpulence au sein des travaux qui portent sur le harcèlement scolaire, pourtant, l'apparence physique est la première caractéristique faisant l'objet de stigmatisation et rejet. Nous mobiliserons, alors, la littérature sociologique autour de la stigmatisation pour traiter ce que les adolescents, parents et professionnels nomment le « *harcèlement scolaire* ».

6.1.2. Les stratégies d'évitement mis en place par les adolescents en obésité à l'école

« *Il y a mise à l'écart en général parce que le jeune ne peut pas faire certaines choses, ne veut pas se mettre en t-shirt, ne veut pas manger certaines choses, ça le différencie des autres.* » (Entretien, Dr Frank, Pédiatre, Centre Hospitalier) Il existe différents lieux où les moqueries sont particulièrement vives et où le jeune en obésité se prive de ces moments. C'est le cas des cours de sport, de la cantine et de la récréation. L'école étant l'un des principaux lieux où se déroule la stigmatisation des enfants et adolescents, cela tend à affecter la socialisation des jeunes. À force

d'être jugés, pointés du doigt, moqués, l'école n'est pas ressentie par les jeunes comme un espace possible de « socialisation »[168] et de construction identitaire et ils s'y sentent dépréciés rejetés. L'article de Tibère et *al*. (2007) pointe du doigt la fréquence à laquelle sur la scène scolaire, les adolescents en obésité font l'expérience de l'exclusion et où cela les conduit à « progressivement désinvestir ces lieux pour ne plus y aller du tout dans certains cas, ou encore se cacher » (2007, p. 176).

Les mères et les filles relatent la progressive exclusion de la pratique sportive à l'école. Dylan est honteux d'avoir des difficultés à courir : « *L'année passée il faisait athlétisme mais il a arrêté parce que c'est compliqué de courir quand… il avait du mal et surtout il y avait des moqueries aussi là-bas* » (Entretien, Mère de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires). La piscine pose généralement particulièrement problème aux adolescents car elle oblige à soumettre son corps au regard des pairs. La mère de Léna décrit sa fille comme très sociable mais « *le seul truc qu'elle n'aime pas c'est la piscine avec l'école, elle recevait plein de moqueries.* » (Mère de Léna, 14 ans, 4ème, classe moyenne). Les filles évoquent de fréquents malaises dus au stress durant les cours de sport, comme c'est le cas de Maëlys : « *Je faisais des crises d'angoisse en sport. »* (Entretien, Maëlys, 15 ans, Snd, classe moyenne.) Son père ajoute : *« Oui parce qu'elle subissait du harcèlement à l'école, donc tout ça… ça fait que…* ». La mère de Liam (12 ans, 6ème, classes populaires) explique que le jeune garçon ne participe plus au cours de sport et a peu d'amis depuis son entrée en 6ème. L'évitement s'est fait de manière progressive, d'abord Liam a évité la piscine avec l'école, ensuite tous les cours de sport, puis il a fini par ne plus du tout pratiquer d'activités physiques même en dehors de l'école avec les autres enfants de son entourage (cousins, cousines, voisins et voisines) comme il avait pourtant l'habitude de le faire. Liam n'est pas à l'aise dans ses mouvements, dans son corps et est fortement gêné par le regard des autres sur son corps. Cela est à rapprocher des « stratégies de contournement » évoquées par Jacolin-Nackaerts et Clement (2008). Selon leurs travaux, les adolescents usent de stratégies pour parfois contourner l'obligation de la pratique sportive à l'école, en particulier les jeunes en obésité et en particulier ceux de classes populaires dont les valeurs familiales transmises ne sont pas en adéquation avec celles de l'école concernant les habitudes sportives (*ibid.* p.55). L'école est un lieu de reproduction des inégalités entre les sexes et les classes sociales (*ibid.*) et ajoutons à cela, entre les corps. Leurs travaux mettent en lumière le

[168] La « socialisation » est définit comme : l'ensemble des processus par lesquels l'individu est construit, on dira aussi formé, modelé, façonné, fabriqué, conditionné, par la société globale et locale dans laquelle il vit, processus au cours desquels l'individu acquiert, apprend, intériorise, incorpore, intègre, des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement (M. Darmon, 2013 [2006], p.6).

fait que l'Éducation Physique et Sportive (EPS) ne propose pas de pratique adaptée aux élèves obèses et, par là même occasion, ne déclenche pas d'adhésions susceptibles de modifier les dispositions corporelles chez les adolescents obèses.

L'heure du déjeuner à la cantine peut également faire l'objet d'évitement, comme c'est le cas d'Enzo : « *Il ne va plus à la cantine à cause du harcèlement, il mange chez mamie.* » (Entretien, Mère d'Enzo et Mathis, classe moyenne). Si la cantine n'est pas totalement évitée, les adolescents n'y sont pas forcément à l'aise et y mangent en très petites quantités. Cela a pour conséquence de perturber leurs comportements alimentaires lorsqu'ils rentrent à leur domicile familial après une journée d'école : « *je l'avais mis à la cantine mais le problème c'est qu'il n'aimait pas et le soir il mangeait deux fois plus* […] *on se dit qu'à la cantine c'est bien c'est équilibré mais comme il ne mangeait pas à sa faim…* » (Entretien, Mère de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires) ; « *oui et le goûter c'était un repas de communion ! Puis surtout avant de dormir ce n'est pas bon de manger beaucoup, donc on l'a repris le midi à la maison* » (Entretien, Beau-père de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires). Tant sur le plan des pratiques alimentaires que sportives, finalement, la famille construit des normes qui sont fortement incorporées au point de devenir " naturelles" et d'engendrer des stratégies de contournement des normes institutionnelles de santé » véhiculées, par exemple, à l'école (Jacolin-Nackaerts & Clement, 2008, p.57)

La cour d'école peut également être l'objet d'évitement. Dylan passe toutes ses pauses à se cacher pour fuir ses camarades :

> *ils sont plusieurs contre lui à l'école, le problème c'est qu'il ne va même plus en récréation avec les autres parce qu'ils se foutent de sa gueule, du coup il va au CDI et s'enferme, il préfère faire ça que taper quelqu'un, on en arrive là, ça on le sait depuis pas longtemps, avant il nous le cachait et il a dit un jour "ouais je ne vais même plus dans la cour moi je vais au CDI"* (Entretien, Beau-père de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires).

Cet évitement des cours de sport, de la cantine, de la cour de l'école, constitue ce que Poulain nomme une forme de « désocialisation » (2009, p.114), qui est finalement fréquente à la suite d'épisodes réguliers de stigmatisation et peut avoir un impact sur la réussite ou plutôt sur l'échec scolaire. En effet l'impact peut recourir d'autres formes que l'évitement précédemment évoqué :

> *Certains sont soit complètement déscolarisés depuis plusieurs années, soit il y a un absentéisme important* […] *c'est vraiment un cercle vicieux, quand on ne sort*

> *pas, qu'on reste chez soi, l'obésité… C'est la désocialisation, être complètement sédentaire, ça favorise les grignotages.* (Entretien, Dr Ruiz, Pédiatre, Centre SSR)

> *Il y a quelques enfants avec des phobies scolaires, déscolarisés, comme ils ne vont pas à l'école ils mangent toute la journée à la maison.* (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier)

Si le harcèlement est commun à de nombreux jeunes, il est plus conséquent pour les adolescents de classes populaires ou précaires, comme nous allons le voir. Ce constat rejoint l'analyse proposée par Lutz au sujet de l'observation faite au sein d'un accompagnement thérapeutique en Suisse pour jeunes en obésité. Selon le sociologue, le harcèlement scolaire n'est pas spécifique à un groupe social certes en revanche il est fortement présent chez les enfants ayant un stigmate visible et comme le harcèlement scolaire entraîne une diminution du capital social chez l'enfant, les jeunes issus de classes moyennes ou aisées disposent généralement d'un plus grand capital social de base et seraient donc moins impactés par ce harcèlement. Pour les classes populaires en revanche le harcèlement tend à engendrer plus de « souffrance », d'« isolement » et se « cumule avec d'autres formes de discrimination. » (Lutz, 2018, p.230)

6.1.3. Stigmatisation, difficultés scolaires et renforcement des inégalités

La stigmatisation à l'encontre des garçons peut engendrer des affrontements entre les adolescents sur la scène scolaire qui, parfois, mènent à l'exclusion temporaire du stigmatisé. La stigmatisation peut également engendrer une progressive déscolarisation et donc entacher le processus de socialisation avec les pairs. Le tableau de famille de Dylan témoigne du processus de cumul des inégalités sociales additionné au processus de stigmatisation. La mère et le beau-père de Dylan sont actuellement sans emploi. Le beau-père va prochainement bénéficier d'une formation de plusieurs mois pour devenir gardien surveillant pénitencier. Ils habitent dans le Pas-deCalais et accompagnent chaque semaine Dylan aux activités du réseau de santé dans lequel il est pris en charge pour son obésité, sous les conseils de leur médecin traitant : « *Dylan disait : "ouais j'en ai marre", parce qu'il y a plein de moqueries à l'école sur son poids, je lui disais : "bah oui mais tu ne fais pas attention pour que ça s'arrange" et donc mon médecin traitant nous a envoyés ici* » (Entretien, mère de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires). Ils viennent aux rendez-vous en bus étant donné qu'ils n'ont pas les ressources financières pour posséder et entretenir une voiture, ce qui rend plus difficile l'assiduité : « *On ne rate aucune séance, sauf deux fois parce qu'il y a eu grève de bus, ici on est à 30 minutes, 45 minutes mais on n'a pas de voiture, il y a eu quinze jours de grève de bus,*

impossible de se déplacer » (Entretien, mère de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires). Le beau-père de Dylan est inquiet de la violence qu'il subit à l'école et aussi de la violence pour laquelle Dylan pourrait être exclu :

> *à l'école ils ne font pas grand-chose malheureusement, jusqu'au jour où il va péter un câble, en blesser un, il va les fracasser et c'est lui qui va tout prendre. On a pris rendez-vous avec sa prof principale lundi, faut en parler parce que bientôt c'est lui qui va prendre, on le sait, il dit là qu'il va bientôt péter un câble. Puis quand il rentre de l'école il s'en prend à son frère ou à sa mère, on le voit qu'il n'est pas bien, c'est évident* (Entretien, beau-père de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires).

Le beau père est étonné de l'inaction de l'éducation nationale face aux remarques que Dylan reçoit quotidiennement sur son poids. Lors des groupes de paroles, plusieurs mères évoquent une forme de « *violence* » à l'école. Ces mères qui considèrent leurs garçons comme calmes, doux et gentils sont surprises d'entendre parfois des plaintes portées à leur égard pour violence envers leurs camarades. Ces mères ressentent une forme d'injustice à ce que leurs garçons soient qualifiés de « *violents* » et « *bagarreurs* » par certains enseignants alors que selon elles, ils ne font que se défendre des insultes et moqueries répétées quotidiennement, parfois depuis des années, sur leur poids. Cela est notamment exprimé par la mère de Quentin, issue de classes populaires, lors d'une consultation de suivi observée et retranscrite (Annexe n°5 : « Consultation de suivi et consultation de bilan après séjour de Quentin) où elle explique que son fils risque même de faire l'objet d'un signalement. Dans cette situation, en attendant le changement de collège, l'hospitalisation représente pour la mère un moyen pour que son fils ne se bagarre plus à l'école et ne soit pas placé en foyer. Les propos des parents de Dylan vont également en ce sens :

> *Il se bagarrait à cause de son poids. Je lui ai dit de se calmer parce qu'à chaque fois c'est lui qui prend finalement. Le collège ne bouge pas* […] *et là ça ne va pas du tout, le gamin s'enferme, il n'a pas de copains, il se cache au CDI, non mais c'est quoi ça, c'est malheureux, un gamin de 13 ans à peine* (Entretien, Beau-père de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires).

Dylan est doublement stigmatisé sur la scène scolaire, en raison de son poids mais aussi en raison de la maladie de sa mère :

> *il y a des moqueries surtout sur son poids, et après comme sa mère a eu un cancer, elle a eu une chimiothérapie et a perdu des cheveux donc les enfants ont joué là-dessus aussi : "ouais ta mère n'a plus de cheveux". Elle a eu une ablation*

> *du sein aussi, ils disaient : "ouais ta mère n'a plus qu'un sein !"* (Entretien, Beau-père de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires).

Plus Dylan se fait harceler, plus ses résultats scolaires sont impactés à la baisse, plus il s'isole de ses pairs à l'école et plus il fait l'objet de réflexions de la part des enseignants sur son comportement. Il est menacé d'exclusion. Il existe un réel cercle vicieux.

Le tableau de Rayan témoigne également de l'entremêlement du processus de stigmatisation et de cumul des inégalités. La mère et le beau-père de Rayan sont actuellement au chômage. Le beau-père était auparavant ouvrier dans le domaine du nucléaire. Rayan, qui connaît des difficultés scolaires, se retrouve à passer plus de temps chez lui qu'au collège. Il explique qu'il mange pour s'occuper, pour compenser l'ennui, à longueur de journée. Cela montre la puissance de ce cercle vicieux. Rayan est stigmatisé, sur la scène médicale depuis l'enfance comme sur la scène scolaire. Il s'ajoute à cela des difficultés scolaires et des difficultés de comportement. Il va alors de moins en moins à l'école, s'isole de plus en plus et semble recourir à des pratiques alimentaires compensatoires de plus en plus. C'est au sein des familles les plus défavorisées que l'impact de la stigmatisation semble le plus conséquent dans le sens où les désavantages s'accumulent. La mère de Rayan explique qu'il n'a que 12h de cours par semaine et qu'il y va en étant accompagné d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS). Cette solution a été mise en place pour remédier à sa déscolarisation précoce :

> *Nous notre objectif c'est qu'il fasse une 4ème professionnelle mais bon en attendant faut finir la 5ème mais ce n'est pas gagné, il a des problèmes de comportement donc pour éviter de le mettre dehors en plein milieu d'année, qu'on ne galère pas à trouver un collège, ils ont diminué ses programmes de cours* […] *c'est ça aussi le grand problème, de ce fait là comme il n'a pas beaucoup de cours il a énormément de temps mort où il s'ennuie, il s'en rend compte il le dit, lui il veut faire quelque chose mais il a pris le rythme, il mange par ennui, c'est déjà arrivé qu'il mange une fois qu'on est sorti de table mais pas forcément parce qu'il a faim, il comble son ennui en grignotant.* (Entretien, Beau-père de Rayan, 14 ans, 5ème, classes populaires)

S'ajoute à cela le fait que le jeune connaît des problèmes de comportement, qui sont reconnus sur la scène sanitaire et sociale :

> *Rayan a longuement été suivi par une psychologue pour ces problèmes de comportement* […] *Il a été suivi pendant plusieurs années et comme rien ne*

> *changeait ils ont eux-mêmes décidé d'arrêter le suivi, c'était le SESSAD TEP*[169] *dans le Nord comme il avait un trouble du comportement il y avait un psychologue, un psychiatre et une éducatrice, et ils ont tout arrêté.* (Entretien, Mère de Rayan, 14 ans, 5ème, classes populaires)

Les parents se sentent abandonnés par les professionnels du secteur sanitaire et social. Rayan ne bénéficie plus du soutien du SESSAD et la diminution de ses heures de cours au collège semble lui faire perdre un certain rythme de vie structurant : il joue davantage aux jeux vidéo, se couche tard, et grignote la journée par ennui. Il s'inquiète de voir son poids augmenter.

De nombreux jeunes sont concernés par les difficultés scolaires. Les plus âgés étant scolarisés sont souvent en CAP ou BAC PRO. Pour les collégiens, plusieurs sont en classe SEGPA : « *il y a assez régulièrement des difficultés scolaires dans le cursus du jeune, avec des enfants pas forcément en scolarisation classique, souvent en SEGPA, il y a des obésités déficitaires*[170] *dans le lot. »* (Entretien, Dr Maes, Pédiatre, Centre hospitalier) Plusieurs jeunes font l'objet de mesures éducatives et sont alors accompagnés sur la scène médicale par une tutrice. De nombreux garçons sont également concernés par un fort absentéisme scolaire, voire une déscolarisation complète. Les situations de déscolarisation ont particulièrement été pointées du doigt lors des phases d'observations, surtout en centres de soins de suite et de réadaptation. La déscolarisation peut prendre différentes définitions mais pour notre part, nous avons choisi de considérer comme déscolarisés, les adolescents qui, régulièrement inscrits, ne sont plus du tout présents dans les établissements scolaires, depuis une durée qui peut varier (plusieurs semaines à plusieurs mois). Ils font ou non l'objet d'interventions visant à les faire revenir dans l'établissement. Nous considérons, dans la lignée de plusieurs auteurs que la déscolarisation est la résultante de processus multifactoriels et c'est bien la combinaison de plusieurs facteurs qui permet de les comprendre. Il importe alors d'aborder les différentes facettes de la problématique à travers les niveaux individuels, organisationnels et socioculturels (Janosz, Leblanc, 1996,61-88 cité par Esterle-Hedibel, 2006). Le processus de désaffiliation scolaire, renvoie au fonctionnement des institutions scolaires, aux traitements différenciés des élèves et à l'interaction des contextes scolaires, familiaux et locaux qui modulent les parcours et expériences propres à chaque adolescent (Broccolicchi, 1998,41 cité par Esterle-Hedibel, 2006). Les quelques garçons observés qui sont déscolarisés depuis plusieurs mois passent leur journée chez eux, souvent seuls. Ils jouent aux jeux vidéo pour passer le

[169] Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile Thérapeutique, Educatif et Pédagogique.

[170] C'est-à-dire des personnes en obésité présentants une déficience intellectuelle, reconnue ou suspectée par les professionnels.

temps, particulièrement des jeux en ligne où ils interagissent avec d'autres joueurs pour compenser la socialisation que leur groupe de pairs à l'école ne leur permet plus. Certains garçons observés lors des consultations, les plus âgés (15-18 ans), disent ne plus partager de repas avec leurs parents et frères et sœurs, ils ont des horaires décalés et fluctuants par rapport au reste de la famille, ils dorment parfois la journée et jouent aux jeux en réseau la nuit. Ils sortent de leur chambre pour venir chercher quelque chose à grignoter, plus que pour faire un « réel » repas. Lorsque l'adolescent est déscolarisé, le rapport conflictuel à l'alimentation semble encore plus présent. Les parents se disent impuissants tant face à la déscolarisation qu'au comportement alimentaire des jeunes. Plusieurs mères évoquent aux professionnels du centre SSR B l'importance qu'ils acceptent leurs adolescents en hospitalisation pour éviter, notamment, des mesures éducatives à leur encontre. En effet, face à des absences répétées et injustifiées, l'école émet parfois des signalements à l'inspecteur d'académie.[171]

6.2. Manque d'estime de soi et disqualification : conséquences de la stigmatisation

6.2.1. Disqualifié par la société et hors norme aux yeux des autres

La problématique de l'habillement revient souvent pour ces adolescents qui ne peuvent pas s'habiller comme ils le veulent. Les jeunes veulent pouvoir s'habiller « *comme tout le monde* » : « *c'est important le poids ça me gêne par rapport aux vêtements parce que j'adore m'habiller mais c'est difficile de trouver des vêtements* » (Entretien, Alicia, 14 ans, 4ème, classe aisée). La mère de Nathan évoque le mal-être de son fils dans ses vêtements : « *je pense que ça l'embête, on a essayé d'acheter un jean mais il ne se sent pas bien, il n'aime pas ses fesses et ses jambes, Il veut perdre du poids pour s'habiller comme les autres »* (Entretien, Mère de Nathan, 13 ans, 5ème, classe moyenne). Les parents de Dylan achètent des vêtements au rayon des adultes alors que le jeune garçon n'a que 12 ans *: « c'est difficile les vêtements, surtout les pantalons, la mode ce sont les slims, pour lui c'est trop moulant donc il prend chez les adultes, puis là les pantalons que j'ai achetés en septembre, du 16 ans, ça ne lui va déjà plus »* (Entretien, Mère de Dylan, 13 ans, 6ème,

[171] Suite à cette convocation, des mesures éducatives ou sociales susceptibles d'être mobilisées pour permettre le rétablissement effectif et durable de l'assiduité scolaire ainsi que des dispositifs d'accompagnement non encore mis en place au bénéfice de la famille leur sont proposés : modalités particulières d'enseignement, proposition d'une passerelle vers une autre formation ou changement d'école ou d'établissement.

classes populaires). L'habillement est également une problématique pour les mères qui ne savent pas quoi acheter comme vêtements à leurs enfants pour qu'ils se sentent bien : *« Pour l'habillement oui il faut que je trouve des matières élastiques pour les pantalons. Une amie m'avait donné les vêtements de son garçon mais il ne rentrait pas dedans. Les shorts c'est pareil, les t-shirts, ça va, c'est taille M. Faut pas qu'il soit serré par ses vêtements, pour qu'il soit à l'aise. »* (Entretien, Mère de Damien, 13 ans, 5ème, classe moyenne.)

Sur la scène médicale, les jeunes sont souvent habillés en tenue de sport ou dans des couleurs sombres au point que plusieurs professionnels parlent d'« *uniforme* » :

> *Ils sont souvent confrontés à des vêtements qu'ils ne peuvent pas mettre donc ils s'habillent en jogging, ne prennent plus soin de s'habiller.* (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR)
>
> *Cette semaine on a eu une jeune, habillée tout en noir, ça, c'est leur uniforme, pantalon de sport noir, t-shirt noir.* (Entretien, Mme Andreas, infirmière, Centre SSR)

L'intégration sociale par l'apparence devient un véritable combat pour les adolescents en obésité. Le corps devient un obstacle de plus pour tenter de répondre à une certaine forme de pression sociale. Le vêtement témoigne de leur « adhésion à des normes collectives sans cesse renouvelées » (Mardon & Zeroulou, 2015). En effet, l'adolescent assure son prestige et sa réputation en respectant les codes vestimentaires de sa génération valorisés dans son collège. Alors que ces adolescents sont déjà stigmatisés pour leur corps, il est d'autant plus impératif de pouvoir s'habiller « comme les autres » pour ne pas renforcer leur stigmate. Cela semble cependant difficile de trouver des vêtements adéquats puisque peu de magasins en France proposent des marques d'habits adaptés à leur morphologie. Les travaux de Pasquier (2005) autour de la culture adolescente montrent que « l'image de soi » et « l'apparence » chez les lycéens prennent une importance grandissante dans la culture adolescente. La massification de cette culture, à travers les produits diffusés par les industries culturelles, autour du vêtement et de la musique notamment, a fourni aux adolescents de multiples codes d'identification. On peut ainsi se construire un style mais cette possibilité est aussi une obligation : il « faut » avoir un style. Pasquier parle d'ailleurs de « tyrannie de la majorité » pour désigner les fortes pressions au conformisme observées dans le milieu scolaire où les contrôles du groupe de pairs sont permanents et la tolérance aux différenciations individuelles plutôt faible. Selon Dubet et Martuccelli (1996), « pour être soi, il faut

d'abord être comme les autres ». En plus de l'importance du style, la corpulence ou la taille sont énoncés comme des critères encore plus importants chez les jeunes (Galland, 2006, p.157). L'obésité des adolescents est devenue une cause de stigmatisation encore plus importante que pour les adultes (*ibid.* p.158). Les adolescents en obésité peuvent alors se retrouver « hors normes » à cause de leur corps qui leur permet difficilement de trouver un « style » vestimentaire en adéquation avec celui de leurs camarades.

Pour les filles les sorties *shopping* entre amies sont vécues, parfois, difficilement. Elles reviennent sans avoir acheté de vêtements et un peu plus stigmatisées puisque les magasins leur renvoient l'image d'un corps non-adapté à la norme. Les adolescentes, surtout les plus âgées (15-17 ans) développent alors parfois des stratégies d'habillement avec l'aide de leurs parents comme le fait de commander en ligne sur des plateformes étrangères afin d'avoir des vêtements à la mode et morphologiquement plus adaptés. Ou encore, les filles parcourent plusieurs kilomètres, généralement avec leur mère, pour se rendre dans la métropole la plus proche où quelques enseignes proposent des tailles mieux adaptées à leur morphologie. Si ces dernières années quelques grandes enseignes se sont mises à proposer des grandes tailles, les adolescentes semblent cependant encore plus insatisfaites que les adultes à ce sujet. Les vêtements proposés correspondent moins à leurs critères, à leur « style ». L'extrait d'entretien mené ci-dessous avec la mère de Yasmine, une fille âgée de 17 ans, en 1ère, issue de classes populaires, témoigne de cette difficulté d'habillement. La mère de Yasmine est employée de cantine scolaire et son père, absent de l'entretien, est souvent en déplacement pour son travail, il est ouvrier dans le bâtiment.

> - **Enquêtrice** : *C'était important pour vous alors cette démarche je crois comprendre ?*
>
> - **Mère de Yasmine** : *Oui, il y a la santé qui joue, non là elle est horrible, elle a triplé de volume !*
>
> - **Enquêtrice** : *Du coup la prise en charge est récente pour elle c'est ça ? Il n'y a pas eu de petits changements ?*
>
> **Mère de Yasmine** : *Si, elle fait du vélo, d'ailleurs je crois qu'elle a maigri mais je ne lui ai pas dit parce que sinon elle va être trop contente et… du coup je vais juste continuer à l'encourager. Mardi on est parti à Primark, à Euralille, je lui ai dit "tu as vu ça s'arrête au 48, après il n'y a plus, il faudra aller dans les magasins des grosses" et comme elle est carrée, il n'y a rien qui lui va, elle avait juste pris des sous-vêtements, pas de vêtements, il n'y avait pas sa taille je suis sûre, y'a pas pour les grosses, C&A, Kiabi, elle n'aime pas, même H&M dans le rayon grande taille y'a rien, y'a rien pour les grosses, je lui dis à chaque fois, je*

lui fais la morale pour qu'elle réfléchisse, je la motive. J'achète pour ses sœurs, je peux acheter sans elles, ça leur va toujours. Même ses pieds ils sont trop gros. J'ai fait tous les magasins de chaussures on n'a jamais trouvé, moi j'avais mal à la tête, elle a continué toute seule, elle a trouvé dans un magasin chinois finalement, les magasins français elle ne trouve pas. Même aux magasins d'usine à Roubaix on ne trouve rien. Si, elle trouve au rayon homme parfois, une veste une fois, pour faire du vélo. Mais elle n'est jamais féminine. Je lui dis "si tu veux t'habiller comme tout le monde, la seule chose à faire c'est de perdre du poids, tu fais du sport" des fois elle trouve un truc mais je lui dis "non c'est trop cher parce que t'es grosse y'a plus de tissus donc c'est plus cher".

En plus de témoigner de la difficulté pour s'habiller comme les autres filles de son âge, cet extrait d'entretien montre les remarques stigmatisantes qui peuvent naître au sein même de la famille. Les remarques de la mère de Yasmine peuvent sembler parfois crues, à l'image du qualificatif « *horrible* » qu'elle utilise pour décrire le physique de sa fille, ou le fait de souligner que « *rien ne lui va* », ou encore la comparaison faite avec ses sœurs à qui « *tout va toujours* » et son souhait de lui « *faire la morale* » pour qu'elle perde du poids. Par ses réflexions, la mère de Yasmine vient responsabiliser l'adolescente et légitimer son ressenti d'être en dehors de la norme physiquement.

Si le code vestimentaire est important tant pour les garçons que les filles, en ce qui concerne les jeunes en obésité, les filles font face à davantage de difficultés. La stigmatisation sur le surpoids et l'obésité est, en effet, plus prononcée chez les filles que les garçons (19 % des filles contre 12 % des garçons évoquent cette cause de stigmatisation) et pour des motifs apparemment différents. Les jeunes filles corpulentes se plaignent de subir des remarques au sujet de leur physique, alors que ce sont les garçons maigres et plus petits que la moyenne qui le font de leur côté (Galland, 2006, p. 159).

La gestion de l'apparence s'accompagne également du renforcement de l'identité sexuée à l'adolescence. Cette sexualisation des identités est notamment montrée par Mardon (2006), qui étudie les phénomènes de stigmatisation ou de victimisation des jeunes filles qui dérogent aux codes culturels du groupe d'appartenance, soit à cause de décalages pubertaires soit parce qu'elles transgressent les limites convenues à la mise en scène de la féminité. Ces jeunes filles sont souvent victimes d'offenses verbales qui les marquent profondément. D'autres travaux de Mardon nous permettent de nous interroger sur la place du vêtement dans la socialisation différentielle des sexes au moment de la transition entre l'enfance et l'adolescence (Mardon, 2010). Les recherches qui se sont intéressées à la construction du genre durant cette période du cycle de la vie ont toutes insisté

sur l'importance et la force des prescriptions et des clivages de genre à ce moment. Les codes sexués en matière d'apparence physique sont fortement présents à l'âge de l'adolescence. Les garçons en obésité peuvent plus facilement se fondre dans la norme vestimentaire tout en étant confortables dans leurs habits et en masquant leurs formes, notamment en portant des joggings, des pulls larges et des baskets. En revanche, cela est moins évident pour les filles d'adopter ce genre de style qui les place en rupture par rapport aux codes traditionnels de la féminité. Les parents peuvent exercer eux-mêmes une certaine pression sur les filles en les invitant à mettre en avant une certaine « féminité » (Mardon, 2010, p.146). Les parents sont soucieux que leurs enfants soient conformes aux conventions sexuées en matière d'apparence, particulièrement à l'âge de l'adolescence (*ibid.* p. 144). Les mères, désignées responsables socialement des corps de la famille et elles-mêmes plus spécifiquement soumises aux normes corporelles et vestimentaires, y sont particulièrement sensibles. Les filles en obésité se retrouvent ainsi soumises à cette injonction à la féminité, comme le montre le discours de la mère de Yasmine, qui pourtant, n'est pas en adéquation avec leurs stratégies de rendre invisible leur stigmate. Les jeunes filles sont invitées à accorder de l'importance à leur apparence, savoir mettre en valeur leur corps mais elles sont aussi tenues de le faire sans « provoquer » (*ibid.* p.146). Les adolescentes en obésité semblent subir de plein fouet ces injonctions. Elles ont du mal à répondre aux exigences non seulement de leurs pairs, de la société mais aussi de leur entourage, comme c'est le cas de Yasmine. Des travaux sociologiques comme ceux de Régnier (2017) ou De Saint Pol (2010) analysent le corps des femmes comme étant plus régulièrement soumis aux pressions des modèles de beauté et davantage destinataire de techniques de soin du corps. La norme du corps idéal féminin promue par les magazines est celle d'une injonction à toujours perdre plus de poids et les différentes techniques proposées au fil des années pour y parvenir constituent une « forme de régulation du corps féminin » (Régnier, 2017, p.154). Si ce corps féminin soumis aux pressions extérieures est étudié, il cible cependant davantage les femmes adultes que les jeunes filles. Il est alors intéressant de mêler ces travaux sociologiques sur le corps des femmes à des travaux sociologiques sur les adolescentes comme ceux de Mardon (2010) ou encore Mardon et Zeroulou (2015) pour mettre en lumière cette pression sociale qui pèse très tôt sur le corps des jeunes filles notamment sur celles en obésité qui ne parviennent pas à se fabriquer un « corps sur mesure » et parcourt ainsi à renforcer leur sentiment d'exclusion et de stigmatisation au sein de leurs trajectoires.

6.2.2. Décalage entre l'identité attribuée par *autrui* et l'identité revendiquée par soi

Nous mettons en lumière différents éléments faisant partie du processus de stigmatisation que les jeunes peuvent avoir intériorisés comme la souffrance, le manque d'estime de soi, le sentiment de perte de confiance, le sentiment d'être différent, ou honteux, voire coupable.

Pour les filles, la stigmatisation sur la scène scolaire engendre plus rarement des affrontements physiques entre pairs, des exclusions pour violence et il y a également moins d'absentéisme et de déscolarisation que chez les garçons. La stigmatisation portée sur la scène scolaire semble, en revanche, davantage incorporée et acceptée. Elles sont plus dans une posture de culpabilité et de non-acceptation de leur apparence. Lors des entretiens biographiques, les filles verbalisent plus leurs ressentis que les garçons, elles font notamment part de leur manque de confiance et de la souffrance engendrée par les jugements portés sur leur corps. Les adolescentes sont mal dans leur peau, n'acceptent pas leur corps et il est « *difficile de se regarder dans une glace* » (Entretien, Laurine, 17 ans, 1ère, classe moyenne). Elles se déprécient elles-mêmes et ne supportent plus de se voir dans le miroir. Les professionnels reconnaissent une forme de souffrance chez les jeunes : *« je constate beaucoup de tristesse chez ces jeunes aussi, une forme de dépression, il y beaucoup de pleurs, ils gardent beaucoup de choses en eux »* (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier) ; « *Il y a des signaux anxieux, dépressifs, une tendance au retrait, à l'évitement et une estime de soi catastrophique. »* (Entretien, Mme Caron, psychologue, centre de soins de suite et de réadaptation).

Si l'on va dans le sens donné à la stigmatisation par Poulain (2009), les regards que les jeunes portent sur eux-mêmes sont au cœur du processus de stigmatisation puisqu'ils mettent en lumière l'intériorisation des remarques dépréciatives et entraînent la « dévalorisation de soi ». L'article de Tibère et *al*. (2007) fait la description du « poids du regard » et des « paroles blessantes » des autres entraînant fréquemment un sentiment de « honte » et d'« anormalité » chez les jeunes (*ibid.* p.175). Peu à peu, le jeune stigmatisé notamment par son groupe de pairs, comme nous l'avons évoqué, entre dans un processus d'« autodévalorisation » qui se distingue en trois niveaux :

> Un premier que l'on pourrait décrire en ces termes "ce que je suis ne me plaît pas, je ne m'aime pas", un deuxième faisant référence aux autres "je ne suis pas

> comme les autres", enfin un dernier niveau considérant que "les autres ont raison", sous-entendu "je ne vaux rien, je suis un raté". (Tibère et *al*., 2007, p.176)

L'autodévalorisation citée par ces sociologues correspond au processus de stigmatisation c'est-à-dire que le jeune finit par considérer comme vraies ou normales les remarques qui lui sont faites à l'égard de son poids.

Les trajectoires des filles de classes populaires semblent encore plus impactées. Le portrait de Madleen, une jeune fille âgée de 15 ans, de classes populaires, illustre assez bien la facilité à verbaliser son mal-être, le difficile regard des autres sur son corps, son propre regard sur son corps, son manque de confiance et les soucis pour « *s'habiller comme les autres* ». Ses parents sont divorcés. Sa mère est actuellement au chômage notamment à cause de son obésité qui l'handicape au quotidien et l'empêche d'exercer son travail de technicienne de surface. Son père est absent de sa vie et elle ne souhaite plus le voir. Depuis ses dix ans, elle est suivie par une pédiatre au sein d'un centre hospitalier pour son obésité et réalise quelques consultations individuelles de manière ponctuelle. Lors de ses 14 ans, elle a désiré une prise en charge plus importante et sous les conseils de sa pédiatre, elle a donc été orientée dans le Centre de soins de suite et de réadaptation B. Ce suivi en centre a débuté par quelques consultations individuelles mais assez vite, Madleen a exprimé son envie d'être hospitalisée en séjour de plusieurs semaines afin d'anticiper son entrée au lycée et le regard des autres. L'entrée en classe de 6ème comme l'entrée en classe de seconde semblent particulièrement cristalliser ces épisodes stigmatisants. Le changement de structure scolaire est l'occasion pour ces adolescents stigmatisés de prendre un nouveau départ. Ce sont des moments où l'envie de consulter pour son poids sur la scène spécialisée est particulièrement vive : « *j'étais au collège lors du premier séjour, j'avais peur de l'entrée au lycée, du regard des gens et je ne m'acceptais pas dans mon corps, j'ai fini par en avoir marre* ». Madleen semble toujours impactée par les jugements extérieurs malgré la prise en charge : « *Physiquement je n'aime toujours pas mon reflet dans le miroir, j'ai du mal à m'habiller, j'ai du mal à regarder mon corps, je n'aime pas mon corps, je ne me sens pas bien dans ma peau* ». Cette non-acceptation de son corps semble être provoquée par les regards extérieurs dépréciatifs à l'égard de son poids. L'adolescente a incorporé la stigmatisation de ses pairs et culpabilise continuellement. L'incorporation des remarques blessantes est telle qu'elle ne remet plus en question les jugements extérieurs : « *des fois j'ai des remarques encore au lycée mais à force d'en entendre* [silence] *quand on est petit c'est dur mais maintenant quand on me dit un truc* [silence] *je me dis que je sais comment je suis donc je n'ai pas*

besoin que quelqu'un d'autre me le dise ». Quelques jours après notre entretien à son domicile, elle entamera un deuxième séjour dans le Centre de soins de suite et de réadaptation B, car elle a continué de prendre du poids depuis sa première sortie d'hospitalisation. Elle explique qu'elle poursuivra sa prise en charge jusqu'à ce qu'elle se « *sente bien dans* [sa] *peau* », qu'elle ait « *confiance* » en elle, et réussisse à « *perdre du poids* ». Madleen se sent bien le temps de l'hospitalisation, lorsqu'elle est confrontée à des jeunes « *comme elle* », en obésité, qui ne la jugent pas. Elle perd d'ailleurs du poids durant le séjour et sa mère la considère comme étant plus épanouie. Dès la fin de l'hospitalisation, en revanche, Madleen se met à reprendre du poids et la stigmatisation extérieure reprend son cours, l'amenant ainsi, à nouveau, à se dévaloriser et culpabiliser.

De nombreuses catégories psychologiques sont utilisées dans la recherche sociologique de Tibère et *al*. (2007) sur la stigmatisation des adolescents comme dans la description du cercle vicieux de la stigmatisation de Poulain (2000) qui repose notamment sur la « dévalorisation de soi » et les « pratiques alimentaires compensatoires ». Les facteurs contextuels peuvent ainsi paraître minorés et la situation est d'abord vécue sur un mode personnel. Nous proposons de mobiliser avec prudence ces catégories psychologiques pour continuer à décrire en profondeur les expériences des adolescents et de les nourrir d'une vision sociologique autour des concepts de stigmatisation, d'identité, et d'estime de soi. En 1902, le sociologue Cooley apporte à la notion d'estime de soi une nouvelle perspective en avançant l'hypothèse que le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale façonnée par les interactions avec l'entourage et cela dès l'enfance. Cooley parle alors de l'effet de miroir social, le *looking glass self* : c'est le regard des autres qui renvoie des indications permettant au sujet de connaître l'opinion qu'ils ont de lui. Cette opinion serait par la suite incorporée à la perception de soi, une perception qui dépendrait donc étroitement de la façon dont le sujet est perçu ou pense être perçu par les autres. Dubar parle « d'identité pour soi » et « d'identité pour autrui » (Dubar, 2000). L'estime de soi se construirait progressivement et son développement serait un processus dynamique et continu qui dépendrait des interactions sociales. Dubar (2007) fait référence aux travaux sociologiques de Goffman (1963) pour souligner qu'au cœur de l'interaction, la métaphore du dialogue entre un « normal » et un « stigmatisé » permettrait alors de comprendre en quoi l'identité constitue un rapport social entre assignation et revendication, appartenance pour autrui et définition pour soi, stigmatisation et réactions au stigmate. Les adolescents en obésité ont ce sentiment d'être en dehors de la norme et se sentent disqualifiés par le regard des autres, surtout de leurs pairs. L'adolescent ne sent pas « normal ». Il peut alors exister un

décalage entre l'« identité attribuée par autrui » et l'« identité revendiquée par soi » pouvant entraîner de la souffrance chez la personne stigmatisée. Il s'en suit des stratégies de gestion du stigmate, c'est-à-dire de l'étiquette posée sur elle, comme « l'affrontement, la fuite, la négociation ou la résignation ».

6.2.3. « Isolement » et « repli sur soi »

Rayan, cet adolescent en classe de 5ème issu de classes populaires, ne veut plus faire de sport avec les copains, par honte. À titre d'exemple, il refuse d'aller à la piscine que cela soit à l'école comme dans le cercle familial et use de stratégies pour dissimuler son corps : « *La piscine il évite d'y aller* […] *même face à ceux qu'il ne connaît pas il est gêné, quand on sort ensemble, il se met des grands cache-cou, il cache son visage aussi, même sur les photos* » (Entretien, Mère de Rayan, 14 ans, 5ème, classes populaires). Les stratégies d'évitement mises en place sur la scène scolaire à l'égard des cours d'EPS ou de la cantine, peuvent également s'élargir à d'autres sphères de la vie sociale du jeune : « *un évitement de certaines activités sociales, ils vont peut-être moins se promener dans la rue, moins faire les magasins, ne plus aller à la piscine municipale, limiter la plage, ne pas aller sur le sable. Il y a un impact sur les relations sociales, et pour moi c'est une forme d'évitement* » (Entretien, Mme Caron, Psychologue, Centre SSR). Il apparaît que l'obésité est souvent vécue comme un « *handicap* » par ces jeunes dans le sens où ils se retrouvent à fuir les lieux habituels de socialisation pour échapper aux regards et paroles stigmatisantes. Tibère et *al*. (2007) mettent d'ailleurs en avant les retentissements sur la vie sociale des adolescents : repli sur soi, isolement, exclusion de la scène scolaire, désocialisation progressive ou encore, évitement des lieux où pratiquer du sport.

Rayan, « *passionné* » de foot d'après les dires de son beau-père, s'est fait progressivement mettre à l'écart, tant par ses camarades que par son entraîneur. Lors de l'entretien biographique, Rayan, commence par nous dire qu'il est « *gêné* » par son corps parce que cela l'empêche de jouer au foot. Nous pourrions penser que ce qu'il exprime c'est que son poids l'empêche d'être au même niveau que ses camarades et que la gêne est d'ordre physique. Peut-être est-il plus facilement essoufflé ? Gêné dans ses mouvements ? Mais lorsque nous creusons ces éléments, nous comprenons que Rayan ne fait pas allusion prioritairement à ses sensations physiques. Il ne met pas en avant le fait que, techniquement, son corps l'empêche de faire du sport. Il évoque surtout le sentiment

d'« *injustice* » d'avoir été progressivement écarté de son sport préféré au point de finir par ne plus aller du tout aux cours de son club. Progressivement l'entraîneur l'a de moins en moins invité à participer aux matchs de foot et le mettait fréquemment « *sur le banc de touche* ». Rayan se sentant mis à l'écart, par ses pairs et l'entraîneur, s'est absenté de plus en plus souvent à ses cours de foot jusqu'à ne plus y aller du tout. Cette mise à l'écart du club sportif a été violente pour le jeune, d'autant plus que « *tous les jeunes de ce quartier font du foot* » selon ses paroles. Nous percevons à travers ses paroles l'importance de ce moment de socialisation, entre pairs, entre garçons, dont Rayan est privé. De plus, lorsque nous creusons cette gêne évoquée au sujet de son corps en début d'entretien, nous comprenons que ce qui semble le gêner le plus c'est le jugement des autres sur son corps, en particulier de ses camarades, du collège ou de son quartier. Ci-dessous un extrait d'entretien entre Rayan, sa mère et son beau-père illustrant l'impact du regard extérieur sur l'adolescent.

- **Beau-père** : *Nous on irait bien à la piscine mais on ne peut plus*

- **Rayan** : *Vous pouvez y aller sans moi*

- **Beau-père** : *Non mais ce n'est pas le but, on pourra toujours y aller sans toi c'est sûr* [soupirs]

- **Mère** : *On y allait souvent avant tous les trois* [intonation triste]

- **Rayan** : *Oui* [silence] *le dimanche matin* [intonation triste, tête baissée]

- **Enquêtrice** : *Et tu ne veux pas y aller avec des copains non plus ?*

- **Rayan** : *Non plus. Je préfère attendre les vacances.*

- **Beau-père** : *Oui, parce qu'aux vacances on va aller dans un camping avec une piscine et les autres jeunes il ne les connaît pas donc ça le gêne un peu moins*

- **Mère** : *Mais bon, même avec les jeunes qu'il ne connaît pas il est gêné, quand on sort tous ensemble, il se met de grands cache-cou, il cache son visage aussi, même sur les photos, il est toujours en pantalon et manches longues, capuche.*

Rayan développe des stratégies, des « bricolages » pour contrôler la stigmatisation, en fonction du lieu où il se trouve et de la présence de certaines personnes. Par ces processus, ces stratégies, il tente de dissimuler son stigmate.

Les garçons évoquent le désir de pouvoir jouer à certains sports avec leurs camarades sans être rejetés à cause de leur poids. Le sport cité le plus fréquemment est le football. En France, le football

est « le sport favori des 6-14 ans [et] parmi les amateurs de football, on trouve une majorité de garçons et d'enfants d'ouvriers » (Octobre, 2004, cité par Zotian, 2010, p.1). La communication de Zotian (2010) met en avant l'importance du football dans la sociabilité juvénile des quartiers populaires. Le football apparaît pour les garçons comme un espace de socialisation très important et un lieu privilégié d'apprentissage de la masculinité. L'ouvrage de Héas et Dargère (2014) sur les « porteurs de stigmate » pointe également du doigt à travers différents exemples le fait que les lieux sportifs peuvent être en effet autant des lieux d'intégration que d'exclusion pour ceux qui portent un stigmate visible.

6.3. Pratiques alimentaires bouleversées et conflits autour de l'alimentation

Les différents conflits familiaux autour de l'alimentation vont être analysés, notamment les moments de repas à table, catalyseurs de tensions et les « *comportements alimentaires bouleversés* » des adolescents. Nous proposons une analyse sociologique du terme de « *comportement alimentaire compulsif* » qui évoque sur notre terrain d'enquête davantage une catégorie psychologique. Le rapport à l'alimentation est bouleversé, autant que le rapport au corps.

6.3.1. Des tensions familiales autour de l'alimentation

L'article de Tibère et *al*. (2007) soulève l'hypothèse que les différentes situations d'isolement, de désocialisation, déscolarisation engendrées à cause de la stigmatisation des adolescents en obésité, peuvent être à l'origine des pratiques alimentaires compensatoires, contribuant alors à renforcer le cercle vicieux de l'obésité (*ibid.* p.177).

La moindre remarque sur la manière de manger du jeune peut être très mal vécue par ce dernier, d'autant plus lorsque cela provient d'un membre de la fratrie. La mère d'Océane, adolescente de 13 ans en 5ème, de classe moyenne, témoigne de ses tensions entre sœurs à table : « *Quand à table sa grande sœur lui dit de ne pas prendre de mayonnaise, ou ceci ou cela, tout de suite elle s'énerve. Dès que mon mari dit quelque chose, elle se braque, parfois même elle quitte la table, elle va dans sa chambre, elle s'énerve facilement. »* Océane se vexe à la moindre remarque, en particulier quand cela vient de sa grande sœur : *« Marine essaye de dire à Océane "ne mange pas ça" ou "ne mange*

pas de sauce" ou "ne te ressers pas" mais elle le prend mal et ça part en conflit. » (Entretien, Mère d'Océane, 13 ans, en 5ème, classe moyenne) Marine a connu quelques années plus tôt la même prise en charge. Elle subissait beaucoup de soucis de harcèlement à l'école et se sentait fortement complexée. Son obésité a été une véritable souffrance et un handicap social. Elle ne veut pas que sa petite sœur Océane subisse les mêmes choses dans son parcours de vie. En s'appuyant sur ces motifs, elle essaye de l'accompagner à perdre du poids : « *Marine essaye de lui faire comprendre que ce qu'elle fait c'est pour son bien-être, pour son image, pour éviter les remarques…* » (Entretien, Mère d'Océane, 13 ans, en 5ème, classe moyenne). Océane est cependant en opposition à sa grande sœur et elle est énervée des remarques de ses proches au sujet de son poids. Marine essaye également de donner des conseils vestimentaires à Océane ce qui a tendance à déranger la jeune fille : « *Alors parfois sa grande sœur lui dit "mets quelque chose de long pour cacher tes formes" mais non, elle ça ne la gêne pas. La grande est beaucoup plus complexée.* » (Entretien, Mère d'Océane, 13 ans, en 5ème, classe moyenne). Malgré qu'Océane n'énonce pas de mal-être face à son poids, c'est sa grande sœur, qui a également été en obésité, harcelée et complexée qui tente de lui imposer un style vestimentaire pour masquer ses rondeurs et un mode d'alimentation, que l'on pourrait qualifier de « régime » au sens restrictif. Comme la mère de Yasmine, le discours de la grande sœur d'Océane a tendance à légitimer les remarques stigmatisantes et à responsabiliser davantage la jeune qui doit moduler son corps pour entrer dans la norme et éviter la souffrance de l'exclusion.

Les tensions sont vives entre parents et enfants à table, surtout lorsque les parents essayent d'intervenir pour restreindre l'activité alimentaire des jeunes. D'un côté les jeunes disent se sentir frustrés, en colère ou tristes. De l'autre côté, les parents se disent dépassés. Certains n'osent plus mettre de limites à leurs enfants au vu des tensions générées. Les mères culpabilisent en disant ne pas réussir à dire « *non* »[172]. Selon Keppens, outre l'appartenance à une identité familiale, le partage de l'activité alimentaire permet au parent de nouer des liens avec son enfant et d'insérer l'enfant dans le groupe familial (Keppens, 2010, p.289). Les activités quotidiennes sont créatrices de lien entre les individus qui les partagent, comme « l'activité alimentaire » qui permet de « fabriquer du familial par des repas réussis. » (Kaufmann, 2005, p.105). Alors, lorsque l'activité alimentaire se doit d'être modifié, comme c'est le cas pour les jeunes en obésité, cela est particulièrement difficile à modifier tant elle est intrinsèque au fonctionnement de la famille et à la création des liens entre les

[172] Cette culpabilité maternelle est approfondie dans le Chapitre 8.

individus qui la composent. Les repas en famille sont couramment le lieu où s'expriment les tensions alors qu'ils représentent des moments essentiels de partage.

Les sorties à l'extérieur dans le but de manger sont également les témoins de tensions[173] : « *On ira au Mac Do quand Yasmine ne sera pas là… Mais les filles font tout le temps des SNAP. Quand on va au flunch ou au kebab par exemple, Yasmine elle nous insulte "bande de traîtres, vous mangez en juif sans moi, vous ne m'appelez pas".* » (Entretien, Mère de Yasmine, 17 ans, 1ère, classes populaires). La mère de Yasmine explique que lorsque l'adolescente habitait chez sa grand-mère afin d'aider cette dernière avec ses divers problèmes de santé, le reste de la famille en profitait pour aller manger en cachette à l'extérieur au *fast food*. Yasmine l'a tout de suite appris par le biais des réseaux sociaux, ce qui a engendré des disputes dans la fratrie et entre Yasmine et ses parents. La mise à l'écart de la famille est très mal vécue par les jeunes. Ils se sentent, en effet, exclus de ne pas manger comme les autres ou exclus de ne pouvoir participer à la sortie *fast food* en famille comme Yasmine.

6.3.2. Manger en cachette, manger à l'extérieur avec les copains et voler dans la cuisine

La mère de Léna raconte qu'elle a commencé à s'inquiéter pour sa fille lorsqu'elle a compris qu'elle cachait des aliments dans sa chambre et donc mangeait régulièrement en cachette : *« elle cachait des bonbons et chocolats dans sa chambre, des boissons sucrées, je ne pouvais plus laisser les placards comme ils étaient, j'en retrouvais sous son lit, dans son armoire, et j'ai vu qu'elle commençait à grossir et grossir »* (Entretien, Mère de Léna, 14 ans, 4ème, classe moyenne). Les parents retrouvent fréquemment des paquets vides de produits sucrés ou salés et des boissons, dans la chambre des jeunes. De nombreux jeunes mangent en cachette de leurs parents. En réaction face à cela, la mère de Léna a décidé de mettre dans un placard fermé à clé certains aliments considérés comme « *grossissants* » : « *Léna a continué à grignoter jusqu'à ce que je cache tout et mette tout sous clés.* » (Entretien, Mère de Léna, 14 ans, 4ème, classe moyenne). Les parents sont nombreux à développer cette stratégie d'installer des verrous aux placards alimentaires. Fermer les placards à clé n'empêche cependant pas Léna comme les autres adolescents, de trouver des techniques pour contourner ces interdictions. À titre d'exemple, elle n'hésite pas à fréquemment manger à

[173] Nous l'avons vu notamment à travers le portrait de la famille de Camille dans le Chapitre 5.

l'extérieur avec ses amies : « *Ses copines veulent souvent manger à l'extérieur, donc elle veut faire comme tout le monde, je lui ai dit que non elle ne peut pas toujours faire pareil.* » (Entretien, Mère de Léna, 14 ans, 4ème, classe moyenne) À l'inverse des mères de classes populaires qui insistent sur le fait que leurs enfants sont « *normaux* », la mère de Léna, appartenant à la classe moyenne n'hésite pas à rappeler à sa fille qu'elle ne peut pas se permettre de faire comme ses amies car elle est « *différente* » et donc doit avoir un régime alimentaire spécifique. Elle considère le régime alimentaire comme un protocole médical nécessaire à appliquer, une « règle technique » (Gojard, 2010) et non un handicap dans la vie sociale de sa fille ou une « règle morale » au sens de Gojard (2010). L'argent de poche des adolescents est presque exclusivement consacré aux produits alimentaires. Les garçons évoquent le fait de s'arrêter à la boulangerie sur le chemin du retour de l'école pour acheter des sandwichs : « *Le week-end il y a les kebabs, les machins de fast food, s'il ne mange pas à table c'est tout son argent de poche qui passe dans la nourriture, tout passe dans le kebab ou dans des sandwichs à la boulangerie.* » (Entretien, Mère de Rayan, 14 ans, 5ème, classes populaires) Des parents décident donc, au-delà de fermer les placards à clé, d'interdire l'argent de poche pour éviter que les jeunes achètent des sandwichs et des gâteaux. Les sorties entre amis sont cependant des moyens pour les adolescents de contourner ces normes. Lors des observations sur la scène hospitalière, un groupe de garçons nous confiera par exemple en souriant que même lorsqu'ils sont privés d'argent de poche, ils arrivent à sortir avec des copains et n'hésitent pas à leur demander de payer le *kebab* à leur place. À cet âge, la culture des pairs est très puissante et représente une pression normative particulièrement forte, que ce soit en termes de « style » vestimentaire, de corpulence ou encore de préférences alimentaires comme le montre Diasio, Hubert et Pardo (2009). Ainsi, les adolescents se doivent de montrer leur adhésion à un certain nombre d'objets ou de marques, comme Mac Donald's ou les kebabs pour ce qui concerne l'alimentation. Les adolescents de classes populaires, et plus spécifiquement les garçons des classes populaires sont ceux qui valorisent davantage que les autres ce type d'alimentation (Maurice, 2014). Les adolescents en obésité sont donc pris entre diverses injonctions, d'un côté l'application des recommandations des professionnels de l'éducation thérapeutique, et de l'autre, l'invitation à socialiser avec le groupe de pairs (ou avec la famille) et de ne pas en être exclu à cause de ses pratiques alimentaires. S'intégrer au groupe de pairs prend parfois le pas sur écouter ce qui provient des professionnels de l'ETP. Notre recherche montre notamment que les sorties au *fastfood* se pratiquent fréquemment entre adolescents mais également en famille au sein des classes populaires. La famille de Yasmine, celle d'Amélie, celle de Liam, celle de Dylan, celle de Camille et Louis, celle de Madleen ou encore celle de Rayan, se rendent régulièrement ensemble au Mac Donalds ou au KFC. Il s'agit d'une véritable

sortie familiale dont les adolescents n'aiment pas être exclus comme le montre le témoignage de Yasmine, précédemment évoqué, qui affiche son énervement lorsqu'elle apprend que ses parents, frères et sœurs ont été sans elle au Mac Donalds.

La mère d'Océane remarque que le moment du retour de l'école est problématique : *« Elle ne grignote pas mais à 4h c'est un bon 4h, si le midi elle n'a pas trop mangé en plus à la cantine, elle va se rattraper »* (Entretien, Mère d'Océane, 13 ans, en 5ème, classe moyenne). Madleen explique également que sa plus grande difficulté c'est ce fameux grignotage quand elle rentre de l'école : « *mon gros problème c'est le grignotage et le fait que je ne sorte pas* […] *avec l'ennui je grignote, des fois je fais des crises en rentrant de l'école à la maison quand je suis toute seule, pas quand maman est là, ni mon grand frère »* (Entretien, Madleen, 15 ans, Snd, classes populaires). En réaction à cela, la mère de Madleen explique avoir mis sous clé quelques aliments : « *je fais le gendarme, je ne mets pas dans les placards là, je mets sous clés* » (Entretien, Mère de Madleen, 15 ans, Snd, classes populaires). L'heure du goûté, traditionnellement au retour de l'école, est un moment de tension souvent évoqué tant par les jeunes, les parents que les professionnels. En général les jeunes mangent très peu à la cantine le midi avec leurs camarades mais en rentrant au domicile familial, ils prennent des goûtés qui s'apparentent à des repas en termes de calories.

Ces différents éléments (le « 4h », manger en cachette, voler dans les placards, fermer à clé les placards, etc.) sont soulevés par les professionnels :

> *Il y a souvent des tensions, des parents qui cachent la nourriture, des ados qui mangent en cachette, donc ça provoque des conflits, sur le choix des repas c'est compliqué, car beaucoup d'ados n'aiment rien.* (Entretien, Mme Morel, Diététicienne, Centre hospitalier) ;

> *Il y a des tensions parfois dans la famille, les parents n'aident pas toujours le jeune quand ils lui interdisent des aliments, "il faut" "il ne faut pas" "ça suffit" "je cache le paquet" "je ferme le placard à clé" et le jeune va aller chez son copain et finir par manger là bas en plus et trois fois plus. Zéro effet.* (Entretien, Mme Pérez, Nutritionniste-diététicienne en libéral)

Comme nous le verrons dans la Partie 4 de la thèse, les professionnels s'opposent d'ailleurs au fait de fermer les placards à clé.

Le portrait de famille d'Enzo et son grand frère Mathis réunit différents éléments exposés ci-dessus. La mère des deux garçons, divorcée, évoque ce problème du retour de l'école. Il s'agit d'un moment où elle n'est pas présente au domicile pour des raisons professionnelles et où les deux adolescents en profitent. Face à cela, comme la mère de Léna et Madleen, elle a opté pour la mise sous clé de certains aliments :

> *Leur problème c'est que quand ils rentrent de l'école ils se font un 4ème repas, Mathis il va manger du salé, du gras, Enzo va manger une banane, un yaourt, du pain, de la confiture, du jus d'orange, un repas au niveau calorique et le soir ils vont manger normalement aussi. Donc le problème c'est uniquement quand je suis absente de la maison, quand je suis là je gère les repas. Le matin je ne suis pas toujours présente, Mathis se fait un bol complet plein de céréales. Et si j'ai du Nutella, il fait deux jours. Le pot de confiture au caramel il a fait une seule fois. Mathis quand il prend du fromage, avec sa soupe et son pain, il mange la moitié facilement du camembert. Il n'a pas la notion de quantité. Je n'achète plus de Nutella, ou alors je le mets sous clés.* […] *dès que j'ai le dos tourné ils mangent en cachette dans leur chambre ou alors avec leur argent de poche ils s'achètent des cochonneries mais comme tous les ados je pense mais sinon durant les repas ils ont une alimentation équilibrée, c'est juste quand ils sont seuls, à table si je les laisse faire ils mangent pour quatre personnes.* […] *La problématique de Mathis c'est qu'il fait semblant de manger comme nous, puis derrière il va vider le placard* […] *parfois je crois avoir des placards remplis et… par exemple j'ai acheté deux boîtes de buns, il a tout mangé d'un coup, j'ai retrouvé les boîtes vides dans sa chambre.* (Entretien, Mère d'Enzo, 14 ans, 4ème et de Mathis, 17 ans, 1ère, classe moyenne)

Parmi les pratiques alimentaires bouleversées, on peut citer les régimes restrictifs, que quelques filles s'imposent, comme leur mère, et qui participent à accélérer leur prise de poids et la culpabilité. La pratique des régimes restrictifs se différencie en effet notamment selon le genre et la classe sociale (Carof, 2015b). Les femmes feraient plus souvent des régimes que les hommes, et les personnes considérées médicalement comme obèses bien plus que les personnes de poids « normal » (Carof, 2015b, p.214). Les femmes de classes populaires feraient également davantage de régimes « restrictifs » que les femmes de classes supérieures qui évoquent plutôt « faire attention », faire un « rééquilibrage alimentaire » sur le long terme. Nous pouvons citer le cas de Madleen, adolescente de classes populaires, qui a connu différentes périodes de régime éprouvantes :

> *Je faisais le yoyo, je perdais, je reprenais, c'était compliqué* […] *j'ai trouvé la solution de peser ce que je mangeais mais c'était trop long, chiant, ça m'a frustré* […] *Et c'est là que j'ai commencé à faire yoyo, parce qu'au départ j'avais repris pour me rendre compte des bonnes quantités, après j'avais tout pesé donc forcément j'avais perdu mais j'avais toujours faim, donc après le régime j'ai*

> *repris et beaucoup.* […] *À chaque fois que je mangeais un truc, je me disais : "oh j'ai mangé un gâteau, comment je vais faire du coup, faut que je l'élimine" Si je mangeais chez mamie je ne pouvais pas peser, du coup je ne savais pas, si je mettais trop ou pas assez, je faisais une fixation sur la balance, et quand j'ai arrêté, j'ai absolument tout repris. Je me pesais tout le temps, si je voyais que ça ne bougeait pas je n'étais pas bien.* (Entretien, Madleen, 15 ans, Snd, classes populaires).

Elle a essayé durant plusieurs semaines de peser tous ses aliments mais cela a fini par la frustrer davantage. Son alimentation était devenue une obsession. Madleen ne peut concevoir les phases de régime que comme temporaires. Les recommandations véhiculées par les régimes restrictifs sont, en effet, tellement éloignées des pratiques et habitudes alimentaires de Madleen, qu'elle les considère comme inenvisageables sur le long terme. À chaque perte de poids, elle a toujours repris par la suite et son mal-être s'est empiré un peu plus à chaque fois, engendrant une baisse d'estime de soi. Cette prise de poids témoigne de la difficulté de tenir sur le long terme un régime trop éloigné de ses habitudes.

Cette ethnographie des adolescents en obésité a mis en avant le cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité des adolescents à travers : le harcèlement scolaire, le sentiment d'être hors normes par rapport aux pairs, l'exclusion progressive de l'école pour les garçons mais aussi des activités sportives comme le foot, le sentiment de ne pas être dans la norme suite aux sorties *shopping* entre amies, les pratiques alimentaires compensatoires, l'exclusion des sorties au restaurant en famille etc. Il faut également ajouter à cette ethnographie sur les adolescents, le rôle joué par les parents, en particulier les mères. Si le stigmate est toujours une « épreuve », un « parcours difficile » pour les adolescents concernés, il l'est aussi pour les « initiés », au sens de Goffman, c'est-à-dire, les proches de la personne stigmatisée (Héas & Dargère, 2014, p.185). Ils comprennent la vie du stigmatisé, parfois prennent une partie du discrédit mais aussi le stress et l'essoufflement à se battre, et la recherche des solutions pour se réajuster en permanence (*ibid.*)

6.4. La place de la mère et du père dans les soins domestiques de santé

Une inégalité est à souligner lorsque l'on parle de trajectoires d'adolescents en obésité. Cela concerne le travail de soins domestique effectué par les mères. Considérées comme « directeurs des

trajectoires » des enfants et adolescents (Mougel, 2009), elles sont plus présentes et impliquées dans la santé. Pour reprendre les mots de Mme Pérez, nutritionniste-diététicienne en libéral : *« les mères sont de véritables gestionnaires de la prise en charge »*. Cette recherche se doit ainsi de s'ouvrir aux questions de genre et de rapports sociaux de sexe au sein du travail de soins domestique. Elle associera aussi une réflexion autour des questions liées aux rapports sociaux de classes sociales, puisqu'il est important d'articuler les différents rapports sociaux et inégalités. Les rapports sociaux doivent être considérés comme consubstantiels (Pfefferkorn, 2007 ; Kergoat, 2009, 2011 ; Galerand & Kergoat, 2014). La parole des mères occupe une place prépondérante au sein de nos données empiriques. Il est alors fondamental d'intégrer à ce Chapitre une dernière partie sur le « travail » de gestion de la maladie de ces mères.

6.4.1. Présence prépondérante de la mère : entre assignation et choix

« *90 % des mères se présentent seules aux consultations* » (Entretien, Mme Delhaye, Diététicienne, réseau de soins). Selon M. Dupont, coordinateur dans un réseau de soins, ce chiffre se situe aux alentours de *80 %.* L'estimation est moins élevée selon le Dr Le Roux mais reste conséquente : « *70 % de mères viennent seules* » (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR) Les mères sont particulièrement visibles sur la scène médicale, que cela soit au sein des services pédiatriques dans les centres hospitaliers ou dans les structures de soins de suite et de réadaptation, ou encore dans les réseaux de soins. En dehors de quelques cas particuliers, les mères sont amenées à gérer seules l'accompagnement thérapeutique de leurs enfants en obésité, comme de leur santé en générale. Les professionnels évoquent la présence de quelques couples et encore plus rarement de pères seuls :

> C*'est toujours maman qui porte le projet, que ce soit pour des filles ou des garçons, les pères sont rarement là. Ah si, ça m'est arrivé une fois, parce qu'il y avait eu un divorce et que le père avait la garde complète. Mais c'était la seule fois. Je n'ai jamais vu les deux parents. Pourtant à l'hôpital de jour je conseille aux deux parents d'être présents.* (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier)

Cette division hommes-femmes dans la répartition du travail domestique de santé ne concerne pas uniquement la maladie de l'obésité. Il existe généralement une prédominance des mères au sein des services pédiatriques :

> *C'est souvent les mères qui sont présentes. Au dernier groupe de parents il y avait quand même beaucoup de papas, sur les 8 jeunes il y avait trois papas, dont deux*

> *venus en couple, et un venu seul. Tout ce qui est médical et alimentaire c'est la maman, on le voit en général dans notre métier en pédiatrie.* (Entretien, Dr Ruiz, Pédiatre, CSSR)

Ce qui importe n'est pas tant de souligner cette inégalité que de comprendre le sens que les mères donnent à cette répartition.

Un certain nombre de sociologues ont participé à éclairer le fait que les femmes soient responsables de la majeure partie des soins et presque entièrement ceux à l'intérieur de l'espace domestique (Graham, 1984 ; Tronto, 1993 ; Saillant, 1999 ; Cresson, 1995, 1997, 2006). Que ce soit professionnellement ou dans l'espace privé, les femmes sont les principales dispensatrices des soins (Cresson 2001). Soulignons que les professionnels, acteurs de l'ETP sont également principalement des femmes, en particulier les psychologues, pédiatres, diététiciennes, assistantes sociales. Mougel (2009) reprend plus récemment ce déséquilibre entre pères et mères sur la scène médicale en ce qui concerne la prise en charge des enfants malades. Elle pointe du doigt l'existence d'une assignation du rôle de garde-malade aux mères et un certain « devoir de présence » en ce qui concerne les petites maladies d'enfants comme les maladies plus graves (*ibid.* pp.70-71). L'ouvrage met en lumière un investissement quotidien des mères auprès de l'enfant plus intense que celui des pères. L'accompagnement thérapeutique des jeunes en obésité n'échappe pas à ce constat et montre qu'en 2018[174] le déséquilibre entre pères et mères est toujours présent sur la scène médicale. Les mères des jeunes en obésité sont presque toujours présentes lors de nos observations et ce sont également elles qui sont majoritairement disponibles pour la réalisation de nos entretiens. La description qu'elles font des diverses démarches réalisées pour les soins domestiques de santé de leurs enfants, laisse entrevoir à nouveau cette distribution inégale entre hommes et femmes. Le maintien de ce déséquilibre révèle l'existence d'un écart persistant entre le modèle des « nouveaux pères » et sa traduction concrète dans le quotidien des familles (Neyrand 2000, cité par Mougel 2009). L'idée d'une nouvelle paternité oppose une représentation des pères « d'avant », inactifs dans la prise en charge des enfants, à celle de pères contemporains portés vers les soins parentaux. Elle oppose des pères distants et de ce fait, porteurs de l'ancienne puissance paternelle qui reposait sur l'image mythique d'un père situé au-dessus des contingences matérielles de la vie familiale, à des pères

[174] Année privilégiée de nos observations sur la scène médicale.

d'aujourd'hui dont elle suppose la proximité spontanée aux enfants (Devreux, 2004)[175]. Tout comme le père absent et distant représentait la figure autoritaire et le référent moral nécessaire au bon fonctionnement de la famille patriarcale (Devreux, 1985), le « nouveau père » constitue la figure mythique contemporaine de la paternité. C'est la « forme » actuelle du mythe (Devreux, 2004).

Les femmes interrogées, encore mariées au père de l'adolescent dont il est question, se disent fréquemment « *mères au foyer* », et rarement « *au chômage* » ou « s*ans activité professionnelle* » (Mère de Chloé et Emma, mère d'Inès, mère d'Amélie, mère de Liam, mère de Laurine, mère de Dylan). La gestion de l'espace domestique, y compris de la santé des enfants, est un réel travail, un investissement en temps et en énergie conséquent, surtout lorsqu'un enfant est considéré comme étant atteint d'une « *maladie chronique* ». Ces femmes s'empressent de justifier ce statut de « *mère au foyer* », comme si elles avaient l'habitude de se sentir jugées à ce sujet, et de ne pas paraître légitimes. Elles détaillent alors toutes les démarches qu'elles doivent entreprendre que cela soit pour les soucis de santé des enfants ou encore leur scolarité, souvent compliquée parmi les adolescents enquêtés. « *Pour tout ce qui concerne la santé de mes enfants je m'en occupe seule, c'est mon choix* » (Mère de Chloé, 12 ans et Emma, 16 ans, classes populaires). Ces mères évoquent leur statut de « *mère au foyer* » davantage comme « *un choix* », une répartition stratégique des rôles au sein du foyer, à l'image de la mère d'Inès qui nous explique qu'il s'agit d'un « *choix de couple* » :

> *Je suis mère au foyer, depuis la naissance de ma fille. Mon mari a eu des problèmes de santé à ce moment-là, il a fait une rupture d'anévrisme. Depuis ça, je n'ai jamais repris le travail. J'ai dû m'occuper de mon mari, gérer la fin de ma grossesse, les enfants, etc. Et dès qu'il a repris son travail, mon mari m'a dit d'arrêter de travailler, et de profiter des enfants. Après je sais que je vais devoir reprendre le travail pour payer les études de mes enfants, ou bien les vacances, un jour mais pour l'instant on arrive à gérer comme ça.* (Entretien, Mère d'Inès, 10 ans, CM2, classes populaires)

[175] D'ailleurs au sujet des « droits des pères » qui ont profondément évolué, Devreux explique que « c'est au nom de cette nouvelle proximité que les hommes devraient bénéficier des avantages que les femmes auraient acquis du fait de leur disponibilité et proximité aux enfants. Cette logique égalitariste trouve son fondement, notamment, dans l'équation qui est faite entre deux pouvoirs, le pouvoir de la domination masculine sur les femmes et le supposé pouvoir que les mères auraient pris sur les enfants, le second étant considéré comme le complément, voire même le "pendant" du premier, c'est-à-dire comme ayant le même poids social. Ce "pouvoir des femmes" est ainsi décrit comme "une position de force dans la gestion du rapport concret à l'enfant" (Neyrand, 2000). C'est un peu vite oublier que les pères, dans leur grande majorité, ne veulent surtout pas de ce rôle de gestion du rapport concret à l'enfant. Et c'est surtout poser une équivalence entre un rapport d'oppression et d'exploitation (la domination des hommes sur les femmes) et un rapport de prise en charge matérielle et affective (le "pouvoir" des mères sur les enfants). » (2004, p.66)

Derrière ce qu'elle désigne comme un « *choix* », on constate des termes qui font davantage référence à un choix sous contraintes : « *j'ai dû* », « *mon mari m'a dit* », « *je vais devoir* ». Derrière ce choix se cache parfois toute autre chose, comme c'est le cas de la mère de Chloé et Emma que nous avons vu dans le Chapitre 5. Le père des enfants est, en effet, désigné comme « *démissionnaire* » par la mère. Il refuse de se soigner lui-même pour ses multiples problèmes de santé (diabète, cholestérol, obésité morbide, etc.) et refuse de s'impliquer dans les soins de ses enfants qui ont pourtant diverses problématiques. Même si cette femme considère qu'il est « *normal* » en tant que mère de veiller à la santé de ses enfants, qu'elle dit vouloir être l'unique personne à gérer l'aspect santé et éducation de toute la fratrie (sept enfants), et qu'elle refuse de confier ces tâches à quelqu'un d'autre, nous pouvons finalement supposer que peu d'autres choix s'offrent à elle. Au vu de son environnement, de l'absence de soutien des grands-parents, de l'isolement social de la famille et surtout de la « *démission* » du père, on peut se demander si d'autres choix s'offrent à elle. Les travaux de Cresson (2001) en questionnant les parents sur leurs activités sanitaires, tentent de comprendre la manière dont ils se les partagent. Les hommes seraient davantage présentés comme ayant le choix de donner ou, le plus souvent, de ne pas donner, des soins. Cresson souligne le fait que l'explication par le choix individuel ne doit pas être prise pour autre chose que ce qu'elle est : une rationalisation *a posteriori*. Pour les femmes, il semble bien qu'il n'y ait pas vraiment la possibilité de choisir dans certaines situations (*ibid.* p.316). Nos constats vont dans le même sens que les travaux de Devreux qui traitent des « droits des pères » et des « obligations des mères » (2004). En reconnaissant que les soins domestiques de santé sont réalisés majoritairement par des femmes, Cresson évoque une forme « d'assignation » des soins aux femmes et non un réel choix (2001, 2006).

> Ce sont elles [les femmes] en effet qui prennent en charge l'écrasante majorité des soins profanes aux jeunes enfants, aux malades, aux personnes en perte d'autonomie ou dépendantes. Le soin profane fait partie des rôles féminins (de fille, de mère d'épouse, de voisine, d'amie…) (Cresson, 2006, p.14).

Cette assignation est souvent jugée naturelle pour les mères des adolescents en obésité. Les travaux plus anciens de Martin (1993) cités par Cresson (2001) qui concernent les soins aux enfants handicapés soulignent la participation prépondérante de la mère aux soins de toutes sortes et mettent en avant le terme de « double carrière » pour rendre compte de la surcharge féminine :

> La notion de double carrière prend un sens nouveau: il ne s'agit pas ici de couples dont les deux parents ont une activité professionnelle mais bien du cumul, dans le

> chef d'une seule et même personne, la mère, des activités domestiques, familiales, professionnelles et sociales. (Martin et *al*., 1993, p.74)

Pour les mères divorcées et en situation de monoparentalité au moment de l'entretien, ce statut de « *mère au foyer* » est évoqué comme étant imposé et plus difficilement valorisé. Elles s'énoncent d'ailleurs davantage comme étant « *sans activité professionnelle* » ou « *au chômage* » (Mère de Rayan, mère de Madleen, mère d'Ethan) que « *mères au foyer* ». La gêne de ne pas avoir de travail à l'extérieur du domicile se fait davantage sentir.

Notons également que dans trois situations, les mères ont arrêté de travailler notamment à cause de leur excès de poids handicapant dans le quotidien (mère d'Amélie, mère de Madleen et mère de Liam). Ces mères sont toutes de classes populaires.

Lorsque les mères ont une activité professionnelle, elles doivent régulièrement poser des jours de congés pour accompagner les adolescents. Ces femmes adaptent constamment leur emploi du temps de travail en fonction de leurs enfants, qu'elles soient en situation de monoparentalité ou non, la gestion repose prioritairement sur elles : « *Je suis secrétaire de direction dans un syndicat professionnel à 90 %, je ne travaille pas le mercredi après-midi, pour m'occuper de ma fille mais cette année avec sa prise en charge, je suis obligée de prendre aussi le mercredi matin.* » (Entretien, Mère d'Océane, 13 ans, 5ème, divorcée, classe moyenne). On peut également citer la mère d'Alicia qui n'hésite pas à poser des jours de congés et dont le mari ne prend le relais que lorsqu'elle est malade : « *je peux poser des jours sans difficulté, j'ai de la chance d'être dans la fonction publique et d'être fonctionnaire, ils sont arrangeants dans ma collectivité sinon dans le privé il y a longtemps que je serais licenciée.* » (Entretien, Mère de Alicia, 14 ans, 4ème, mariée, classe aisée). Au sein des couples, que la mère soit en emploi ou non, la conséquence est la même dans la gestion de l'enfant malade : « *C'est important de l'accompagner dans les démarches médicales, même quand je travaillais, je me rendais disponible, j'allais avec elle, toujours moi seulement. Tout ce qui est atelier alimentaire…* » (Entretien, Mère de Laurine, 17 ans, 1ère, mariée, classe moyenne).

Malgré certains changements en matière de rapports sociaux de sexe, dans le domaine de la santé de nombreuses études ont décrit l'investissement spécifiquement « féminin » dans la gestion des soins de l'enfant dans la sphère domestique. Dans le domaine de l'alimentation, la littérature souligne aussi le rôle et les fonctions sociales des « mères nourricières » (Ferrand, 1983). Ce qui touche à

l'alimentation de l'enfant et à l'organisation domestique dans la famille serait strictement du ressort des femmes : « de l'unanimité qui se dégage sur les devoirs nourriciers de la mère vis-à-vis de son nourrisson découlera la définition de son rôle plus large de mère nourricière de la famille » (Ferrand, 1983, p.1279). Plus récemment un dossier du journal des anthropologues (Fournier et *al*., 2015), fruit d'une rencontre entre trois sociologues et une socio-anthropologue part du constat qu'il existe un vide théorique qui caractérise le croisement des champs du genre et de l'alimentation dans le monde francophone. Ces travaux évoquent le maintien d'une forte division sexuelle des tâches en défaveur des femmes (Fournier et *al*., 2015) Si le temps de préparation culinaire a fortement baissé durant les dernières décennies, l'une des grandes constantes repérées concerne la division sexuelle des tâches relatives à l'alimentation (Warde et *al*., 2007 cité par Fournier et *al*., 2015). Haicault soulignait déjà en 1984 que les femmes conservaient la « gestion mentale » et la « charge mentale » d'un approvisionnement anticipé et d'une préparation équilibrée des repas, impossible à quantifier, qui se doit d'être conforme aux aspirations gustatives des différents membres de la famille :

> La notion de charge mentale paraît la plus adéquate à rendre compte de la superposition dont il est ici question. L'enjeu consiste à organiser, donc faire tenir ensemble, les successions de charge de travail, de les imbriquer, de les superposer, ou, au contraire, de les désimbriquer, de fabriquer des continuités : sortes de fondus enchaînés, de jouer sans cesse sur ce qui marche ensemble et ce qui est incompatible. Car il n'y a de constantes que celles qui rythment immanquablement les espaces-temps que sont les temps sociaux (horaires de travail, horaires scolaires, week-end, congés. (Haicault, 1984, p.272)

La notion de « care alimentaire » tirée des travaux de la sociologue Rochedy (2017) au sujet de la gestion parentale d'enfants autistes, est très utile à l'analyse de notre étude. La gestion du « care alimentaire », permet d'appréhender simultanément la gestion parentale de l'alimentation et le travail parental et domestique dans la vie ordinaire. Au quotidien, cette gestion engendre une charge physique et mentale supplémentaire et peut entraîner des perturbations majeures dans les parcours de vie, conjugaux, professionnels, sociaux, culturels des parents. Les problèmes alimentaires modifient la vie, l'identité, les relations, les modes de garde, les activités des parents et prouvent combien l'alimentation est une activité centrale de la socialisation humaine, qui performe l'identité et le statut de chacun. Tout comme l'évoque Rochedy, les mères laissent paraître leur sentiment de culpabilité, leur responsabilité et leur peur d'être considérées comme de mauvaises mères « nourricières », de mauvaises mères « soignantes » et plus largement des mères n'assurant pas le bon fonctionnement du foyer.

6.4.2. Comprendre l'invisibilité des pères sur la scène médicale

La situation la plus courante est celle où la mère gère seule l'accompagnement thérapeutique. En second lieu, même si cela est peu fréquent, il arrive que le couple vienne ensemble. Le troisième cas, enfin, encore plus rare, est celui où le père se rend seul sur la scène médicale.

Concernant la présence des pères, déjà, il faut souligner que de nombreux jeunes parmi nos enquêtés semblent avoir des parents divorcés (Léna, Enzo et Mathis, Ethan, Dylan, Damien). La mère a obtenu la garde la plus grande partie du temps. Certains pères sont également complètement absents de la vie des jeunes (Madleen, Nathan et Rayan) et un père est décédé (Jeremy). Parmi les parents qui ne se sont pas séparés, beaucoup de pères réalisent fréquemment des déplacements en dehors de la région pour des raisons professionnelles : chauffeurs routiers, commercial ou ouvriers en déplacement (Père de Camille, père d'Océane, père de Yasmine, et père d'Inès). Ces derniers ne sont jamais présents sur la scène médicale :

> *J'habite avec le papa et les filles mais il est commercial donc il est souvent absent la semaine, il est en déplacement, il rentre le jeudi soir ou vendredi soir.* (Entretien, Mère d'Océane, 13 ans, 5ème, classe moyenne) ;
>
> *Mon mari est souvent absent, en déplacement, pour son travail, pour des chantiers, puis là il était en vacances en Turquie après.* (Entretien, Mère de Yasmine, 17 ans, 1ère, classes populaires)
>
> *Mon mari part du lundi au samedi donc je fais un débriefing avec lui le dimanche mais c'est moi qui gère le plus.* (Entretien, Mère d'Inès, 10 ans, CM2, classes populaires)

Ces différents contextes de vie laissent entrevoir les raisons, l'explication *a posteriori* de l'absence des pères sur la scène médicale et plus généralement dans les activités de soins domestiques.

Dans de rares cas, certaines mères sont absentes et passent alors le relais aux pères qui se retrouvent seuls momentanément à gérer les soins domestiques de santé. Nous pouvons citer le cas de ce couple de parents ayant deux enfants, dont l'un porteur d'un handicap, l'autre en obésité. Le couple décide de se répartir dans la gestion des soins : le père assure les rendez-vous médicaux pour l'adolescent en obésité pendant que la mère reste au domicile pour prendre soin de l'enfant porteur d'un handicap. Nous pouvons également citer le cas de Maëlys (15 ans, Snd) qui vient régulièrement en consultations en centre SSR, toujours accompagnée de son père. Les parents

travaillent tous les deux dans leur propre commerce, une brasserie. Il faut donc toujours que l'un ou l'autre soit présent pour assurer la gestion du commerce, pendant que l'autre gère tout ce qui concerne les rendez-vous médicaux à l'extérieur. L'adolescente et la mère semblent également être en conflit. Enfin, de manière occasionnelle, la mère peut être absente pour des raisons de santé et le père prend ainsi le relais de manière exceptionnelle : « *Mon mari participait pendant un moment à ma place aux ateliers parce que j'avais été hospitalisée, j'avais eu une infection au niveau du colon, donc il m'a remplacé une séance, à l'atelier cuisine qu'ils ont fait au réseau de soins* » (Entretien, Mère d'Alicia, 14 ans, 4ème, classe aisée)

Il arrive que les parents soient présents tous les deux, ou, pour être plus précis, que la mère soit accompagnée du beau-père. Cela est le cas dans deux situations. En effet Rayan et Dylan sont accompagnés de leur mère et beau-père lors des observations de consultations et lors de nos entretiens. Dans ces deux familles, les couples sont au chômage et semblent s'investir à parts égales dans l'accompagnement thérapeutique du jeune.

La prise en charge semble particulièrement éprouvante pour mères divorcées car les mésententes sont fréquentes avec les ex-conjoints. Certains pères refusent d'accompagner les adolescents à leurs rendez-vous médicaux, leurs ateliers, leurs loisirs, leurs sports : « *souvent malheureusement quand la garde est partagée, le jeune ne vient pas quand il est chez le père le samedi par exemple, ce sont des situations fréquentes.* » (Entretien, M. Dupont, coordinateur d'un réseau de soins). Lors d'une observation au sein d'un centre de soins, nous avions été témoins d'un échange entre mères, divorcées, au sujet des pères. La mère d'Ethan (12 ans, 5ème) expliquait que son ex-compagnon n'allait pas au programme de prise en charge lorsque c'était son tour de garde. Ainsi, dès que le jeune était chez son père le week-end ou le mercredi, cela l'empêchait de se rendre à son atelier. Cette problématique a été investiguée lors de l'entretien :

> *J'ai tout de suite dit aux membres de l'association qu'Ethan ne pourrait pas venir tous les mercredis, je fais beaucoup d'heures supplémentaires pour essayer de prendre des jours de congés pour son accompagnement thérapeutique moi, en revanche mon ex-mari lui il m'a dit qu'il ne pouvait pas s'arranger, jamais. Je pense qu'il ne s'est pas beaucoup embêté à chercher de solution surtout. Donc mon fils va que tous les 15 jours en atelier le mercredi, et pour le sport le samedi c'est pareil ça dépend* [silence] *en ce moment les enfants pratiquent une super activité, j'ai essayé de pousser un peu auprès de son père pour qui l'emmène le samedi matin, c'est une belle opportunité je trouve, c'est dommage de le priver de cela.* (Entretien, Mère d'Ethan, 12 ans, en 5ème, classes populaires)

Les mères mettent également en avant le fait que leurs ex-compagnons ne respectent pas les recommandations des professionnels concernant l'alimentation et l'activité physique à leur domicile. Ils sont plus réticents à effectuer des changements alimentaires et considèrent davantage que c'est au jeune d'être autonome et de se réguler lui-même dans son alimentation. Si les mères prennent l'initiative d'emmener les jeunes à la piscine, par exemple, cela semble plus rare chez les pères. De même, si les mères essayent de changer quelques habitudes alimentaires, les pères sont plus réticents. Ainsi le jeune se retrouve à suivre des habitudes de vie différentes d'un domicile à l'autre. La mère d'Enzo et Mathis explique que son ex-compagnon n'a pas du tout la même façon de manger qu'elle : « *chez papa ils ne font pas attention d'eux-mêmes, l'alimentation c'est important pourtant. Papa est d'origine portugaise, il y a beaucoup de féculents, gras et sucre chez lui, donc oui il y a des légumes mais surtout beaucoup de plats tout préparés avec leur père* ». Pour Dylan la situation semble similaire, chez son père il doit faire preuve d'une grande autonomie. Sa mère et son beau-père essayent de le responsabiliser sur ses habitudes alimentaires, dans la même logique que ce que les professionnels conseillent mais le jeune n'y arrivant pas, cela entraîne des disputes :

> *Y'a déjà eu des clashs mais maintenant son père a dit à Dylan "tu te débrouilles, si tu ne fais pas attention c'est ton problème", son père baisse vite les bras. Heureusement c'est qu'un week-end tous les quinze jours, il ne fait pas attention à son poids juste un week-end au final donc ça va, ce qui va être compliqué c'est cet été, quinze jours à la suite, j'espère qu'il fera attention lui-même.* (Entretien, Mère de Dylan, 13 ans, 6ème, classes populaires)

Les professionnels font état de ces différences chez les parents : « *Certains parents séparés disent qu'ils appliquent tout ce qu'on leur dit à la maison, puis dès que l'enfant va chez son père il y mange n'importe quoi.* » (Entretien, Dr Frank, Pédiatre, Centre Hospitalier) ; « *Il y a des conflits, chez papa et maman on ne mange pas pareil, et papa ne veut pas venir aux séances. C'est souvent un élément qui revient.* » (Entretien, Mme Morel, Diététicienne, Centre hospitalier).

En dehors du père ou de la mère, c'est parfois un référent familial qui est présent. Nous avons observé plusieurs fois le cas où une assistante sociale veille à gérer la prise en charge du jeune à la place des parents lorsque ces derniers font l'objet de mesures judiciaires. Il y a également une consultation où la tante de l'adolescent est présente au côté de sa mère afin de l'épauler et d'éviter un placement judiciaire du jeune, c'est le cas de Quentin dont les consultations sont retranscrites en annexe (Annexe n°5 : « Consultation de suivi et consultation de bilan après séjour de Quentin). Les

professionnels nous diront également que les grands-parents peuvent parfois être présents dans la prise en charge :

> *un seul parent vient généralement, et c'est la maman. On autorise même les grands-parents à venir puisqu'ils sont très partie prenante dans l'éducation, ça peut être bien d'avoir la mamie puisqu'elle a aussi un discours qui passe. Mais majoritairement ce sont donc des mamans* (Entretien, Mme Delannoy, Psychologue, Centre hospitalier).

6.4.3. Faire entrer son enfant dans la norme pour le protéger de la stigmatisation

Le motif de consultation des mères[176] rejoint la même logique que celle des adolescents. L'impact de la stigmatisation est central pour décider le parent à prendre rendez-vous chez un spécialiste pour le poids. Il existe chez toutes les mères un désir de lutter contre la stigmatisation pour lutter contre la souffrance de l'adolescent.

La mère d'Enzo (14 ans) et de Mathis (17 ans), appartenant à la classe moyenne, est particulièrement inquiète pour l'image que renvoient ses deux garçons en obésité. Elle explique qu'elle a pris seule la décision d'aller consulter pour leur poids. Les deux adolescents subissent du harcèlement scolaire et sont suivis en Centre de soins de suite et de réadaptations à travers des consultations individuelles. La mère se dit « *désemparée* » car elle ne constate aucune amélioration au fil des années en termes de poids et voit ses garçons se faire insulter fréquemment et avoir des comportements de plus en plus « *violents* » en réponse. Elle anticipe également le fait que le poids pourrait nuire dans leur quotidien comme dans leur vie future et surtout leur vie professionnelle. Ci-dessous un extrait d'entretien avec la mère des deux garçons :

> *Je vois bien qu'il y aura une conséquence pour leur avenir, je voulais les convaincre de faire un suivi, Enzo il est bien dans sa peau lui mais il vit mal le regard des autres, au quotidien c'est un combat pour essayer de lui faire comprendre l'intérêt de manger équilibré, de faire du sport… et aussi dans son attitude… c'est tout un ensemble.* […] *ça devient compliqué pour les sous-vêtements, ça remonte quand il marche et ça le gêne, puis on se moque de lui, on le regarde, à un moment donné il a arrêté d'en mettre donc je ne vous dis pas les pantalons, ça s'use très vite, ça coûte cher, au cinéma il n'a pas l'air à l'aise, il*

[176] À nouveau précisons que les propos recueillis par les parents proviennent majoritairement de mères. Afin de correspondre aux réalités du terrain d'enquête, cette partie mobilisera davantage le terme de « mère » plutôt que « père » ou « parent ».

> *dit qu'il veut voyager mais je lui dis qu'il ne peut pas prendre l'avion pour l'instant, donc à un moment donné il y a une réalité, on doit lui faire prendre conscience* […] *mes enfants ne se rendent pas compte de l'image extérieure, qu'autour d'eux les gens ne les perçoivent pas comme eux ils se voient, qu'on se moque d'eux, ils doivent en priorité comprendre l'impact sur la santé mais aussi derrière il y a l'impact social, plus tard l'impact professionnel, l'impact financier aussi, donc c'est notre rôle de parents de voir ça, de leur faire prendre conscience pour qu'ils adhèrent à ça.* (Entretien, Mère d'Enzo et Mathis, classe moyenne)

Les mères issues de la classe moyenne sont nombreuses à être responsables de la présence de leur adolescent sur la scène hospitalière en comparaison de celles de classes populaires. Elles sont conscientes d'être à l'initiative de la démarche et cela même si l'adolescent est sceptique. Les mères de classe moyenne se projettent davantage dans le long terme dans le sens où elles souhaitent mettre un terme à la stigmatisation afin que cette dernière n'entraîne pas un certain déclassement social de leur adolescent. Le désir de se conformer à la norme est considéré comme une condition à une certaine « *réussite sociale* ». Elles parlent alors de l'importance de l'« *image extérieure* » pour réussir professionnellement et des « *opportunités manquées* » en cas de non-conformité à la norme, y compris corporelle.

Ces mères particulièrement inquiètes pour l'image que renvoie leur jeune, issues de classes moyennes, ont comme point commun de pratiquer elles-mêmes des régimes. Elles n'utilisent pas le terme de « régime » mais privilégient celui de « *rééquilibrage alimentaire* ». Le discours de la mère de Baptiste, issue de classe moyenne met en avant cette distinction :

> *Avant la prise en charge on s'était inscrit à un programme Croq'Kilos, qui n'est pas fait pour les enfants mais permet de rééquilibrer l'alimentation, ce n'est pas un régime, l'intérêt c'est que c'est varié, il y a beaucoup de recettes, on a mis ça en place, et il y avait à la maison pas mal de restrictions, il y avait des aliments interdits, absents de la maison, gâteaux, chocolat, Nutella, on achetait plus tout ça.* (Entretien, Mère de Baptiste, 13 ans, 5ème, classe moyenne)

Carof (2015b) analyse cette distinction dans le langage où les classes moyennes et aisées parlent de rééquilibrage alimentaire et pointent du doigt la notion de « régime », majoritairement utilisée par les classes populaires. Elles mettent davantage en avant l'aspect « santé » derrière la notion de rééquilibrage alimentaire. Pour autant, dans leurs pratiques, nous pouvons observer que cela s'apparente à la définition d'un régime dans le sens où il existe de nombreuses règles, des interdits alimentaires, des « *bons* » et des « *mauvais* » aliments qui sont enfermés dans des « *placards à clés* », des choses à ne jamais acheter mais à manger « *uniquement à l'extérieur occasionnellement*

pour ne pas être tenté à la maison » (Mère d'Enzo et Mathis). Ces mères alternent des phases de perte de poids et de prise de poids depuis des années et contrôlent leur propre alimentation constamment par peur de prendre du poids. Elles suivent des régimes de type « *Croq'kilos* » comme la mère de Baptiste[177]. La mère de Nathan est suivie depuis des années par une diététicienne à « *Natur House* » et surveille sans cesse son alimentation. Son discours est ambigu. Elle met en avant le fait qu'il n'y a « *aucun interdit* » alimentaire mais elle mange uniquement des protéines et des fruits et légumes chaque soir.

- **Enquêtrice** : *Donc vous faites un plat principal pour tout le monde si j'ai bien compris ?*
- **Mère de Nathan** : *Oui et des légumes en plus pour moi, j'en mange plus que les féculents le soir, je suis suivie par une diététicienne donc je fais attention, le soir c'est uniquement légumes et poisson ou viande blanche avec un yaourt*
- **Enquêtrice** : *Vous êtes suivi depuis longtemps ?*
- **Mère de Nathan** : *Oui, très longtemps, à Natur House, j'y vais quand j'ai envie de perdre trois ou quatre kilos, pour reprendre des bonnes habitudes aussi, c'est efficace mais c'est vrai que l'on reprend toujours après, on a cette fâcheuse manie de… par exemple en vacances on mange plus, elle ne nous interdit pas de manger mais après avoir trop mangé le lendemain on fait attention, on prend un petit déjeuner léger, un fruit à 10h, et le midi et soir une viande blanche et un yaourt, ça élimine le repas du week-end.*

Du côté des familles issues de classes populaires, la demande semble davantage provenir d'une discussion entre adolescents et parents. Les mères de classes populaires luttent contre le stigmate, luttent pour que leurs adolescents soient considérés comme « *normaux* » :

> *Quand on commence à me dire à l'école qu'elle est en surpoids moi je me braque, parce qu'elle est peut être en surpoids mais elle fait autant de choses qu'une personne normale* […] *elle vit normalement, elle fait beaucoup de choses ce n'est pas parce que l'on est obèse que l'on est autrement qu'un autre.* (Entretien, Mère d'Amélie, 14 ans, 4ème, classes populaires)

Emma exprime au bord des larmes son envie d'être regardé comme une adolescente normale : « *ça fait mal au moral en fait tu as l'impression de te dire que tu n'es pas normal que tu as encore un autre truc et au bout d'un moment tu vas en arriver à un point où…* » (Entretien, Emma, 16 ans, 1ère, classes populaires).

[177] Baptiste est suivi par les professionnels qui sont proches de la philosophie du GROS. Le rapport que sa mère entretient avec les régimes sera abordé ultérieurement dans le Chapitre 8.

Les mères issues de classes populaires ont généralement connu des épisodes de stigmatisation elles-mêmes étant plus jeunes à cause de leur obésité et ne veulent pas que leurs enfants revivent la même chose. Ainsi, l'objectif est que le jeune ne « *souffre* » plus du regard des autres sur son corps. Les mères viennent chercher de l'aide auprès des professionnels, des solutions, pour cette « souffrance » puisqu'elles se sentent généralement « *impuissantes* ». Elles veulent éviter que la situation ne s'« *envenime* » et que leur adolescent leur « *reproche* »[178] plus tard de ne pas avoir agi assez tôt. De plus, certaines d'entres-elles ont fait de la chirurgie bariatrique et veulent éviter que leur enfant ne vive cette même expérience difficile à l'âge adulte. Ce désir des mères de conformer son enfant à une certaine norme corporelle met avant tout l'accent sur le désir d'apaiser la stigmatisation du jeune.

Du point de vue des parents et adolescents, l'obésité s'apparente davantage à un handicap qu'une maladie puisque le motif principal évoqué lors des consultations spécialisées est la stigmatisation extérieure, en particulier à l'école. La logique du handicap, contrairement à la logique de la maladie, consiste à partir non des causes mais des conséquences, dans un environnement donné, des problèmes de santé pour les classifier (Ravaud, 1999, cité par Béliard & Eideliman, 2009, p.99). Keppens (2010) soulève les différences existantes entre l'annonce de l'obésité d'un enfant à celle de l'annonce d'un diabète d'un enfant : lors du diagnostic, le parent de l'enfant diabétique cherche avant tout à assurer la protection de la santé de son enfant, alors que la mère de l'enfant en obésité va avant tout chercher à protéger son enfant de la stigmatisation et vouloir prévenir ses souffrances psychologiques et sociales. Pourtant, si le motif de consultation de l'obésité ressemble au processus observé dans le champ du handicap, le diagnostic médical et la prise en charge reposent sur une considération de l'obésité comme « maladie » comme nous le verrons dans la Partie 4. Nous faisons également le constat qu'il existe une distinction en termes de classes sociales dans la manière dont les mères donnent sens à ce « handicap » comme le montrent les témoignages ci-dessus exposés. Les mères issues de classe moyenne expriment une vision plus à long terme. En souhaitant que leur adolescent corresponde à la « norme » corporelle, elles veulent que son intégration future dans la société, notamment professionnelle, ne soit pas entravée. Les mères de classes populaires expriment davantage le désir que leur adolescent soit considéré comme « *normal* » et ne souffre plus du jugement extérieur.

[178] Ces mots entre guillemets sont des termes utilisés par plusieurs mères lors des entretiens biographiques.

Pour conclure, l'étude de l'expérience d'adolescents en obésité permet de mêler les travaux sur les inégalités sociales de santé à ceux sur la stigmatisation et plus précisément le concept de « cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité » (Poulain, 2000, 2009). Le processus cumulatif des inégalités sociales de santé et le cercle vicieux de la stigmatisation sont fortement liés. Le cercle vicieux de la stigmatisation impacte d'autant plus la trajectoire de l'adolescent si ce dernier fait déjà face à un certain nombre d'inégalités sociales dans son parcours de vie. La stigmatisation a plus d'impact au sein des familles pour lesquelles les désavantages sociaux sont les plus importants. En ce sens, la stigmatisation représente une inégalité supplémentaire dans cette accumulation des désavantages sociaux. Dans un article sur les personnes atteintes de troubles psychiques, Démailly (2008) évoque le lien entre la maladie et les inégalités sociales de santé, plus particulièrement celles liées aux inégalités socio-économiques. Ce qui est intéressant c'est son constat lié à « la baisse de l'estime de soi, les sentiments de honte et de culpabilité, l'autostigmatisation, et la fuite des contacts sociaux » (p.228) puisque ces éléments sont également visibles sur notre terrain d'enquête. En ce sens, elle fait l'hypothèse que les « défaillances des supports sociaux » ou « les défaillances du réseau social » des personnes atteintes de troubles psychiques sont d'autant plus fort que le capital social d'origine était faible. En somme, à trouble psychique théoriquement « égal », les conséquences déstructurantes des symptômes sur la vie relationnelle seraient plus fortes dans le cas de ressources économiques et culturelles faibles.

Partie 4 — Négociation des normes médicales au sein de l'accompagnement thérapeutique

La quatrième partie vient clore l'étude du « parcours des normes » et permet la rencontre entre la sphère professionnelle énoncée dans la seconde partie, et la sphère familiale énoncée dans la troisième partie. Elle met en lumière le concept de « trajectoire » en articulant l'expérience de l'adolescent avec la gestion de la maladie par les parents et les professionnels. La trajectoire de l'obésité de l'adolescent, cet individu pluriel, se construit dans l'interaction des différents acteurs qui gravitent autour de lui. Peu de travaux sociologiques analysent les interactions entre professionnels et personnes en obésité, encore moins en intégrant la dimension de l'adolescence. Cette dernière partie entend mêler l'analyse des interactions sociales et rapports sociaux, notamment de classe sociale et de sexe, dans le triptyque adolescent, parent et professionnel tout en accordant une place importante au processus de stigmatisation. Cette partie analyse la manière dont les différents acteurs co-construisent la « trajectoire » (Strauss, 1978) des jeunes en obésité tout en plaçant au centre la gestion du « stigmate » (Goffman, 1963). Le concept d'« ordre négocié » (Baszanger, 1986) est mobilisé dans le sens où la « négociation » est autant présente dans le concept de trajectoire que dans celui de stigmatisation. C'est au fil d'interactions sociales, de négociations, d'ajustements, que la trajectoire de l'adolescent prend forme, et la stigmatisation est également un processus social relationnel qui se construit par une succession d'interactions et de négociations. La production familiale de soins est un processus en constante négociation des normes médicales diffusées lors de l'ETP et en constante gestion du stigmate.

Il s'agit de mettre en lumière la manière dont les adolescents et leurs parents négocient les normes médicales au sein de l'ETP, c'est-à-dire la définition de l'obésité, de ses causes, ses conséquences, le déroulement de la prise en charge et la manière de donner sens aux résultats. Le Chapitre 7 se consacre à l'entrée dans l'accompagnement : les premières consultations individuelles, les journées de bilan et l'annonce de l'obésité. Le Chapitre 8 cible le cœur de l'ETP : les ateliers mis en place au sein des réseaux de santé et centres hospitaliers, ainsi que l'hospitalisation de plusieurs semaines en ce qui concerne les centres SSR[179].

[179] Ces différents événements clés cités (premières consultations, journées bilan, ateliers, etc.) ont fait l'objet de description dans le Chapitre 4 pour présenter l'organisation de l'offre de soins, et des extraits d'observations ont été révélés notamment dans le Chapitre 2 afin de saisir les enjeux méthodologiques.

Chapitre 7 — l'annonce de l'obésité comme négociation des normes médicales et du stigmate

La Partie 3 a étudié la manière dont le processus de stigmatisation était particulièrement visible sur la scène scolaire, il va maintenant s'agir d'analyser comment cela influence les interactions entre professionnels, parents et adolescents, sachant que le stigmate est négocié de manière continue dans la trajectoire. En effet, en dehors de leur groupe de pairs, les adolescents peuvent se sentir stigmatisés par les professionnels, notamment les non-spécialistes de l'obésité qui les catégorisent comme étant en obésité alors qu'ils n'ont pas été sollicités pour effectuer ce diagnostic. Ces professionnels sont le plus souvent des infirmières scolaires mais aussi des médecins traitants ou encore des médecins urgentistes. Dans un premier temps, le chapitre mettra en avant le fait qu'une annonce de l'obésité non-sollicitée peut être vécue comme une stigmatisation supplémentaire dans le parcours du jeune (7.1). Les stratégies de gestion du stigmate seront étudiées en distinguant d'un côté le rejet et à l'opposé l'incorporation de ce dernier. Ensuite, c'est l'annonce effectuée par les spécialistes de la prise en charge de l'obésité qui sera étudiée, en montrant que les interactions entre professionnels et familles peuvent être révélatrices des processus de stigmatisation antérieurs (7.2). Enfin, l'argument des professionnels de médicaliser l'obésité pour déstigmatiser sera discuté. Le chapitre se clôturera sur la manière dont les causes de l'obésité sont négociées sur la scène médicale spécialisée (7.3).

7.1. L'annonce de l'obésité non sollicitée et l'*autrui* illégitime : entre rejet et incorporation du discours

Cette partie met en avant deux situations différentes où l'annonce de l'obésité n'est pas sollicitée par la famille. Dans un premier cas, lorsque l'annonce est effectuée par un professionnel jugé illégitime par la famille, comme l'infirmière scolaire et dans un second cas, lorsqu'elle est effectuée par un professionnel de santé, médecin, toujours non spécialisé dans l'accompagnement de l'obésité. Cette partie permettra de mettre en lumière le rejet du discours du professionnel ou au contraire son incorporation, et les enjeux qui peuvent y être liés.

7.1.1. L'infirmière scolaire : mise en visibilité d'un rejet des normes

Lorsqu'un professionnel est jugé par les parents comme n'étant pas légitime à établir le diagnostic « obésité » sur le corps de leur enfant, c'est principalement lorsque le professionnel n'appartient pas au corps médical et lorsque la famille n'a nullement pris la décision de solliciter ce diagnostic, autrement dit qu'elle n'est pas à l'origine de la démarche. Lorsque le diagnostic n'est pas sollicité et effectué par un *autrui* jugé non légitime, non spécialisé dans l'obésité, cela peut entraîner un refus d'adhérer aux normes prescrites. Cet *autrui* jugé illégitime est souvent représenté par l'infirmière scolaire. Les parents et adolescents sont particulièrement opposés aux discours des professionnels de la scène scolaire à tel point que les interactions laissent entrevoir un processus similaire à celui du rejet de la stigmatisation et une résistance de la famille à l'incorporation du discours professionnel qui vise à catégoriser le jeune comme étant « *obèse* ».

Les infirmières scolaires sont pourtant nombreuses à réaliser ce type de diagnostic et se retrouvent parfois être les premières personnes à annoncer aux jeunes leur obésité dans le cadre notamment des bilans de santé effectués à l'école. Il existe de vives tensions au sein des interactions parents et infirmières scolaires à ce sujet (Letoux, 2015). Ces professionnelles de la scène scolaire expriment leurs difficultés à gérer la relation avec les parents et adolescents en obésité, mais sont pourtant amenées, dans le cadre de leur fonction, à devoir calculer l'IMC, avertir les familles en cas de surpoids ou obésité et les orienter par la suite.

Mme Willems, infirmière en centre hospitalier, constate que lorsqu'une infirmière scolaire est amenée à établir le diagnostic « obésité » sans sollicitation initiale des parents, cela peut être stigmatisant : *« les parents, les jeunes ne venaient pas chercher cette information à l'école, ils ne voulaient peut-être pas en entendre parler, pas encore* […] *ils n'étaient pas forcément prêts* » (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier). Nous pouvons également citer l'exemple d'un événement qui s'est déroulé dans le Nord quelques mois avant nos observations et qui cristallise les enjeux autour des interactions parents et infirmières scolaires lorsque la thématique surpoids et obésité est abordée. Une initiative a été prise par un quartier du Nord de la France, de réunir l'ensemble des jeunes concernés par un excès de poids (surpoids et obésité). Ainsi, les infirmières scolaires du quartier en question ont dû calculer l'ensemble des IMC et diagnostiquer plusieurs élèves comme en « surpoids » ou en « obésité ». Elles ont ensuite adressé un courrier à

leur domicile invitant les parents à se rendre à une réunion d'information. Mme Delhaye, à ce moment diététicienne d'un réseau de santé à proximité du déroulement de l'initiative, a été sollicitée pour participer à l'animation de cette réunion. Elle explique avoir dû « *rattraper* » ces fameux courriers adressés par l'école pour éviter que les parents réagissent de manière « *excessive* »[180], avec « *colère* » ou avec « *culpabilité* ». Mme Delhaye, spécialisée dans la prise en charge de type ETP de l'obésité des adolescents depuis plusieurs années, se retrouve fréquemment à devoir « *consoler* » des parents ou des jeunes qui viennent de vivre une annonce difficile à l'école. Lorsqu'un diagnostic a été posé par une infirmière scolaire, il n'est pas rare que les parents ou adolescents viennent « *chercher de l'aide* » au sein de ce réseau de santé. Ils arrivent parfois « *en pleurs à l'accueil* » de la structure et souhaitent alors avant tout être « *rassurés* ».

Cette situation de tension entre les parents et infirmières scolaires est décrite par la mère d'Amélie, une adolescente de 14 ans, scolarisée en 4ème et issue de classes populaires. Les parents d'Amélie sont toujours ensemble, mariés. La mère est sans emploi, notamment à cause de son obésité et le père d'Amélie est magasinier dans l'agroalimentaire. La mère de la jeune fille explique que l'école a plusieurs fois entrepris de communiquer avec elle sur le poids de sa fille. Cela a tendance à la « *braquer* », pour reprendre ses mots. Elle refuse que les professionnels de l'éducation nationale puissent émettre un jugement sur le poids de sa fille. Le fait que l'obésité d'Amélie soit évoquée alors qu'elle n'est pas à l'initiative de cela, est une véritable violence à ses yeux et revient à lui faire comprendre que sa fille n'est pas « *normale* ». Elle insiste plusieurs fois durant l'entretien sur le fait qu'Amélie est une adolescente « *comme les autres* » pour s'opposer aux moments où les professionnels abordent la question du poids sans qu'elle l'ait sollicité. Au sein de son discours il apparaît clairement une forme de stigmatisation à laquelle la mère tente de résister. Cela contribue à montrer la manière dont la mère est en constante négociation suite à ses diverses interactions qui lui renvoient une image de sa fille comme étant en dehors d'une certaine norme corporelle. D'ailleurs elle utilise le terme de surpoids et non d'obésité pour parler de sa fille, ce qui reflète sa non-adhésion à la typification « obésité » :

> *quand on commence à me dire à l'école qu'elle est en surpoids gniagniagnia, moi je me braque, parce qu'elle est peut être en surpoids, mais elle fait autant de choses qu'une personne normale* […] *elle vit normalement, elle fait beaucoup de choses ce n'est pas parce que l'on est obèse que l'on est autrement qu'un autre* […] *Du moment qu'on s'attaque au poids d'Amélie moi ça ne passe pas je me*

[180] Les quelques mots entre guillemet, viennent illustrer les propos de l'entretien mené avec Mme Delhaye, diététicienne, en réseau de santé, qui nous a relaté l'initiative.

braque. Il faut arrêter. Elle est normale. (Entretien, Mère d'Amélie, 14 ans, 4ème, classes populaires)

Dans ces situations, l'intimité familiale se retrouve soumise brusquement au jugement extérieur. Catégoriser un jeune comme étant en « obésité » alimente dans ces situations le processus de stigmatisation. Selon les parents, le corps de l'enfant est montré du doigt et désigné comme un problème qu'il faut soigner. De plus, les conseils et les remarques qui viennent se greffer à la catégorisation « obèse », sont considérés par les familles comme intrusifs, culpabilisants et viennent remettre en question l'équilibre familial, ses habitudes de vie, d'éducation, d'alimentation, d'exercice physique, profondément ancrées. Certaines maladies et certains handicaps portés par les enfants et adolescents, engendrent chez les parents une forte culpabilité. Des travaux concernant l'hyperactivité des enfants mettent en lumière, par exemple, le fait que les parents se sentent considérés comme de mauvais parents et estiment que leurs habiletés parentales sont sans cesse remises en cause par leur entourage, amis, membres de la famille, enseignants, etc. (Jupille, 2011). Si les questions liées à la responsabilité parentale et la culpabilité maternelle sont des thématiques abordées ultérieurement dans le Chapitre 8, il est important de souligner dès maintenant que cela peut être présent dès l'annonce du diagnostic car nous formulons l'hypothèse que la culpabilité maternelle est un processus qui se construit en continu au fil des interactions. Dans le cas de l'obésité, les jeunes autant que les parents ont l'habitude de se sentir jugés, responsabilisés voire culpabilisés, dans leur quotidien, sur leurs habitudes alimentaires, d'activités physiques, leur éducation, etc. L'association entre le « manque de volonté », la « mauvaise éducation » et la corpulence est profondément ancrée dans les représentations de notre société. La stigmatisation des personnes en obésité est alors, selon nous, particulièrement révélatrice des représentations dominantes de notre société. Le stigmate n'est d'ailleurs pas la propriété d'un individu, « il exprime des attributs personnels que la Société désigne comme indésirables à un moment » (Dericquebourg, 1989, p.66). Ces représentations plutôt péjoratives à l'égard des corps en obésité ne sont pas sans conséquences sur les interactions entre parents, adolescents et professionnels.

À l'opposé du discours de la mère d'Amélie évoqué ci-dessus, le discours de la mère d'Enzo et Mathis, issue de classe moyenne, témoigne de sa plus grande proximité avec les enseignants et l'infirmière scolaire. Les parents sont séparés depuis de nombreuses années. Le père est professeur d'enseignement général au collège et la mère est chargée d'insertion emploi pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA). Enzo est âgé de 14 ans, il est en classe de 4ème. Son grand-frère,

Mathis, est âgé de 17 ans et est en classe de première professionnelle en systèmes numériques. Les deux garçons sont en obésité. Enzo est en conflit avec son père qu'il voit peu. La mère est particulièrement investie dans la vie scolaire d'Enzo :

> *Il a atterri à l'infirmerie de l'école, elle m'a appelé pour me dire "Enzo a eu un cours sur le harcèlement et il s'est senti mal, il a dit à une de ses camarades qu'il en avait marre de la vie" et en effet il commençait à avoir les mains mutilées, griffées. L'infirmière lui a demandé "est-ce que tes parents étaient au courant ?" Il a dit non donc elle lui a demandé "est-ce que tu veux que je leur en parle moi-même?" et il a dit oui, oui pour maman.* […] *La CPE sait qu'Enzo n'est pas un mauvais gamin, je suis déléguée des parents, ils voient tous que je me bouge, que je mets des choses en place, mais je ne peux pas faire pour lui, ses résultats son catastrophiques, il n'y met pas du sien, il attend juste le mois de mai pour débuter le séjour en centre spécialisé.* (Entretien, Mère d'Enzo, 14 ans et Mathis, 17 ans, classe moyenne)

Suite à cet épisode à l'infirmerie, la mère développe une forme de complicité avec l'infirmière scolaire afin que cette dernière essaye de convaincre Enzo de suivre une prise en charge pour son poids : « *L'infirmière de son collège a enfin réussi à le convaincre d'aller en centre spécialisé, il a besoin que l'on s'intéresse à lui, que l'on s'occupe de lui, c'est une éponge émotionnelle. Ça faisait des mois et des mois que j'essayais de le convaincre moi mais seule ça ne fonctionnait pas.* » (Entretien, Mère d'Enzo, 14 ans et Mathis, 17 ans, classe moyenne). Contrairement à la mère d'Amelie, la mère d'Enzo et Mathis interagit davantage avec les professionnels de l'éducation nationale, elle est à l'initiative d'échanges autour du poids de son fils, elle s'investit sur la scène scolaire comme déléguée des parents et partagent davantage de normes en commun avec ces professionnels. Le portrait de la mère d'Amélie, *a contrario,* issue de classes populaires, était davantage teinté de violence symbolique. Elle se sentait jugée, elle avait l'impression que l'on considérait sa fille comme hors normes et refusait qu'on lui impose des interactions sur la scène scolaire concernant le poids de sa fille.

Lorsque le diagnostic n'est pas sollicité par la famille, les recommandations peuvent alors être perçues comme étant stigmatisantes et peuvent aussi dans certains cas, en particulier au sein des familles de classes populaires, mettre en visibilité une forme de violence symbolique dans l'interaction.

7.1.2. Le professionnel non-spécialisé : mise en forme de l'incorporation de la stigmatisation

Il s'agit maintenant d'étudier le second cas, celui où l'annonce de l'obésité du jeune provient d'un professionnel de santé, toujours non-spécialisé dans la prise en charge de l'obésité mais appartenant au milieu médical et non à l'éducation nationale. Cet *autrui* est souvent représenté par des professionnels de santé du secteur hospitalier comme les urgentistes, surreprésentés dans notre étude, mais aussi les médecins généralistes libéraux ou des médecins de diverses spécialisations. Dans ces situations, les parents souffrent de cette catégorisation « obésité » portée sur leur enfant par un *autrui* jugé illégitime dans le sens où il n'a pas été sollicité pour cela. L'annonce non sollicitée provenant d'un professionnel de la santé non-spécialisé n'est pas d'office rejeté comme cela peut être le cas des discours des infirmières scolaires. Le statut du professionnel semble entrer en compte dans la manière dont la famille réceptionne l'annonce. Si cette annonce n'est cependant pas rejetée, elle est tout de même mal vécue par les parents et jeunes.

Lors de l'observation d'un atelier d'ETP entre adolescents sur la scène hospitalière au côté de l'infirmière Mme Willems, une mère s'adresse à elle dans les couloirs de l'hôpital G avant que son fils ne démarre l'atelier avec les autres jeunes. Elle souligne le diagnostic posé par le médecin de famille sur son fils alors même qu'elle n'allait pas le consulter pour cela. La mère semble choquée et désemparée à tel point qu'elle en parle encore alors que la prise en charge a débuté depuis plusieurs semaines déjà. Elle dit à l'infirmière : *« vous vous rendez compte que mon médecin traitant m'a dit de prendre en charge mon enfant, alors que je ne venais pas le voir pour ça, il était simplement malade. »* (Carnet d'observations, avril 2018, Centre hospitalier G). Son discours montre bien l'opposition entre obésité et maladie. Son sentiment de stigmatisation est en partie causé par le fait que son fils est qualifié de malade alors qu'il est, selon elle, « *juste en surpoids* ».

Les professionnels soulignent également parfois eux-mêmes la stigmatisation dont certains de leurs collègues sont responsables sur la scène hospitalière, en particulier les collègues non-spécialisés : *« On n'a pas encore intégré dans la société que l'obésité est une maladie, même mes collègues ne sont pas au clair, ils stigmatisent beaucoup, en voyant mes patients ils me disent : "tu as vu comment ils sont ? C'est parce qu'ils se laissent aller !". »* (Entretien, Mme Willems, Infirmière,

Centre hospitalier). Il est fréquent que les patients en obésité de Mme Willems lui rapportent les différents moments vécus à l'hôpital G :

> *Moi des jeunes m'ont dit, et des parents qui ont déjà eu ces soucis, qui se sont fait opérer*[181]*, ce qu'ils ont vécu, les souffrances, quand ils prennent l'ascenseur, et qu'on leur dit qu'il n'y a plus de places ou simplement quand ils sont dévisagés dans l'ascenseur de l'hôpital en venant me voir.* (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier)

Au sein même de l'hôpital G, les soignants participent à renforcer la stigmatisation. Plusieurs professionnels de centres hospitaliers racontent à quel point il a été difficile de « *prouver* » la légitimité de créer un service dédié aux adolescents et enfants en obésité au sein de l'hôpital. Une pédiatre évoquera les remarques péjoratives de ses collègues lorsqu'elle annonce qu'elle veut se spécialiser dans l'obésité au début des années 2000. Les premiers services créés pour la prise en charge des jeunes en obésité ont suscité des réflexions de la part de ses collègues soignants. Les représentations péjoratives moralisatrices, responsabilisantes sont si fortes, que même sur la scène médicale, certains soignants ne comprenaient pas l'intérêt d'une prise en charge :

> *On a commencé au départ en 2008, et ça a été très mal reçu au départ d'accueillir des enfants en obésité au sein du service pour les enfants handicapés, parce qu'ils n'étaient pas handicapés, les collègues disaient "bah ils n'ont qu'à moins manger, on n'est pas là pour ça, nous on reçoit des enfants gravement malades et handicapés." Il y a eu un véritable rejet.* (Entretien, Dr Ruiz, Pédiatre, Centre SSR)

Sa collègue psychologue ajoute : « *Oui et derrière l'obésité il y a des synonymes associés, comme saleté, mauvaise hygiène, manque de volonté, celui qui se plaint tout le temps* » (Entretien, Mme Joly, Psychologue, Centre SSR). Le traité de médecine de l'obésité (2004) met en avant le fait que sur la scène médicale s'entremêlent, en effet, des connaissances scientifiques et des représentations morales : « la communauté médicale doit être consciente du rôle de grand stigmatiseur qu'elle risque de jouer » (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.24). Le traité reconnaît lui-même que des attitudes discriminantes ont été mises en évidence chez le personnel médical, paramédical, les étudiants en médecine, et les nutritionnistes, non-spécialistes de l'obésité généralement (*ibid.* p.63). Un certain nombre de personnes en obésité sévère auraient vécu des consultations davantage moralisatrices que médicales, consistant à faire maigrir et non à soigner (*ibid.*). La stigmatisation qui émane des soignants est également rendue visible par les travaux de Carof (2017). Elle

[181] L'opération évoquée fait référence à la chirurgie bariatrique.

compare, notamment, les représentations sociales de l'obésité de soignants et de soignés en obésité, puis se focalise sur la définition que les soignés donnent aux nombreuses situations stigmatisantes ou discriminantes.

Prenons un autre exemple qui illustre la violence de l'annonce. Au sein de l'hôpital G, il existe un service dédié à la prise en charge des adolescents en obésité et il n'est ainsi pas rare que les services voisins prennent l'initiative de diriger leur patient dans le service obésité. Régulièrement, des adolescents sont orientés, par exemple, par les urgences. Ainsi, un jeune en obésité venu aux urgences pour un problème de cheville cassée peut facilement être redirigé à la fin de la consultation vers le service dédié à l'obésité sans que ce dernier ou ses parents n'aient été à l'initiative de cette décision. L'infirmière Mme Willems nous explique que dernièrement, lorsqu'elle a été amenée à travailler aux urgences pédiatriques, ses collègues n'ont pas hésité à la solliciter pour qu'elle aborde le problème de poids d'un adolescent perçu comme en obésité et venu consulter pour un problème de température. Il n'est pas rare qu'un lien soit effectué entre l'excès de poids et un quelconque autre problème de santé, qu'il s'agisse d'une cheville foulée, de la fièvre, de l'asthme, etc. Lorsque les parents et adolescents se rendent dans un service dédié à l'obésité, alors qu'ils ont été dirigés contre leur volonté par un autre service de l'hôpital, « *ils paraissent davantage en grande souffrance* » (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier). Ils sont comme abasourdis par l'annonce, par la mise en garde qu'on leur a faite. Si les familles n'évoquent pas ces moments avec colère, ils l'évoquent avec embarras, gêne et culpabilité.

La mère d'Amélie, issue de classes populaires, relate plusieurs épisodes de stigmatisation sur la scène médicale non-spécialisée dans l'obésité :

> *Il y en a une autre* [une pédiatre] *que je ne peux pas supporter donc c'est mort, elle ne rentre même pas dans la chambre de l'hôpital quand elle voit que c'est moi, je vais l'encastrer si je la vois. Un jour elle avait dit à ma fille "tu n'es qu'une grosse vache". Elle avait attendu que je sois sortie de la chambre d'Amélie pour aller fumer* […] *ce n'était même pas notre pédiatre et elle s'est permise des choses. Amélie n'avait que neuf ans, cette pédiatre a été trop loin en l'insultant.* […] *On avait perdu ma belle-sœur quinze jours avant, on n'était pas bien toutes les deux, elle est morte tellement subitement. Alors j'ai pris cette pédiatre et je l'ai mise dehors de la chambre, gentiment. Mais mon petit-fils, pareil, quand il est malade et que je vais à l'hôpital, si je sais que c'est elle, elle ne rentrera pas, car elle sait que je vais l'encastrer.* (Entretien, Mère d'Amélie, 14 ans, 4ème, classes populaires)

Cette mère fait de nombreuses démarches pour sa fille qui a régulièrement des problèmes de santé. Souvent déçue par les professionnels, la mère d'Amélie montre une grande méfiance autant envers les soignants que les enseignants, et infirmières scolaires.

La mère d'Émma et Chloé, dont le portrait a été exploré lors du Chapitre 5, affronte régulièrement avec ses filles en obésité des réflexions sur la scène médicale. Un jour, un chirurgien en traumatologie a dit à Emma « *c'est ton poids le problème, tu n'as qu'à perdre du poids* » (Entretien, Mère de Chloé, 12 ans, 6ème et Emma, 16 ans, 1ère). La mère explique ensuite son opposition face à ce type de discours pourtant fréquent étant donné qu'elle effectue beaucoup de démarches de santé pour sa fille et se retrouve fréquemment sur la scène médicale : « *je pense que les enfants qui ont déjà un lourd passé comme ça, il faut faire attention aux mots empruntés* » (Entretien, Mère de Chloé, 12 ans, 6ème et Emma, 16 ans, 1ère). Rappelons le fait que cette famille est issue de classes populaires, le père est en obésité morbide et la mère en obésité modérée. La mère est sans emploi et s'occupe d'une fratrie de sept enfants. Le père est également sans emploi et en cours de reconnaissance handicap par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) à cause de son obésité qui rend son quotidien difficile. Les épisodes de stigmatisation vécus par cette mère et ses deux filles concernent aussi bien leur classe sociale que leur poids. La mère explique fréquemment qu'elle a l'impression d'être perçue comme « *bête* » par certains médecins. Il y a beaucoup d'idées reçues qui englobent l'obésité et font reposer la responsabilité entièrement sur la mère, d'autant plus quand cette dernière appartient aux classes populaires :

> *J'ai dit à quelqu'un récemment, je ne sais plus qui, que ce n'est pas parce que je suis ici, à l'hôpital, que je suis bête. On a l'impression que les gens se disent "poids = mauvaise alimentation = une personne qui reste chez elle, qui ne travaille pas, qui ne fait rien de sa vie". En fait certains font même le lien entre illettrisme et problème de poids, voire entre isolement, alcoolisme, illettrisme et problème d'alimentation.* […] L*es gens ont des idées très arrêtées du surpoids.* (Entretien, Mère de Chloé, 12 ans, 6ème et Emma, 16 ans, 1ère, classes populaires)

Les interactions qui découlent de la scène médicale non spécialisée dans l'obésité, mettent en avant une certaine violence symbolique qui participe à renforcer le processus de stigmatisation. Les parents évoquent leur sentiment de désarroi, de tristesse, de honte et culpabilité.

Le sociologue Amadieu (2019) fait le parallèle entre l'ignorance faite envers les discriminations à l'égard des personnes en obésité et les discriminations à l'égard de l'origine sociale. Ce que le

sociologue énonce et que notre travail de thèse souhaite valoriser à travers les deux portraits exposés ci-dessus, c'est que la stigmatisation des personnes en obésité ne choque pas, elle semble socialement plus acceptable que les autres formes de discrimination, comme la couleur de peau, ou l'orientation sexuelle. Les combats sont très récents sur l'obésité comme le montrent les *Fat Studies* venues des États-Unis. Il y a eu une prise de conscience, notamment des femmes victimes de discrimination sur leur poids mais la question des classes sociales reste encore souvent ignorée selon le sociologue, voire tabou. Amadieu explique qu'il a fallu d'autres leviers que la classe sociale pour mobiliser les gens sur la question de l'obésité, comme celle du genre. Si l'obésité est mise à l'agenda ces derniers temps c'est parce qu'il a un lien avec les questions de genre. Cela rejoint la réflexion faite par Pfefferkorn (2007) qui montre que nous sommes passés d'une logique de classe sociale dans la recherche à une logique plus globale sur les inégalités, et qu'au même moment où la question des classes sociales diminuait, c'est la question du genre qui faisait surface. L'émergence de la catégorie de genre s'est faite comme analyseur majeur des inégalités sociales.

La situation de la mère de Léna s'oppose à celle des deux mères de classes populaires précédemment citées. Elle a accepté cette catégorisation « obésité » émanant du milieu scolaire comme du médecin traitant, voire même à provoquer les interactions. Léna a 14 ans, elle est scolarisée dans un collège privé en classe de 4ème. Les parents de Léna sont divorcés et la jeune ne voit que très peu souvent son père. La mère de Léna est technicienne assurance qualité et son père est vendeur préparateur. La mère est propriétaire d'une maison dans un quartier résidentiel où elle habite avec ses deux filles et un nouveau compagnon. Léna appartient à une famille de classe moyenne. Léna a une sœur plus âgée qui a également des problèmes avec son poids. Les deux jeunes filles se disputent fréquemment : « *avec sa grande sœur, c'était très conflictuel, elle a donc demandé à aller chez mes parents pour être tranquille un peu, donc elle revient de temps en temps, et ça se passe mieux avec sa sœur, c'est moins conflictuel. On a trouvé cette solution*. » (Entretien, Mère de Léna, 14 ans, 4ème, classe moyenne).[182] Léna a été marquée par l'annonce de son obésité. En CM2, lors de son bilan de santé, l'infirmière scolaire lui annonce qu'elle est « *obèse* ». Ce jour-là, en rentrant au domicile familial, elle n'en parle à personne. Quelques jours plus tard, la mère reçoit le courrier de l'école récapitulant ce bilan de santé dont son excès de poids. La mère, inquiète, décide de la conduire aussitôt chez leur médecin traitant. Elle demande au médecin de créer un « *déclic* » chez Léna en lui faisant « *peur* », pour reprendre ses termes. Comme la mère

[182] Léna n'est pas un cas isolé. Plusieurs de nos enquêtés habitent chez leurs grands-parents, pour éviter les conflits dans la fratrie comme c'est le cas de Léna, ou pour aider les grands-parents dans leur quotidien suite à des problèmes de santé comme Yasmine.

d'Enzo qui négocie en amont avec l'infirmière scolaire, la mère de Léna négocie avec son médecin traitant. Selon la mère, Léna ne semble pas prendre conscience de son obésité et de ses conséquences sur la santé. La mère explique : *« je lui ai dit au médecin de m'aider parce qu'elle ne mangeait pas forcément ce qu'il y avait dans son assiette, donc il a essayé de lui faire un électrochoc, en essayant d'être dur avec elle* » (Mère de Léna). La jeune fille a été choquée par cette annonce, par l'exposition de cette courbe de poids, par ce mot « *IMC* », par ce mot « *obésité* », à tel point qu'elle a caché son carnet de santé longtemps à la suite de cette consultation avec le médecin traitant. Dans cet exemple, ce n'est pas la mère qui refuse la catégorisation « obésité » de sa fille, au contraire elle espère une prise de conscience de la part de sa fille pour des motifs de santé. Léna, en revanche, a très mal vécu cette annonce et élabore de nombreuses stratégies pour contourner les injonctions véhiculées par sa mère comme par les divers professionnels qui tentent de s'impliquer dans sa perte de poids.

Lorsque l'adolescent n'est pas à l'initiative de la demande du diagnostic, cela tend à renforcer le processus de stigmatisation, ou créer des tensions dans les interactions entre professionnels et familles. De plus, il existe une différence entre les classes sociales dans la manière de réceptionner l'annonce du diagnostic obésité. L'annonce de l'obésité semble, en effet, encore plus difficile pour les adolescents et parents de classes populaires qui se sentent davantage jugés hors normes. L'adéquation ou non à la typification « obésité » des professionnels par les parents se rapproche de l'étude effectuée par Régnier et Masullo (2009) qui évoquent quatre formes différentes de réception des normes de corpulence et alimentaires pour les familles. Ces sociologues font une distinction suivant les classes sociales. Ainsi, les catégories supérieures s'approprient les normes, les catégories intermédiaires intégrées et modestes en ascension sont dans un processus d'hyper adhésion, les catégories modestes et populaires critiquent ces normes et les familles les plus précaires y sont indifférentes. Les sociologues estiment que les membres des classes supérieures auraient ainsi incorporé les normes nutritionnelles dominantes et un « goût de nécessité » dans leur rapport à l'alimentation, quand les classes populaires défendraient un « goût de liberté » et le refus des pressions de santé publique. La mère d'Amélie et celle de Chloé et Emma, se trouvent en effet à rejeter les normes des infirmières scolaires ou autres professionnels de santé non-spécialisés, alors que la mère de Léna et celle d'Enzo et Mathis, sont en hyper adhésion.

La pression véhiculée par la société, à travers les médias, les politiques publiques, sur l'alimentation et l'obésité, sur l'importance de moduler son corps en permanence pour correspondre à une certaine

« norme » synonyme de « bonne santé », n'est pas sans conséquence sur ces jeunes et leurs parents dans leurs interactions sur la scène scolaire et médicale. Les interactions entre les infirmières scolaires et les familles sont sous tension et les parents peuvent rejeter leur annonce et leur discours pour éviter un énième épisode stigmatisant, surtout en ce qui concerne les classes populaires, plus éloignées des normes généralement véhiculées dans la société. Cependant, face à un médecin, même s'il est non-spécialisé dans l'obésité, il semble plus difficile pour les parents de rejeter le discours de ce « savant » et le sentiment de culpabilité prend le dessus, davantage que face à une infirmière scolaire où les mères seront plus dans la confrontation. Finalement, toutes ces interactions sont révélatrices des conséquences de la stigmatisation ambiante qui pèse sur les personnes en obésité. Lorsque Carof (2017) aborde la stigmatisation et discrimination[183] des personnes en obésité sur la scène médicale, elle montre que ces actes dépendent non seulement des spécialités des soignants, mais aussi des caractéristiques des patients. Les plus corpulents et les plus défavorisés seraient ainsi les plus stigmatisés. Cela est encore plus visible lorsqu'il s'agit de femmes. Sachant qu'il existe une corrélation entre l'obésité et le niveau d'éducation ou la position sociale chez les femmes dans les pays développés. Cette stigmatisation des fortes corpulences sous-tend alors également une forme de paternalisme médical, plus prégnant envers les milieux populaires et les femmes. Les personnes de milieu défavorisé sont ainsi régulièrement accusées de ne pas savoir manger sainement, de mal nourrir leurs enfants et de ne pas prendre soin de leur santé. Ces différents éléments sont, en effet, constatés sur notre terrain d'enquête. Les soignants qui se sont spécialisés dans la prise en charge de l'obésité se disent plus attentifs aux questions de stigmatisation et discrimination que leurs collègues non-spécialisés. Nous verrons comment cela se manifeste par la suite.

Les conséquences engendrées par l'annonce de l'obésité lorsqu'elle est non sollicitée par la famille, ont également des répercussions sur la scène de la prise en charge dédiée à l'obésité notamment dans la gestion du stigmate. Ce sont bien les successions d'interactions négociées au cours de la trajectoire du jeune en obésité qui participent à la construire.

[183] Elle distingue les actes de stigmatisation des actes de discrimination. Les actes de stigmatisation se révèlent sur la scène médicale par des moqueries, des remarques négatives, des insultes ou par des gestes d'évitement, de peur ou des regards critiques. Les discriminations se manifestent, quant à elles, directement par des refus de soin, ou indirectement par l'utilisation d'objets inadaptés à la corpulence des patients.

7.2. L'annonce sollicitée et le professionnel spécialisé : médicaliser pour déstigmatiser ?

La consultation dédiée à l'annonce de l'obésité d'un adolescent est un moment difficile tant pour les parents et adolescents que les professionnels spécialisés notamment parce qu'elle fait suite à une succession d'épisodes de vie stigmatisants. Le médecin spécialiste est en général conscient de l'ampleur de la stigmatisation qui pèse sur les trajectoires des adolescents. C'est une thématique abordée dans ce milieu d'interconnaissance professionnelle. Le médecin spécialisé dans la prise en charge de l'obésité utilise par conséquent différentes stratégies lors de l'annonce de l'obésité dans le but de ne pas renforcer la stigmatisation déjà présente au sein des trajectoires des adolescents. Nous allons montrer comment les professionnels tentent de ne pas renforcer la stigmatisation des familles lors de l'annonce de l'obésité et de sa définition médicale, la manière dont les familles conçoivent leurs propres « théories diagnostiques » (Béliard & Eideliman, 2009) pour donner sens à leurs trajectoires (7.2.2) et enfin, analyser cette constante négociation de la définition de l'obésité.

7.2.1. Une annonce médicale cadrée et une courbe de poids comme outil principal

Du côté des professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité, il existe une peur de renforcer la stigmatisation, de porter un jugement sur l'intimité familiale, de culpabiliser, de juger l'éducation des parents : « *C'est toujours compliqué l'annonce du diagnostique* […] *ça peut être violent pour eux »* (Entretien, Mme Andreas, Infirmière, Centre SSR) *;* « *C'est difficile de dire aux parents que leur enfant est en surpoids* […] *Vous remettez en cause tout un système familial.* » (Entretien, Mme Delhaye, Diététicienne, Réseau de soins) Il semble d'autant plus difficile d'annoncer l'obésité d'un enfant lorsque les parents sont eux-mêmes en obésité, ce qui pourtant est fréquent lors de nos observations. Quelques professionnels ont l'impression dans ces situations de juger l'ensemble de la famille. C'est le cas notamment du Dr Frank, pédiatre en centre hospitalier : « *certains parents paraissent être choqués, peut-être que ça fait référence à leur propre problème de poids, il y a souvent le ressenti que c'est familial, culturel, donc c'est difficile l'annonce* » (Entretien, Dr Frank, Pédiatre, Centre hospitalier.)

Pour éviter de stigmatiser davantage, les professionnels considèrent généralement que l'annonce de l'obésité doit donc être réalisée lors d'une consultation médicale par un « *spécialiste* » qui a reçu une formation spécifique. Médicaliser le problème de poids de l'enfant, en le qualifiant en « *obésité* » et « *malade* » permettrait selon les professionnels d'éviter cette culpabilisation et les tensions dans l'interaction. En apportant une définition médicale au problème de l'enfant, cela permettrait de ne pas pointer du doigt la responsabilité du malade. Cette représentation se retrouve dans le discours de Mme Andreas, infirmière dans le centre spécialisé B : « *c'est bien que la première consultation soit médicale, parce que c'est cadré, on pose les choses »* (Entretien, Mme Andreas, Infirmière, Centre SSR).

La pédiatre, collègue de Mme Andreas, le Dr Le Roux, qui réalise ces fameuses consultations médicales explique que pour contrebalancer l'étonnement des familles lors de l'annonce de l'obésité, elle s'appuie sur la courbe IMC. La courbe de poids représente l'outil médical aux yeux du professionnel qui permet de légitimer son diagnostic et d'aborder l'obésité sous un regard médical, technique, non stigmatisant : « *j'essaye de recadrer comme cela, en disant que l'on parle bien d'obésité, j'essaye de leur montrer la courbe IMC* […] *après on parle des conséquences et du problème du prédiabète, il y a souvent une insuline très élevée.* » (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR). La courbe IMC permet au médecin de repérer les moments dans la vie du jeune où il existe un « *décrochage* » et ainsi d'interroger la famille à ce sujet. Lors des observations auprès de pédiatres, endocrinologues, qui réalisent les annonces, nous constatons en effet qu'ils s'appuient systématiquement sur la courbe IMC pour montrer où se situe l'enfant par rapport à la norme corporelle. C'est généralement à travers l'explication de ces courbes qu'ils utilisent le mot « *obésité* » et « *en dehors de la norme* ». C'est bien à travers ce graphique de courbe de poids qu'ils désignent la maladie du jeune, leur obésité et son caractère hors normes.

Des arguments médicaux sont énoncés lors de la consultation, comme le montre le discours du Dr Le Roux précédemment cité, afin de légitimer le diagnostic et le rendre plus acceptable selon les professionnels. Les « *risques* » en termes de problème de santé que peut entraîner l'obésité sont également abordés. Associer des maladies à l'obésité, permet un peu plus de médicaliser le problème. L'obésité est une maladie, qui engendre des risques futurs pour la santé et c'est donc pour des raisons médicales, de santé, que la prise en charge est conseillée, non pour des raisons esthétiques. L'emploi d'un champ lexical propre à la maladie permet aux professionnels de tempérer le sentiment d'être stigmatisants.

Selon Mme Willems, infirmière en centre hospitalier G, le fait que la prise en charge de l'obésité relève du médical, permet véritablement de dédramatiser :

> *Il n'y a pas de tensions dans l'annonce ici, déjà moi je ne l'annonce pas, c'est la consultation médicale, c'est médical l'annonce, moi je reprends après : "comment avez-vous vécu l'annonce ? Qu'est-ce que c'est l'obésité pour vous ?" On dédramatise, ce n'est pas violent, c'est un état de fait, c'est médical.* […] *Ce n'est pas comme une infirmière scolaire qui pointe du doigt le poids, c'est médical ici. Quand un médecin dit : "votre enfant a un IMC de tant, on le classifie d'obèse", c'est médical.* (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier)

Selon cette infirmière, pour que l'annonce soit légitime elle doit être faite dans un cadre médical, par un médecin : le jeune et les parents ne pourront pas vivre l'annonce comme stigmatisante puisqu'il s'agira de faits scientifiques, médicaux, reconnus, mesurés et non de jugements considérés comme moralisateurs portés sur le corps du jeune.

Ces discours observés sur la scène médicale sont en adéquation avec la littérature médicale à ce sujet. Les professionnels justifient, en effet, la médicalisation de l'obésité comme un moyen de lutter contre les multiples discours et conseils culpabilisants prodigués à l'égard du poids et de la nutrition. La « pseudo-médecine » dénoncée par les médecins dits spécialistes de l'obésité (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.406), se caractériserait par les nombreuses solutions proposées en dehors du milieu médical pour perdre du poids et représentent une véritable concurrence pour ces spécialistes. De nombreux acteurs, extérieurs au milieu médical, proposent une perte de poids, un régime, par le biais de coaching, de compléments alimentaires, de crèmes amincissantes, de boissons détoxifiantes, etc. Selon certains la médicalisation de l'obésité pourrait alors être un progrès qui libère la personne en obésité du poids du regard moralisateur pour faire de lui un « malade » que l'on peut soigner et non plus un « responsable » (voir site gros.org.[184]). Lors de nos observations les professionnels issus de l'association du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) expliquent qu'il faut veiller particulièrement à ne pas aggraver la situation et à « *déstigmatiser* » et « *déculpabiliser* » le jeune autant que le parent, généralement la mère. En plus de concerner les acteurs qui partagent la philosophie du GROS, les acteurs qui ont une position sociale proche de celle des parents ont tendance également à mettre cela en avant dans leurs discours. En effet, Mme Willems du centre hospitalier G et Mme Andreas du centre spécialisé B,

[184] https://www.gros.org/les-gros-sous-le-regard-des-autres

deux infirmières, femmes, rencontrées sur la scène médicale et qui ont un rôle privilégié de coordinatrice dans leur structure respective, mettent fréquemment en avant cette stigmatisation, cette culpabilité et l'empathie nécessaire de la part du professionnel pour « prendre en charge ». Dans la lignée des travaux de Cardon (2008, 2013, 2015), qui portent sur la diffusion et réception des normes alimentaires en ce qui concerne le public des personnes âgées, cela participe à montrer que la diffusion des recommandations connaît des variations non seulement selon la manière dont les professionnels s'approprient le rôle prescrit par les pouvoirs publics ou l'institution (notamment en fonction de leur position sociale ou de leur appartenance au GROS) tout autant que selon la posture des adolescents et parents vis-à-vis des recommandations et des situations de face-à-face.

7.2.2. Ajustements de la catégorisation obésité et théories diagnostiques

Lors des entretiens biographiques et des observations, on peut observer le phénomène de la construction parentale de la typification médicale.

Les notions de « familialisation » (Keppens, 2010), et de « théories diagnostiques » (Béliard & Eideliman, 2009) peuvent être mobilisées dans cette partie pour analyser la manière dont les parents et adolescents s'approprient les normes médicales et participent à construire cette trajectoire. Ces concepts permettent d'inscrire notre recherche dans une sociologie de la santé qui s'éloigne des cadres de la pensée médicale pour analyser la maladie. Pour autant, cette manière d'envisager les parents et adolescents comme producteurs de soins à part entière, ne doit pas masquer les différents rapports sociaux qui peuvent être à l'œuvre entre la sphère médicale et la sphère familiale, et les éventuels rapports de pouvoir ou encore de domination. Les travaux de Keppens (2010) mettent en avant le processus de « familialisation médicale »[185] qui peut être défini comme un « mouvement qui donne des logiques familiales à un problème qui a été catégorisé dans une logique médicale. » (*ibid.* p.95). Comme ce processus s'inscrit dans un contexte « d'autonomie contrôlée » due à l'interaction spécifique entre le professionnel de soin et le parent d'enfant « malade chronique », il s'agit de pouvoir rendre compte de ce double mouvement entre la contrainte médicale et la composition parentale. Selon Béliard et Eideliman, au-delà de l'établissement d'un diagnostic par un professionnel et de la quête effectuée par la famille avant d'y parvenir, il s'agit d'observer la

[185] Cette familialisation se construit autour de six éléments : la typification, l'engagement, l'appropriation du diagnostic et celle du traitement, l'actualisation, et la validation.

manière dont les parents et les adolescents cherchent des explications, un sens, des repères, pour comprendre les problèmes de santé vécus. Les « théories diagnostiques » se définissent comme des constructions intellectuelles produites par des personnes prises (pour elles-mêmes ou pour un proche, dans le cas de l'obésité il s'agit autant des adolescents que des parents) dans des problèmes rapportés à la santé, la maladie ou le handicap, qui visent conjointement à donner du sens et à faire face à ces problèmes (Béliard & Eideliman, 2009).

> Les théories diagnostiques sont fortement influencées par les discours professionnels auxquels ils ont accès, mais la vigueur plus ou moins grande avec laquelle ils les recherchent, le type de professionnels vers lesquels ils se dirigent et la distance variable avec laquelle ils reçoivent leurs discours font de ces théories des constructions intellectuelles largement indépendantes des discours professionnels. (Béliard & Eideliman, 2009, p.108).

Si nous souhaitons souligner cette indépendance des parents et adolescents, c'est pour mettre en avant le fait qu'ils sont de véritables « experts » de leur maladie et non des « profanes ». Cela ne nous empêche cependant pas pour autant de porter un regard attentif sur les interactions et rapports sociaux qui s'y produisent. Eideliman insiste, d'ailleurs, sur cela dans ses travaux de thèse :

> Les théories diagnostiques sont influencées par le milieu social auquel appartiennent les parents et empruntent à différents registres, dont les discours professionnels, mais possèdent une certaine autonomie du fait qu'elles sont prises dans des enjeux propres à la situation des parents, qui doivent continuer à faire avec les problèmes de leur enfant au quotidien. (Eideliman, 2008, p.517).

Il existe des négociations en ce qui concerne l'outil de la courbe IMC utilisée par les professionnels pour légitimer leur discours médical. La lecture de la courbe de poids de l'enfant n'est pas strictement vécue sur le plan médical pour la famille. La chronologie des « *rebonds* » peut être perçue comme le reflet des événements familiaux associés. Les parents peuvent vivre cette annonce comme une remise en question de leur histoire de vie. La mère de Madleen, une adolescente de 15 ans en seconde générale issue de classes populaires, explique lors de l'observation de la journée dite bilan, la première fois que la pédiatre a annoncé que sa fille n'avait « *pas juste un problème de poids* » et était en « *obésité* ». Suite à l'utilisation de ce mot, la mère de Madleen a eu des difficultés à rester concentrée sur les paroles du professionnel qui ont suivi. Elle a longuement regardé la courbe de poids, comprenant que les différents événements familiaux avaient potentiellement contribué à la prise de poids jugée excessive de sa fille. La culpabilité l'avait envahi. Cette mère de classes populaires est sans emploi et également en obésité. Elle est divorcée et Madleen ne voit plus

son père, elle se dit même en conflit avec lui. De plus, comme cela a été évoqué à travers la retranscription de l'observation d'Iris et sa mère sur la scène hospitalière, la courbe de poids peut parfois révéler des événements « *traumatisants* » dans l'histoire du jeune et donc la consultation peut être violente. En effet lors d'une journée dite de bilan au sein d'un centre hospitalier, nous avons observé Iris et sa mère durant l'ensemble de leurs consultations individuelles (pédiatre, éducateur médico-sportif, infirmière, diététicienne, psychologue). Nous avons retranscrit la totalité de ces différents moments d'observations en annexe (Annexe n°14 : « Journée de bilan multidisciplinaire avec Iris ») qui dévoilent l'annonce par la mère de cet événement biographique marquant pour toute la famille, les parents, les frères et sœurs, les oncles et tantes, les cousins et cousines. En effet, lors de la seconde consultation de la journée, celle avec l'infirmière, la mère est amenée à expliquer les variations de la courbe de poids de sa fille. L'infirmière fait un compte rendu à Iris et sa mère : « *donc son poids a décroché depuis ses 3 ans* ? ». La mère répond : « *oui mais ça fait surtout trois ans que ça a décollé* » (Carnet d'observations, juillet 2018, journée de bilan, Centre hospitalier E). En effet si Iris a très tôt été considérée en « *surpoids* », ce n'est que depuis trois ans qu'elle est passée dans la « *zone obésité* ». L'infirmière questionne alors cette soudaine et rapide prise de poids. La mère explique à demi-mot qu'elle est en procédure judiciaire avec son propre père, soit le grand-père d'Iris, depuis justement trois ans. La mère explique que « *les compulsions alimentaires viennent de là, et l'hospitalisation* [récente, pour tentative de suicide] *aussi, parce qu'en fait, c'était le moment où ça devait être jugé, mais ça a été reporté de cinq mois* » (Carnet d'observations, juillet 2018, journée de bilan, Centre hospitalier E). Nous comprenons à ce stade des consultations, qu'Iris a subi des attouchements sexuels par son grand-père il y a quatre ans qui expliquent le procès judiciaire en cours avec ce dernier depuis trois ans. Elle a également récemment fait une tentative de suicide en apprenant que le procès était repoussé. Nous apprendrons par la suite lors des consultations que cet événement a eu un impact sur toute la famille puisque d'autres enfants, des cousines d'Iris étaient également concernées.

En ce qui concerne la catégorisation de l'obésité comme maladie, les familles se réapproprient le diagnostic et font le choix d'exclure le terme « obésité » de leur langage puisqu'il semble toujours connoté à quelque chose de péjoratif, culpabilisant, et responsabilisant même après une consultation médicale. Même si de nombreux professionnels utilisent le terme « obésité » lors du diagnostic, les familles le mobilisent rarement. Cela peut être considéré comme une forme de rejet de la norme médicale. Lorsque les familles s'adressent aux professionnels, elles parlent plus souvent de « *problème de poids* » et emploient le terme « *gros* » ou « *surpoids* », ce qui est médicalement

différent. Les parents ne parlent également pas de « maladie » lorsqu'ils s'adressent aux professionnels, et encore moins les jeunes.

Nous avons assisté à l'annonce de l'obésité de Nathan (13 ans, 5ème) sur la scène médicale, en centre SSR lors d'une consultation avec le Dr Le Roux et réalisé un entretien biographique avec la mère de Nathan à leur domicile familial. La famille appartient à la classe moyenne. La mère est employée et les parents sont divorcés. Nathan ne voit que très peu son père. Lors de l'entretien avec la mère, seulement quelques semaines après cette première consultation, elle ne prononce toujours pas le mot obésité. Pour reprendre ses termes, son fils a un « *problème de poids* ». Lorsqu'elle se remémore la consultation, elle semble occulter le terme « *obésité* » qui avait pourtant été prononcé en association avec le terme « *maladie chronique* » par le Dr Le Roux. Durant l'entretien biographique, la mère de Nathan dira : « *c'est vrai qu'il y a eu la courbe, le médecin nous a annoncé que Nathan était en surpoids voire pratiquement…* [elle soupire, marque un silence, et change de sujet] » (Entretien, Mère de Nathan, 13 ans, 5ème, classe moyenne). Le Dr Le Roux nous explique à la fin de cette consultation qu'il est fréquent que les parents comme les adolescents soient étonnés lors du diagnostic. Lors de l'observation de la consultation, le Dr Le Roux a évoqué le terme « obésité » et jamais celui de « surpoids ». Le Dr Le Roux avait pointé du doigt sur la courbe de poids la « *zone obésité* » dans laquelle se trouvait Nathan et avait expliqué le fait qu'il était éloigné de « *la courbe qui désigne la norme* » (Carnet d'observations, février 2018, Consultation individuelle, Centre SSR B). Nous avions noté l'étonnement de la mère à cet instant qui avait de la peine à croire ce diagnostic. De son côté, le jeune avait baissé la tête en entendant le mot « obésité ». La mère s'était approchée de la courbe de poids comme pour vérifier la véracité des propos du Dr Le Roux. Lors de l'entretien biographique, la mère ne semble toujours pas accepter ce terme « obésité » et n'utilise pas non plus le terme de « surpoids » pour désigner son fils. Elle utilise uniquement le terme « fort » ou « *costaud* », que ce soit pour désigner son fils comme la famille en général (mari, grands-parents, oncle, etc.) Avant de réaliser ce diagnostic, la mère était persuadée que Nathan était simplement « *costaud* » et qu'il allait « *s'affiner en grandissant* » :

> *Je voyais qu'il prenait du poids, mais je pensais qu'en rentrant au collège il allait grandir et s'affiner, mais non il a pris du poids assez rapidement et trop souvent, entre le retour de vacances en août, et novembre il avait pris cinq à six kilos, donc deux kilos par mois, en fait chaque année il prend, chaque année il change de taille.* (Entretien, Mère de Nathan, 13 ans, 5ème, classe moyenne)

Cet extrait participe à montrer que même après l'annonce médicale, les familles se réapproprient les termes médicaux et n'utilisent pas forcément le même langage que celui des médecins même si le but de ce langage est parfois de déculpabiliser. Pour la mère de Nathan, son fils n'est ni malade ni obèse.

Au domicile familial, lors des entretiens biographiques, les parents comme les jeunes n'utilisent également jamais le terme « obésité » et rarement « surpoids ». Ils utilisent leur propre langage pour désigner leur poids : fort, costaud ou gros. Les différentes manières de qualifier l'excès de poids lors des entretiens ont été investiguées.

Dans les familles de Rayan (14 ans, 5ème), Inès (10 ans, CM2), Océane (13 ans, 5ème) et Liam (12 ans, 6ème) les mots « surpoids » et « obésité » ne sont jamais évoqués. Ils disent « *problème de poids* », « *costaud* » et « *fort* ». La mère de Enzo (14 ans, 4ème) et Mathis (17 ans, 1ère) utilise le mot « *surpoids* » quelques fois, et « *problème de poids* » souvent. C'est également le cas de Madleen (15 ans, Snd) et sa mère. La mère de Chloé (12 ans, 6ème) et Emma (16 ans, 1ère), la mère de Camille (15 ans, 3ème) et Louis (13 ans, 5ème), et la mère d'Alicia (14 ans, 4ème) ne disent pas obésité, mais disent « *surpoids* » à plusieurs reprises. En revanche, les jeunes de ces familles disent « *problème de poids* » ou « *costaud* », à l'exception d'Emma qui est une des rares adolescentes à utiliser le mot surpoids. La mère de Laurine (17 ans, 1ère) issue de classe moyenne, utilise une fois le terme d'obésité, mais pour se désigner elle-même et non sa fille. Lorsqu'elle parle de sa fille, elle parle davantage de « *soucis de poids* » ou « *problèmes de poids* ». En effet, il arrive que le terme obésité soit utilisé pour se désigner soi-même en tant que parent, mais pas pour désigner son enfant, comme si le stigmate et ses connotations péjoratives étaient incorporés par la mère en ce qui la concerne, mais rejetés en ce qui concerne l'enfant. La mère de Yasmine (17 ans, 1ère) est la seule à utiliser les termes de « *grosse* » pour désigner sa fille, et « *gros* » pour désigner son plus grand fils. Elle évoque également le terme « *obèse* » tout au long de l'entretien. Cette famille immigrée appartient aux classes populaires. La mère de Yasmine est employée de cantine scolaire et son père, absent de l'entretien, est souvent en déplacement pour son travail, il est ouvrier dans le bâtiment. La mère dira souvent : « *elle est grosse* » « *elle a beaucoup grossi* », « *les magasins pour grosses* », etc. Le discours de la mère de Yasmine a été précédemment évoqué au sein du Chapitre 6 lors de la description de la stigmatisation sur la scène familiale. Cette famille est la seule à provenir de classe populaire et à autant désirer se conformer aux discours des professionnels. C'est également la seule famille immigrée de notre corpus d'entretiens

biographiques. Comme l'évoque Lutz (2018) au sujet de trajectoires d'enfants et adolescents en obésité pris en charge en Suisse, les familles ayant vécu un processus migratoire accompagné d'une mobilité ascendante, expriment leur adhésion aux normes prônées dans le cadre de la prise en charge, permettant par ce biais de faire preuve de bonne intégration des valeurs et de la culture du pays (*ibid.* p.229). L'enjeu de faire disparaître le stigmate corporel de sa fille semble alors important pour cette mère afin de se conformer aux normes. Elle semble avoir incorporé le discours médical.

La famille de Maëlys (15 ans, Snd) et celle de Baptiste (13 ans, 5ème) sont les seules où les adolescents utilisent les termes « *obésité* » et « *surpoids* » et également les seules familles où les adolescents évoquent la distinction entre les deux. Dans cette situation, le terme surpoids correspond à la définition de la sphère médicale. Maëlys est issue de classe moyenne, ses deux parents sont commerçants et propriétaires d'une brasserie. Baptiste est également issu de classe moyenne, sa mère est enseignante de collège et son père est agent technique dans ce même collège. Ils sont propriétaires d'une grande maison. Le père de Maëlys ne dit jamais le mot obésité, et une seule fois le mot surpoids, il préfère dire « *problème de poids* » parfois même marque un silence : *« Maëlys a toujours été… c'est pour ça qu'elle a été suivie depuis ses trois ou quatre ans »* (Entretien, Père de Maëlys, 15 ans, Snd, classe moyenne). L'adolescente utilise en revanche sans tabou le mot obésité. Elle distingue les moments où elle était « *en surpoids seulement* » et les moments où elle est « *devenue en obésité* ». Du côté de Baptiste, la situation est semblable. La mère évoque les termes « *gros* » et « *en obésité* » pour désigner certains membres de sa famille mais jamais pour désigner son fils. En revanche, Baptiste utilise le terme en « *obésité morbide* » pour se décrire en référence aux courbes de poids. Il explique ne pas seulement vouloir basculer dans la zone de surpoids, mais vouloir devenir « *normal* » au regard de cette « *courbe de poids* ».

De manière générale, nous avons montré que les familles peinent à s'approprier le langage médical et il existe une distinction entre classes sociales. Certaines familles issues de classes moyennes utilisent les termes médicaux et l'adhésion aux normes des professionnels peut parfois représenter une stratégie de la part de certaines classes sociales populaires ayant vécu un processus migratoire accompagné d'une mobilité ascendante. Si dans le cas de certaines maladies ou handicaps comme l'hyperactivité, le fait d'être reconnu « malade » permet de ne plus être considéré comme « déviant » et donc de déculpabiliser, pour l'obésité, le processus est plus complexe. Les travaux sociologiques autour de l'hyperactivité des enfants et son annonce sur la scène médicale (Jupille, 2011) peuvent éclairer nos travaux. En effet selon Jupille, « les parents espèrent ainsi du diagnostic

qu'il fixe la définition du problème, mette fin aux conflits noués sur la nature des difficultés et qu'il prouve que leur progéniture est atteinte d'une pathologie authentique pour laquelle personne ne peut être tenu pour responsable » (*ibid*. p.413). Nous pourrions alors envisager que l'annonce du diagnostic obésité pourrait participer à déstigmatiser l'obésité en déresponsabilisant la famille et en mettant le mot « maladie » au cœur de la consultation. La référence à l'obésité comme maladie, comme c'est le cas pour les troubles du comportement, aurait la vertu de supprimer les jugements moraux (qu'ils soient accusateurs ou auto-accusateurs) et d'attribuer à la personne reconnue malade des compensations *(ibid.*). L'obésité est cependant tellement liée à des connotions péjoratives qui condamnent la personne en obésité à être perçue comme l'unique responsable, voire même coupable, que la catégorisation médicale de l'obésité ne semble pas toujours permettre cette déculpabilisation et entraîne des négociations et ajustements constants dans la manière de catégoriser l'excès de poids au sein des interactions entre professionnels et familles.

Lors des entretiens semi-directifs avec Mme Caron, psychologue, et le Dr David, pédopsychiatre, nous avons demandé aux professionnels si, selon eux, les adolescents se représentaient leur excès de poids comme une maladie. Leurs réponses montrent qu'ils ont conscience que les jeunes ne vivent pas leur obésité comme une maladie et que le plus important semble être l'image de soi, le regard des autres et finalement les jugements extérieurs des pairs portés sur leur corps. Leur excès de poids est davantage vécu comme un problème social, une souffrance sociale qu'une gêne physique ou une maladie. Ci-dessous les extraits d'entretiens :

> *Le vivre comme une maladie ? Ils ne l'expriment pas comme ça. C'est plus un problème social, ils ne le disent pas en ces termes là, mais la plainte porte sur ce domaine. Leur gêne physique n'est pas forcément mise en avant, ils ont pourtant entendu des médecins, ils ont commencé à l'intégrer, mais ils ne le disent pas, ou alors en termes de risque "j'ai vu ma grand-mère qui" "on m'a dit que…", mais ils n'ont pas peur de mourir demain, ils sont encore invincibles, le plus important c'est le regard, la conformité, l'image de l'autre.* (Entretien, Mme Caron, Psychologue, Centre SSR)

> *L'idée de la maladie je ne suis pas sûr. La santé oui, l'inquiétude des parents est souvent là. Mais les adolescents sont plutôt centrés sur l'image de soi, l'estime de soi, la confiance en soi est souvent altérée, mais pour moi ce qui est plus touché c'est l'image et l'estime de soi, avec l'idée que "si je perds du poids les autres vont me regarder différemment, donc je vais me regarder différemment". Plusieurs fois des jeunes filles me disent, dans les conséquences du surpoids "quand j'étais enfant je m'en foutais, mais à partir de…" donc ça, c'est intéressant.* (Entretien, Dr David, Pédopsychiatre, Centre SSR)

La « maladie », la « pathologie » est une déviance par rapport à la « normale » biologique. Canguilhem pose alors la question suivante :

> Il est exact qu'en médecine l'état normal du corps humain est l'état qu'on souhaite rétablir. Mais est-ce parce qu'il est visé comme fin bonne à obtenir par la thérapeutique qu'on doit le dire normal, ou bien est-ce parce qu'il est tenu pour normal par l'intéressé, c'est-à-dire le malade, que la thérapeutique le vise ? Nous faisons de la seconde relation la vraie. (Canguilhem, 2009, p.77)

Pour Canguilhem, il faut donc s'intéresser davantage à la subjectivité profane de l'individu qui expérimente le phénomène nommé ensuite « maladie ». Lors de ses travaux sur l'obésité et le diabète des enfants, Keppens (2010) s'interroge sur la manière donc les parents, mères, catégorisent leurs enfants suite à un diagnostic médical, au regard des travaux de Canguilhem :

> Le parent de l'enfant diabétique bascule dans le "mode" parent d'enfant "malade", l'enfant ne pourra plus vivre dans les normes qui s'appliquent aux autres enfants ». Et en opposition, « le parent de l'enfant "obèse" qui ne perçoit pas de souffrance physique de son enfant et qui ne nomme pas son enfant en tant que "malade", ni l'obésité comme pathologique, continue à inscrire les activités de son quotidien par rapport aux normes éducatives "habituelles" du quotidien de "tout" parent. (Keppens, 2010, p.266)

Dans le cas de l'obésité, en effet, la stigmatisation extérieure perçue par l'adolescent et la mère, est à l'origine de la consultation initiale chez un spécialiste. La consultation est sollicitée non pas pour une souffrance physique, mais pour une souffrance extérieure au corps de l'adolescent, engendrée par le regard des autres, par l'exclusion de ses pairs, par l'annonce non sollicitée des infirmières scolaires, par la société en générale qui les exclut de certains produits de grande consommation, etc. Keppens évoque notamment le terme de « souffrance sociale » (2010, p.267).

L'obésité est alors davantage considérée comme un handicap du point de vue des familles et comme une maladie du point de vue des professionnels spécialisés avec comme argument l'intention de déstigmatiser. Cela est d'ailleurs illustré par le fait que lors des premières consultations, les familles formulent davantage l'envie de résoudre les conséquences sociales et psychologiques engendrées par l'obésité (regard des autres, manque de confiance, souffrance, exclusion de la scène scolaire, des pairs, etc.) que « soigner » la maladie. Les mères et adolescents se retrouvent lors du diagnostic avec une réponse médicale à un problème qu'elles jugent social et psychologique.

Le point de vue du parent sur le phénomène qu'expérimente son enfant est différent du point de vue médical, comme nous l'avons vu. La catégorisation « obésité » est cependant également en négociation au sein même du milieu spécialisé. La question du caractère « pathologique » se pose dans le cas de l'« obésité » de l'enfant et l'adolescent.

7.2.3. L'obésité, une catégorie médicale négociée constamment : normale ou pathologique ?

Mme Andreas, infirmière, explique à la fois qu'il est important d'utiliser le terme « obésité » lors du diagnostic pour déstigmatiser et pour leur faire « prendre conscience » qu'il s'agit d'une réelle maladie mais en même temps elle écrit dans ses propres courriers de compte rendu de consultation les mots « problématique de poids » et non « obésité ». M. Dupont, coordinateur d'un réseau de soins explique qu'il est important d'utiliser le terme obésité en mettant l'accent sur la définition médicale de l'obésité *: « on essaye d'être clair avec cette définition, car le problème avec l'obésité c'est l'entourage et les connotations liées à ça, donc quand on parle d'obésité, ils savent que nous on parle d'un indicateur médical de la situation* » (Entretien, M. Dupont, Coordinateur, Réseau de santé). Pour autant, lors des observations d'ateliers au sein de ce réseau de soins, le terme « obésité » est cependant peu souvent évoqué et celui de « problèmes de poids » est préféré.

Si lors de l'annonce de l'obésité, les professionnels spécialisés tiennent à utiliser un discours propre à la maladie, afin de déstigmatiser les adolescents et effacer les connotations péjoratives qui y sont liées, par la suite lors de la prise en charge, ou lors d'événements entre professionnels, force est de constater qu'ils n'utilisent pas systématiquement ce terme « obésité » et ont eux-mêmes des freins à l'usage de ce mot. Différents professionnels de différentes structures vont évoquer les interactions qu'ils ont entre eux à ce sujet : « *On en discutait avec des collègues justement pour la journée dédiée à l'obésité, quels mots utilisés, on prépare une intervention »* (Entretien, Mme Andreas, Infirmière, Centre SSR). Mme Andreas explique, par exemple, qu'une collègue d'un réseau de soins de son secteur a également « *du mal avec le terme obésité* » et va alors « *biaiser* » durant son intervention en disant plutôt « *problème de poids* ». Les professionnels semblent perdus sur les mots à employer.

Ils sont parfois pris dans leur propre contradiction. D'un côté dans leur discours, médicaliser l'obésité est un argument pour déstigmatiser, déculpabiliser les familles, et on le voit à travers

l'annonce du diagnostic, de l'autre côté, dans la pratique, les professionnels sont eux-mêmes gênés avec l'utilisation de ce mot et ne l'utilisent pas systématiquement, ni dans les événements entre professionnels ni lors de la prise en charge. La gêne occasionnée par l'emploi du mot « obésité » au sein des professionnels spécialisés pourrait certes être révélatrice de la place importante de la grossophobie dans notre société qui vient entacher les interactions, mais cela pourrait être également perçu comme l'influence exercée par les familles qui refusent de s'approprier ce langage médical, ce terme « obésité » lors de la prise en charge, tant sur la scène médicale que familiale. D'ailleurs, certains professionnels décident de choisir les termes à utiliser en fonction des représentations des familles afin d'être en adéquation avec leur système de croyances : *« la meilleure solution c'est de leur demander pourquoi ils viennent, s'ils disent "mon enfant est un peu fort" on ne va pas tout de suite leur parler d'obésité.* […] *Après on sent les choses, s'ils sont capables d'entendre ou non durant la consultation* » (Entretien, Mme Andreas, Infirmière, Centre SSR). La stratégie de certains professionnels est donc de tester par quelques questions les représentations des parents et adolescents afin de s'en rapprocher : « *on voit ce que la famille dit en premier, surcharge pondérale parfois, ou poids excessif par rapport à l'âge, et tout dépend de l'âge du jeune, de ce qu'il est capable d'entendre. "Obésité" n'est pas bien perçue* » (Entretien, Dr Frank, pédiatre, centre hospitalier). Le Dr Maes, pédiatre, qui a réalisé quelques formations spécialisées sur la prise en charge de l'obésité des jeunes, explique que les professionnels s'interrogent régulièrement sur la manière de catégoriser l'excès de poids des jeunes. L'argument de médicaliser pour déstigmatiser correspond à une logique construite par différents professionnels, sur un territoire donné, à un moment donné, mais est amené à évoluer continuellement. Une formation à destination des professionnels a d'ailleurs déjà été proposée avec comme sujet principal la stigmatisation de l'obésité et la manière de prendre en charge (Letoux, 2015). Selon ce médecin il faut communiquer avec le patient : « *ça dépend non seulement des mots utilisés par les familles, mais aussi du sens qu'elles mettent derrière ces mots. Il faut également savoir pourquoi elles disent cela et pas autre chose »* (Entretien, Dr Maes, Pédiatre, Centre Hospitalier). Lorsque le Dr Maes se rend compte qu'il a utilisé le terme obésité et que cela ne plaît pas à la famille, il essaye de communiquer là-dessus :

> *Je leur demande : "je crois que ça vous gêne, est-ce que vous voulez que l'on change de terme ? Qu'est-ce que ça sous-entend pour vous ? Qu'est-ce que vous y mettez derrière ?" Parce que très souvent les gens y mettent des trucs que je n'y mets pas moi, on n'est pas d'accord sur le sens, si après mon explication ça leur va je peux l'utiliser.* (Entretien, Dr Maes, Pédiatre, Centre Hospitalier)

De plus, d'un professionnel à l'autre les discours s'opposent. La littérature scientifique dans le domaine nutritionnel est en perpétuelle évolution à tel point que parfois les connaissances sont contradictoires d'une année sur l'autre comme le montrent les travaux de Gojard (2006, 2010) au sujet des prescriptions alimentaires à destination des jeunes enfants :

> Une autre spécificité des normes régissant l'alimentation dans la petite enfance est leur dépendance à l'égard des connaissances nutritionnelles, domaine scientifique en perpétuelle évolution, et dont les progrès successifs conduisent à des modifications fréquentes des conseils prodigués par les spécialistes de la petite enfance. (Gojard, 2006, p.3)

Les mères de jeunes enfants, étudiées par Gojard dans son ouvrage *Le métier de mère* (2010), sont ainsi confrontées à une pluralité de normes concernant les soins à apporter aux nourrissons, souvent contradictoires et provenant de multiples prescripteurs. Il en va de même dans le domaine de l'obésité. Les connaissances évoluent continuellement et alors les professionnels ne s'appuient pas toujours sur les mêmes références en termes de catégorisation de l'obésité et plus généralement de discours nutritionnels, y compris au sein d'un même département. Cela peut engendrer le flou ou une certaine crise de confiance chez les adolescents en obésité et leurs parents. Un tel décalage dans les discours des professionnels facilite les « postures de résistance » ou « les attitudes d'indifférence aux normes » de la part des familles qui se retrouvent avec des discours de professionnels changeants (Gojard, 2006, p.3). Comme nous l'avons vu lors des propos introductifs, la définition médicale de l'obésité pose quelques difficultés en ce qui concerne les enfants. À ce sujet, le Dr Tounian notamment, montre les conflits à l'intérieur même de la sphère médicale, entre les différents spécialistes pour catégoriser l'obésité des enfants : certains souhaitaient utiliser les catégories « obésité de grade 1 ou 2 […] pour que les parents prennent conscience de la gravité » et donc ne plus utiliser le terme de surpoids et d'autres souhaitent employer le terme de « surpoids » et non obésité de grade 1, pour ne pas « accroître la discrimination » (Tounian & Amor, 2008, pp. 87-90). Nous faisons le constat au sein d'un centre hospitalier, que même lors du diagnostic le terme obésité n'est pas énoncé. Les professionnels de cette structure préfèrent se référer aux nouvelles courbes de poids sur lesquelles les termes « obésité grade 1 » et « grade 2 » ont disparu, pour laisser place à « zone de surpoids » :

> *Il n'y a plus le mot obésité dans les nouvelles courbes de poids, c'est "zone de surpoids", chacun voit les choses comme il veut, mais pour un enfant ou ados le mot obésité n'est pas très adéquat. Avant dans les carnets de santé c'était le terme grade 1 ou 2 et le terme était souligné et ce n'est pas évident de l'étendre pour les*

> *familles* […] *Nous ne disons pas obésité ici, volontairement. Après je pense que "zone de surpoids" c'est plus nuancé et c'est la même chose ça montre que quelque chose est en train d'évoluer.* (Entretien, Mme Morel, Diététicienne, Centre hospitalier).

À l'inverse, certains professionnels utilisent volontairement le terme « obésité » comme M. Guillaume, éducateur sportif en association : « *On ne parle pas de surpoids pour un enfant, jamais, on parle directement d'obésité, on parle de grade 1, ou grade 2* » (Entretien, M. Guillaume, Éducateur médico-sportif, association pour l'activité physique adaptée). M. Guillaume se réfère aux anciennes courbes de poids dénoncées par d'autres professionnels comme trop stigmatisantes et alarmistes.

Les sources des professionnels sur lesquels reposent leurs représentations de l'obésité varient et ainsi, leurs pratiques également. Non seulement les sources varient mais également la manière dont elles sont interprétées. Certains professionnels décident d'employer le terme obésité pour créer un déclic, et en effet derrière cela se cache l'explication que le Tounian et Amor évoquaient précédemment, et de l'autre côté certains professionnels s'appuient sur la mise à jour de cette courbe IMC et privilégient le terme « surpoids » pour éviter de stigmatiser davantage les familles qui le sont déjà et d'inquiéter inutilement des jeunes en léger surpoids en les catégorisant d'obèses. Au milieu de ces deux discours opposés, on retrouve la majorité des professionnels observés. Plusieurs d'entre eux justifient la médicalisation du terme obésité tantôt comme un moyen de « *déculpabiliser* » la famille, tantôt comme un moyen de « *créer un déclic* », une « *prise de conscience* » de l'importance de la situation qui relève du caractère « *médical* » et de la « *santé* ». C'est donc autant perçu comme un moyen de déculpabiliser que de rendre conscient, ce qui peut sembler contradictoire.

Le Dr Thiriet, médecin dont le profil est considéré comme atypique[186] lors du Chapitre 4, analyse cette préoccupation de la stigmatisation comme une injonction faite aux professionnels notamment par le biais des recommandations officielles de la HAS. Ainsi, si les professionnels se disent globalement veiller à ne pas stigmatiser, dans leurs pratiques, cela n'apparaît pas toujours évident :

[186] Se référer au Chapitre 4 qui énonce trois types de professionnels : ceux qui mettent en place une ETP dite classique, ceux qui importent les valeurs du GROS dans leurs accompagnements ETP, et le troisième profil de professionnels est représenté uniquement par le Dr Thiriet, médecin nutritionniste et Mme Pérez, nutritionniste, qui en plus d'adhérer au GROS, considèrent les causes sociales de l'obésité comme fondamentales et remettent davantage en question la responsabilité des industries agroalimentaires, et du marketing.

> *La stigmatisation maintenant c'est reconnue, c'est dans les recommandations de 2011, il faut accompagner les enfants sans les stigmatiser. Et on colle ça partout. Les soignants disent "Ah, mais je ne l'ai pas stigmatisé" Quand on fait les formations, les soignants disent : "Oh, mais on ne stigmatise pas..." en parlant de leurs intentions, mais c'est extrêmement facile de stigmatiser ! Rien que de parler du poids à quelqu'un qui est obèse, on est déjà dans la stigmatisation. Rien que de parler du poids, rien que de parler de l'alimentation, on sous-entend plein de choses ! Ils ne se rendent pas compte les professionnels, les collègues.* (Entretien, Dr Thiriet, Médecin nutritionniste, Centre hospitalier)

En effet, la stigmatisation ne prend pas toujours la forme de harcèlement scolaire, ou de discrimination à l'hôpital, elle peut être plus difficilement perceptible et être provoquée par les professionnels spécialisés, même de manière non-intentionnelle[187]. Les négociations faites sur la scène médicale lors de l'évocation des causes dites responsables de l'obésité des adolescents vont maintenant être analysées.

7.3. Négocier les causes de l'obésité : déculpabiliser ou faire prendre conscience ?

Lors des observations, les causes sont énoncées aux familles succinctement et sont au nombre de trois. Selon les professionnels, il existe premièrement des causes liées à la « *génétique* », à une certaine « *prédisposition* » à prendre du poids. Il existe, ensuite, des causes dites « *environnementales* » ou « *comportementales* » qui désignent les comportements alimentaires et d'activités physiques et sportives et le sommeil. La troisième cause évoquée, enfin, est d'ordre « *psychologique* ». En revanche, lors des entretiens semi-directifs réalisés avec ces mêmes professionnels, s'ajoute à ces trois causes, l'aspect « *cercle vicieux* » de l'obésité et diverses causes dites « *complexes* ». Ils abordent, par exemple, abondamment la responsabilité parentale à travers les comportements alimentaires et d'exercices physiques des jeunes. Les professionnels spécialisés dans l'accompagnement thérapeutique de l'obésité des adolescents énoncent donc les causes de l'obésité différemment selon s'ils s'adressent aux familles ou non.

Nous allons étudier la manière dont ces trois causes sont discutées, négociées au sein des interactions lors de l'annonce de l'obésité. Nous verrons d'un côté la manière dont elles sont

[187] Cette idée d'une lente mais progressive stigmatisation sur la scène médicale spécialisée sera approfondie particulièrement lors du Chapitre 8.

énoncées, les stratégies utilisées par les professionnels pour ne pas renforcer la stigmatisation, et la culpabilité, les éléments qui sont « cachés » aux familles, et d'un autre côté la familialisation c'est à dire la manière dont ces familles s'approprient le discours des professionnels et donnent sens à ces causes pour construire leurs propres théories diagnostiques et ainsi donner du sens à l'origine de la maladie.

7.3.1. La cause génétique comme outil de déculpabilisation

Le Dr Frank, pédiatre, énonce cette cause de la génétique comme un outil lors de l'annonce de l'obésité :

> *Les notions autour de la génétique ou du moins le fait que ça soit en partie induit par une prédisposition* […] *dans notre pratique c'est un élément de déculpabilisation d'explication, les gens ont le droit à ces explications, et non pas seulement "il est trop gros parce qu'il ne bouge pas et mange trop" même si tous les aspects sont importants.* (Entretien, Dr Frank, Pédiatre, Centre hospitalier)

Lors de l'annonce de l'obésité, l'argument de la génétique est mobilisé en priorité par les professionnels lorsqu'il s'agit d'évoquer les causes potentielles à l'obésité. La génétique permet selon les professionnels de diminuer la culpabilité ressentie par les familles. C'est donc une stratégie pour ne pas renforcer la stigmatisation, étant donné qu'ils ont conscience qu'elle est déjà fortement présente au sein de leurs trajectoires. Évoquer ce côté génétique, que certains nomment également « *fragilité génétique* », « *vulnérabilité biologique* » ou encore « *prédisposition* » permet d'entamer la discussion avec la famille en soulignant le fait que « *l'on n'est pas tous égaux* » face à la prise de poids et que cela est en effet « *injuste* », pour reprendre les termes du Dr Maes, pédiatre. La diététicienne Mme Delhaye explique que lorsqu'elle s'est formée au Diplôme Universitaire spécialisé dans l'obésité à Paris, les formateurs ont insisté sur le fait de « *mettre en avant la génétique dans l'annonce des causes de l'obésité* [afin de] *déculpabiliser les personnes* » (Entretien, Mme Delhaye, Diététicienne, Réseau de santé).

Cependant, lors de la réalisation de nos entretiens semi-directifs, les professionnels tempèrent davantage la cause génétique que lors de l'annonce de l'obésité, à l'image du Dr Andreï, pédiatre :

> *Le déterminant génétique est mineur en général* […] *Comment voulez-vous parler de génétique quand vous regardez des Américains des années 60 et ceux de maintenant ? Ce sont les mêmes, la génétique elle n'a pas changé en cinquante*

ans, ce n'est pas possible, c'est trop peu en temps. (Entretien, Dr Andreï, Endocrinologue, Centre hospitalier)

En ce qui concerne les causes de l'obésité selon les familles, lors de la première consultation, nous observons qu'elles sont plutôt floues. En revanche, les familles viennent en consultation avec l'idée, l'espoir, que la génétique, qu'elles nomment davantage comme le côté « *héréditaire* », puisse être en cause dans l'obésité de leurs adolescents. Elles définissent cela comme une « *fatalité* » qui se traduit souvent par : « *tout le monde est fort dans la famille* ». L'espoir de l'implication de la génétique comme cause à l'obésité semble participer à amoindrir le sentiment de culpabilité des jeunes et des parents, comme les professionnels le souhaitent. Ce discours s'approche de celui tenu par certains adolescents dans l'enquête AlimAdo « visant à se déculpabiliser ou à disculper les personnes en surpoids, par le recours à un concept d'hérédité expliquant la différence des conformations physiques » (Diasio, 2014, p.35). Ce processus de déstigmatisation/déculpabilisation espéré à travers les causes génétiques est proche du processus étudié par Jupille (2011) lors du diagnostic de TDA/H des enfants. Déjà, « l'étiologie, le pronostic, la thérapeutique et la définition même du TDA/H sont objets à débats » précise la sociologue (*ibid.* p.410) et il existe de nombreuses « zones d'ombres » en ce qui concerne les troubles du comportement chez l'enfant et le trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Réclamé par les familles, le diagnostic de TDA/H d'un jeune est souvent associé à « l'espoir » de pouvoir faire reconnaître officiellement une « maladie authentique » à travers notamment la « reconnaissance de la nature neurobiologique et/ou génétique du trouble [qui] confère au diagnostic (même si celui-ci demeure clinique), la capacité à atténuer le sentiment de stigmatisation et de dévalorisation chez les parents » (*ibid.* p.410). Les causes des TDA/H centrés sur l'aspect « neurologique » et « génétique » constituent ainsi « l'appui à diverses revendications de la part de parents ne supportant plus d'être culpabilisés par une attention unique portée sur les aspects éducatifs et relationnels. » (*ibid.* p.410). Comme nous l'avons précédemment vu, en ce qui concerne l'obésité, la stigmatisation est fortement présente dans leur trajectoire d'adolescents et dans les trajectoires familiales puisque c'est toute l'intimité familiale qui est investiguée lors d'un diagnostic.

Après cette annonce du diagnostic, après quelques mois d'accompagnement thérapeutique, lors des entretiens biographiques auprès des familles, les causes dites « *génétiques* » ou encore celles qui mettent en cause un médicament ou une opération médicale, restent fortement présentes dans le discours des mères. Selon la mère de Léna (14 ans, 4ème, classe moyenne), la prise de poids de sa

fille a débuté à l'âge de 10 ans. Elle évoque plusieurs raisons à cela comme le côté « *héréditaire* » : « *parce que son père et moi on n'est pas maigre* » dit-elle. Selon Maëlys (15 ans, Snd, classe moyenne), il n'y a pas d'événements ayant déclenché sa prise de poids et son obésité est surtout « *dans les gênes de la famille* ». Selon la mère de Liam (12 ans, 5ème, classes populaires), la cause de l'obésité est également une question de génétique : « *tout le monde est costaud dans la famille et son père a le chromosome du gros* ».

Les mères associent également à la cause génétique le fait que l'adolescent ait pris un médicament à un moment donné qui a déclenché sa prise de poids comme les corticoïdes, ou encore une opération médicale comme celle des amygdales. Selon Amélie (14 ans, 4ème, classes populaires) et sa mère, la prise de poids est due à un médicament pris à l'âge de quatre ans à base de cortisone. Maintenant que dix années se sont écoulées, Amélie a « *espoir* » que le poids de la jeune s'améliore, pour reprendre ses termes. La mère expliquera : « *la cortisone, au bout de 10 ans normalement tout s'évacue, alors on espère que…* ». La mère de Yasmine (17 ans, 1ère, classes populaires) évoque les médicaments pris pour les kystes aux ovaires de sa fille et la pilule contraceptive comme responsables de l'excès de poids de sa fille. Si lors des observations les professionnels évoquent la prise d'un médicament ou certaines opérations médicales comme des facteurs favorisants la prise de poids, lors des entretiens semi-directifs, ils ajustent ces informations qui sont, selon eux, surmobilisées par les familles :

> *Les corticoïdes c'est le monstre, s'ils savent que cela peut faire grossir…, si on a enlevé les amygdales ça peut être aussi un facteur favorisant de prise de poids, mais c'est favorisant, ça ne veut pas dire que dès qu'on enlève l'appendicite ou qu'on a eu des bronchiolites on sera obèse.* (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR)

7.3.2. Les comportements individuels mis en cause

Du côté des causes dites « *environnementales* » ou liées aux « *habitudes de vie* », ou encore au « *comportement* », lors de la consultation initiale les professionnels décrivent aux parents le temps trop long passé sur les écrans, les téléphones, les tablettes, les réseaux sociaux, la sédentarité, le manque d'activités physiques, le manque d'activités à l'extérieur avec les copains, les mauvaises habitudes alimentaires, les carences en fruits et légumes et le fait que les adolescents sont attirés par les féculents, le gras et le sucre et les sodas. Ils évoquent aussi le manque de sommeil ou son dérèglement. Beaucoup de ces éléments sont évoqués comme étant lié à l'adolescence et aux

« *nouvelles générations* » pour reprendre les termes de plusieurs médecins. Les professionnels de santé désignent derrière ces nouvelles générations, des adolescents davantage connectés sur les écrans comme la tablette, ou les téléphones et donc davantage sédentaire. Le Dr Le Roux par exemple parle de « *cette sédentarisation par l'écran, le téléphone, la télévision, internet, YouTube, les réseaux sociaux, cette espèce d'immobilité en lien avec les écrans.* » (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, centre SSR). La sédentarité ne semble pas un sujet culpabilisant à évoquer puisque les professionnels de santé l'associent à l'âge de l'adolescence. Ainsi, ce n'est pas l'individu qui est remis en question mais plutôt toute sa génération. En ce qui concerne les habitudes alimentaires, les professionnels sont parfois amenés à évoquer la responsabilité du marketing, des publicités, de l'accès facile à la *junk food*[188]. À nouveau, la *junk food* est d'ailleurs associée aux pratiques adolescentes entre pairs. Évoquer la responsabilité de l'environnement extérieur à la famille semble à nouveau permettre de ne pas renforcer la culpabilité de la famille. Le qualificatif de « *nouvelle génération* » utilisé par les professionnels est à rapprocher de la « modernité alimentaire » évoquée par Poulain (2002a, 2002b) qui correspond à la hausse des calories ingérées, une alimentation consommée plus grasse et plus sucrée, une augmentation de la consommation de produits transformés prêts à l'usage, la hausse de la restauration hors foyer et l'affaiblissement du modèle français des repas qui se fait au profit de prises alimentaires hors repas, des « grignotages ». Cette modernité est critiquée au nom de la santé et l'on voit alors se développer des politiques nutritionnelles de santé publique et des programmes d'éducation. Certains sociologues préfèrent les termes d'« américanisation de notre alimentation » ou de « McDonalisation de la société » (Poulain, 2002a) pour signifier cette « modernité ».

Mme Andreas, infirmière, met en avant la difficulté qu'il existe à parler aux familles des causes dites environnementales, qui reposent, selon elle, sur les comportements alimentaires et d'exercices physiques des personnes : *« il y a une part génétique, une part psychologique, mais il y a quand même 45 % de part environnementale, et ce sont donc les habitudes de vie, activité physique, alimentation, Sommeil. Il y a des choses que l'on hésite à dire, qui peuvent être perçues violemment, c'est compliqué »* (Entretien, Mme Andreas, Infirmière, Centre SSR). Évoquer la cause génétique ou psychologique est plus facile pour les professionnels que d'évoquer les comportements qui pourtant sont la cause la plus importante selon quelques-uns.

[188] Cette locution anglophone est parfois introduite dans le baguage français et se définit comme de la nourriture de faible valeur nutritive et de forte teneur en graisses ou en sucres. Son équivalent français pourrait être « malbouffe »

Les professionnels usent de stratégies et annoncent la part génétique et comportementale comme étant liées. Cela se produit davantage du côté des professionnels qui mettent en place des prises en charge de type ETP dites « classiques ». Cela permet d'atténuer à nouveau la culpabilité engendrée à l'annonce des causes comportementales. Le discours de Mme Delhaye, diététicienne en réseau de santé met en avant l'intrication de la génétique et des comportements, qu'elle désigne par le terme « *environnemental* ». Selon elle l'un ne va pas sans l'autre. Elle relate la manière dont elle explique cela aux familles :

> *S'il est destiné à être en obésité à cause de sa génétique, il aura plus faim qu'un autre enfant. Si on lui donne la possibilité de manger plus, il mangera plus, mais si on ne lui donne pas… C'est 100 % génétique, 100 % environnemental. Pour être obèse, il faut le gène, mais aussi l'environnement pas approprié. Si l'enfant a le gène de l'obésité, mais n'a pas l'environnement inapproprié, pas la nourriture, il ne sera pas obèse. Mais cet enfant a plus faim que les autres. Un enfant qui n'a pas le gène de l'obésité, mais qui a plein d'alimentation à disposition, il aura moins faim, sauf si on le force régulièrement à finir ses assiettes, s'il a un problème psychologique, mais à la base naturellement, comme le bébé c'est difficile de le forcer à manger, quand il n'a plus faim il arrête. C'est vraiment l'éducation qui fait que l'enfant peut prendre du poids s'il n'est pas destiné à être obèse.* (Entretien, Mme Delhaye, Diététicienne, Réseau de santé)

Cette dernière phrase laisse déjà présager la cause de l'obésité qui sera imputée à l'éducation parentale et dont nous parlerons lors du Chapitre 8.

Du côté des professionnels qui s'inscrivent plus dans la logique d'une alimentation dite intuitive, dans la logique du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids, c'est l'aspect psychologique qui est mêlé au comportement alimentaire. Il y a une forte psychologisation des comportements alimentaires. Cela se retrouve dans le champ lexical employé par les professionnels : « *sensations alimentaires* » « *sensations corporelles* », « *mangeur émotionnel* », « *émotion alimentaire* » et « *gestion des émotions* ». Le fait d'ajouter un aspect psychologique aux comportements alimentaires fonctionne à nouveau comme un moyen d'apaiser la culpabilité des familles dans l'annonce de l'obésité. Les professionnels dans la mouvance du GROS mettent en avant le fait que ces jeunes sont des « *mangeurs émotionnels* », déconnectés de leurs sensations corporelles de faim et rassasiement. Le mangeur émotionnel est décrit comme ayant une impulsivité dès qu'il a besoin de s'apaiser : *« le problème c'est qu'à un moment donné il n'arrive plus à se conforter, il commence à manger uniquement avec la tête, "je dois" d'un côté, "je ne dois pas" de l'autre, "j'évite", et donc "je craque", et après il finit par manger uniquement avec les émotions »* (Entretien, Mme Pérez,

nutritionniste-diététicienne, libéral). Cela participe à atténuer la culpabilité qui découle des comportements alimentaires en focalisant la modification de ces derniers à travers un travail psychologique de gestion des émotions, une réflexion autour de son rapport au corps, etc.

Du côté des familles suivies par les professionnels dans la mouvance du GROS, après la prise en charge, les familles évoquent en effet la perte de la sensation de faim comme responsable de leur prise de poids. Jusqu'à la mise en place des ateliers ETP, elles ne mettent pas de sens à ce discours. Le travail technique mis en place pour le retrouver est parfois déculpabilisant comme c'est le cas de Claire (13 ans, 4ème), une adolescente issue de classes populaires. Sa mère est nourrice à domicile et son père est ouvrier, poseur de cuisine. Elle explique sa perte de poids uniquement grâce à cette sensation retrouvée :

> *Elle avait fait sa sensation de faim un week-end. La psychologue lui avait demandé "quand est-ce que tu prends tes repas?" elle avait dit "je mange le matin, le midi, le soir" et elle lui demandait "quand tu as faim ou pas?" et elle ne savait pas répondre. Donc elle lui avait dit d'essayer un matin de ne pas petit-déjeuner et d'attendre d'avoir faim, le midi elle n'avait pas faim, elle avait retrouvé sa sensation de faim vers 15h, elle avait des gargouillis. Ça a démarré comme ça, et voilà comment elle a retrouvé cette sensation. Grâce à ça elle a perdu 2,5 kilos*. (Entretien, Mère de Claire, 13 ans, 4ème, classes populaires)

Cette psychologisation ne permet cependant pas toujours d'amoindrir la culpabilité qui pèse sur les familles comme nous le verrons par la suite lors du Chapitre 8.

Lors de nos entretiens semi-directifs menés auprès des professionnels de santé, *a contrario* de ce qui est évoqué lors des consultations, ils évoquent davantage les parents comme étant responsables des comportements alimentaires et d'activités physiques des enfants. L'éducation des parents est souvent remise en question, du moins jugée comme en partie responsable. Un certain « *lâcher-prise* » des parents est soulevé, il s'agit dans les représentations des professionnels de parents qui ne savent pas dire non à leurs enfants, qui veulent faire plaisir au détriment de la santé ou encore des parents qui n'ont pas voulu frustrer leurs enfants, ou ne leur ont pas forcément posé de cadres par rapport à l'alimentation. Par exemple, le Dr Frank dira : « *dans les causes il y a aussi l'accès à une alimentation excessive en apports caloriques inutiles, mais un peu valorisante pour les parents parce que ça fait plaisir aux enfants, valorisée par les jeunes parce que c'est vu à la télévision aussi*. » (Entretien, Dr Frank, Pédiatre, Centre hospitalier) La diététicienne Mme Delhaye explique que, même si le biologique et le comportemental sont liés, « *c'est vraiment l'éducation parentale*

qui fait que l'enfant peut prendre du poids s'il n'est pas destiné à être obèse » (Entretien, Mme Delhaye, Diététicienne, Réseau de santé). Les discours peuvent être ambigus, surtout lorsque l'on compare la théorie et la pratique. La diététicienne Mme Leclercq explique par exemple : « *quand je parle d'alimentation j'essaye de les déculpabiliser, on a souvent tendance à dire que c'est la faute du milieu familial, même si ce n'est pas complètement faux, mais ce n'est pas évident à changer pour eux* » (Entretien, Mme Leclercq, Diététicienne, Centre SSR) Le discours de la diététicienne Mme Meyer met en avant toute l'ambiguïté :

> *Il faut savoir que quand l'on parle d'alimentation, on touche à l'intime* […] *les parents qui viennent ici c'est après un échec en ambulatoire, donc ils sont dans un parcours depuis très longtemps, de nombreuses années, ils ont pu être jugés, ils arrivent au stade de grosse culpabilité, nous justement on essaye d'être bienveillant* […] *le parent sait qu'il a une part de responsabilité, c'est lui qui fait à manger, des courses, mais on ne va pas en ajouter.* […] *Nous nos patients sont en fin de course, en général quand ils arrivent ici ils sont en demande d'aide, donc ils ont déjà fait ce chemin de se dire "peut être que je suis responsable"* […] *Quand certains disent d'eux-mêmes "peut-être qu'on est en partie responsable" on essaye que ça soit toujours eux qui arrivent à la conscience des choses et qui cheminent.* (Entretien, Mme Meyer, Diététicienne, Centre SSR)

La diététicienne commence par évoquer qu'elle a conscience du taux important de culpabilité chez les parents et la nécessité d'être bienveillante dans sa posture de professionnelle, pour autant, elle insiste à plusieurs reprises par la suite sur la responsabilité des parents et veille même à ce qu'ils prennent conscience de leur responsabilité.

Lors des interactions parents-professionnels, à travers leurs discours, les professionnels affichent l'objectif de déculpabiliser les familles et mettent alors en place différentes stratégies lors de leurs interactions. En revanche, lors de nos entretiens semi-directifs, l'ambiguïté se révèle. Pour poursuivre ce questionnement, nous verrons ce qu'il en est lors du déroulement des ateliers ETP au sein du Chapitre 8.

7.3.3. La psychologisation de la maladie comme outil pour donner sens à la trajectoire

Du côté des causes dites psychologiques, on retrouve deux types de discours. D'un côté il y a l'aspect psychologique directement lié au comportement alimentaire comme nous l'avons évoqué

précédemment (7.3.2). Cela est présent chez les professionnels appartenant au GROS. De l'autre il y a l'aspect psychologique associé à un événement dans la trajectoire du jeune. Cela se retrouve chez l'ensemble des professionnels, qu'ils soient dans la logique du GROS ou non. Les professionnels dans une démarche ETP dite « classique » parlent davantage d'« *événements déclencheurs* » dans la trajectoire de la famille qui ont pu entraîner des désordres psychologiques. Le discours du pédopsychiatre, le Dr David, qui travaille au sein d'un centre SSR, représente bien les représentations associées au psychologique dans les prises en charge dites « classiques » qui reposent sur une logique d'ETP :

> *Il y a trois points, un premier point qui est le terrain biologique, génétique, on n'est pas tous égaux, on a une vulnérabilité* […] *un deuxième point qui est les habitudes de vie, hygiène de vie, donc la diététique et le sport, même si tout cela, ça s'apprend, vous allez y retrouver des choses en sociologie, et une troisième dimension, le psychologique.* (Entretien, Dr David, Pédopsychiatre, Centre SSR)

Pour évoquer le côté psychologique, ces professionnels s'appuient sur la courbe de poids du jeune et tentent d'identifier ces événements déclencheurs que la courbe tracée peut mettre en avant par ces « *rebonds* ». Cela a été montré précédemment avec la retranscription des observations des consultations d'Iris durant lesquelles l'infirmière trace son IMC et l'interroge au sujet des événements qui ont pu provoquer une soudaine prise de poids. Le Dr Simon évoque quelques événements récurrents : « *il y a des éléments déclencheurs comme des décès, des séparations parentales, ça c'est fréquent, ça déstabilise beaucoup l'enfant quand même »* (Entretien, Dr Simon, Pédiatre, Centre SSR). Au fil de la discussion avec le médecin, si la famille n'évoque pas spontanément un « *élément déclencheur* », le médecin va de lui-même questionner la famille à ce sujet, en soulignant l'âge mis en avant par la courbe qui montre un « *décrochage* » important.

> *Ça fait partie du premier travail que l'on fait avec eux, d'identifier les causes de l'obésité, et leurs causes à eux, car chacun a les siennes* […] *pour beaucoup c'est très flou en première consultation.* (Entretien, Dr Simon, Pédiatre, Centre SSR) ;

> *On demande à la famille l'élément déclencheur. Comment s'est passée la prise de poids ? Régulière ? Un événement ? Certains arrivent à identifier, par exemple un conflit à l'école, surtout le passage en 6ème, c'est violent, dès qu'ils ont une différence, le poids ou autres.* (Entretien, Mme Andreas, Infirmière, Centre SSR)

Finalement, comme l'aspect génétique, l'aspect psychologique semble fonctionner comme un point de ralliement entre familles et professionnels lors des interactions. Les parents comme les adolescentes reprennent par la suite le même langage que les professionnels dans ce domaine

notamment ces fameux « *événements déclencheurs* ». Si leur discours en début de consultation est davantage accès sur l'espoir de la génétique comme cause, et l'évocation des conséquences sociales entraînées par l'obésité (stigmatisation, exclusion sociale, scolaire, etc.), au fil de l'échange, les familles incorporent le discours lié à la psychologie et s'en servent pour donner sens à leurs trajectoires de maladie et concevoir leurs propres théories diagnostiques, en cohérence avec leurs parcours de vie. Les événements cités par les parents et adolescents sont les mêmes que ceux cités par les professionnels en entretiens semi-biographiques : le divorce des parents revient comme la cause la plus fréquente, ou l'absence du père, les déménagements ou encore le décès de grands-parents.

Selon Laurine (17 ans, 1ère, classe moyenne) le déménagement de la famille lorsqu'elle avait cinq ans et son changement d'école sont des éléments très perturbateurs dans sa vie. Le déménagement familial a également été un « *choc* » dans la vie de Camille (15 ans, 3ème) et son petit frère Louis (13 ans, 5ème) pour reprendre le terme de leur mère, appartenant aux classes populaires. Selon la mère d'Enzo (14 ans, 4ème) et Mathis (17 ans, 1ère), issue de classe moyenne, la prise de poids de ses enfants est principalement due à la séparation des parents, puis aux nombreuses tensions familiales avec le nouveau beau-père : « *leur problème toute façon c'est vraiment psychologique, pas génétique, ils compensent quelque chose* […] *C'est surtout les problèmes psychologiques causés par la séparation avec le père et les relations très houleuses* » (Entretien, Mère d'Enzo et Mathis, classe moyenne). Selon Madleen (15 ans, Snd, classes populaires), lors de sa première prise en charge en centre SSR, elle n'avait pas particulièrement trouvé de motif à sa prise de poids. La mère explique que sa séparation avec le père représente l'élément déclencheur. Maintenant que Madleen s'apprête à réaliser son deuxième séjour en centre SSR, elle dit être prête à reconnaître ce qui a déclenché sa prise de poids et vouloir travailler dessus : « *C'est psychologique en fait. Je n'en avais pas trop parlé la première fois, mais maintenant je vais justement travailler sur ce côté-là, et aller voir la psychologue beaucoup plus, l'infirmière m'a dit que c'était peut-être ça en effet* » (Madleen, 15 ans, Snd, classes populaires). Elle se confie sur la relation conflictuelle avec son père : « *Je sais où il habite et je peux le voir de temps en temps, mais c'est comme si ce n'était pas mon père, parce qu'il ne m'a pas élevé (...) J'ai un blocage avec mon père en fait* » (Madleen, 15 ans, Snd, classes populaires). Pour Dylan (13 ans, 6ème, classes populaires), le motif semble aussi psychologique selon la famille. Deux événements ont bouleversé la vie du jeune garçon, à la même période, à savoir le divorce avec le père et le cancer du sein de sa mère.

Ces événements déclencheurs qui ont un impact sur la trajectoire de l'obésité des jeunes peuvent être comparables aux concepts d'événements biographiques (Leclerc-Olive, 1997) et bifurcations (Bessin, Bidart & Grossetti, 2009) utilisés en sociologie. Même si chaque terme désigne des points de vue différents on peut dire qu'ils se recoupent partiellement (Leclerc-Olive, 2009). Les événements biographiques désignent « les crises, les événements "critiques", les bifurcations d'un cheminement biographiques, les tournants de l'existence » (Leclerc-Olive, 1997, p.21). Ils « sont des lieux d'articulation entre le vécu et les énoncés sur le vécu » (*ibid.* p.110). La psychologisation de la prise en charge n'est pas uniquement visible lors de ces consultations initiales. La thématique sera alors approfondie lors du Chapitre 8.

Pour conclure, l'obésité est un stigmate corporel visible. La stigmatisation sur la scène scolaire représente le motif principal de consultation. Les parents et adolescents mettent particulièrement en avant les conséquences sociales de l'obésité et le handicap dans la vie quotidienne. Les garçons peuvent se sentir exclus de certaines activités sportives comme le football qui pourtant participent grandement à la socialisation entre pairs, entre garçons. Les filles se sentent limitées dans leurs choix vestimentaires et luttent pour que l'habillement ne soit pas un second motif d'exclusion à l'école ou lors des sorties *shopping* entre amies. Cette stigmatisation fortement présente au sein des trajectoires des adolescents vient bouleverser les interactions entre les parents, adolescents et les professionnels. Les familles sont sans cesse en train de gérer le stigmate, d'élaborer des stratégies afin d'atténuer l'étiquette de déviant que l'on peut leur attribuer. Face à une annonce de leur « obésité » non-sollicitée, nous avons vu que cela peut être comparable au processus de stigmatisation qui est soit rejeté quand le professionnel est jugé non légitime (infirmières scolaires), soit incorporé (médecins urgentistes, médecins traitants). Le rejet du stigmate peut se traduire par de la colère, un affrontement, ou une dévalorisation du discours de la personne qui stigmatise. L'incorporation du stigmate et donc de ses attributs péjoratifs peut se traduire par une forme de résignation, d'acceptation qui engendre plus ou moins de culpabilité selon la négociation faite entre le stigmatisé et le stigmatiseur. Dans les deux cas, la stigmatisation portée à l'égard du corps d'un adolescent, même lorsqu'elle est rejetée par le jeune, n'est pas sans conséquence. Elle peut engendrer de la souffrance et le sentiment de ne pas être dans la norme. De plus, il semble difficile de maintenir une position de rejet total et à long terme, les adolescents sont amenés à osciller entre rejet du stigmate et culpabilité provoquée par les discours, les réflexions lors des interactions répétées entre les professionnels et la famille ou encore entre l'adolescent et ses pairs. Une nuance est à apporter également si l'on tient compte de la classe sociale et de la plus ou moins grande

proximité qu'il existe entre les normes véhiculés par les professionnels et celles des familles. Le processus de stigmatisation semble davantage visible au sein des trajectoires d'adolescents de classes populaires.

Les professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité sont conscients de cette forte culpabilité et stigmatisation. À ce propos, l'accompagnement thérapeutique de l'obésité pourrait être, selon eux, une manière de participer à leur déculpabilisation, voire à leur déstigmatisation. Ils fondent alors la légitimité de la prise en charge sur l'enjeu autour de cette déstigmatisation et sur la définition « médicale » de l'obésité. Lors de l'annonce de l'obésité, les spécialistes tentent de médicaliser tant que possible en utilisant un langage médical propre à la « maladie », aux « risques de santé », ils font de la courbe IMC un outil de diagnostic et mobilisent plus aisément les causes génétiques de l'obésité et les causes psychologiques. La mise en cause du comportement (alimentaire et d'activité physique) semble plus difficile à annoncer pour les professionnels puisqu'elle pourrait justement renforcer cette culpabilité déjà trop présente. Alors, lors des consultations, ils usent de différentes stratégies pour tempérer l'annonce des causes dites comportementales. Cette apparente volonté de déstigmatiser, si elle semble présente lors de l'annonce de l'obésité, ne se reflète cependant pas toujours lors de nos entretiens semi-directifs menés auprès des professionnels où la cause dite comportementale est dominante et la responsabilité parentale est fortement mise en avant. De plus, les stratégies des professionnels pour ne pas être culpabilisant et l'argument de la médicalisation de l'obésité pour déstigmatiser, ne semble pas être approprié par les familles systématiquement. Comme cela a été vu à travers les « théories diagnostiques » élaborées par les parents et jeunes, à l'exception de quelques familles de classe moyenne, peu mobilisent ce langage médical pour désigner le corps de leur enfant. Le terme « obésité » semble encore trop imprégné de connotations négatives. L'obésité n'est pas considérée comme une maladie selon les familles. En revanche, l'évocation de causes génétiques lors de l'annonce de l'obésité semble en effet participer à déculpabiliser les familles, car cela permet d'amoindrir la responsabilité portée tant sur les jeunes que sur les parents dans leur mode de vie et d'éducation. Cela se rapproche du processus évoqué par Jupille (2011) lors de l'annonce de l'hyperactivité des enfants. Si le côté biologique permet de participer à la déculpabilisation, ne serait-il pas aussi un moyen pour le médical de garder le monopole sur la manière de « prendre en charge » l'obésité, et aussi de dédouaner l'environnement sociétal d'être source de souffrance sociale et psychologique ? Les causes psychologiques semblent un élément participant à produire du sens pour la famille et participe à construire leurs propres théories diagnostiques.

Sachant que l'accompagnement thérapeutique de l'obésité repose par la suite principalement sur des ateliers qui visent le changement de comportement alimentaire et d'activité physique, de l'adolescent, mais aussi de toute la famille (parents, fratrie), on peut se demander comment les professionnels réussissent à conserver cette volonté de médicaliser pour déstigmatiser dans la pratique ? Le Chapitre 8 explorera la manière dont l'adolescent et ses parents passent d'une considération de l'obésité comme un problème aux yeux des autres à une considération de l'obésité comme un problème médical, et si cela permet d'atténuer ou non le processus de stigmatisation. Dans le cas de la prise en charge de l'obésité, nous pourrions émettre l'hypothèse que la stratégie de résignation qui émane de la personne stigmatisée correspond finalement au processus d'incorporation du stigmate, doublé d'un processus d'incorporation des normes dominantes émanant des professionnels qui fonctionneraient alors comme une violence symbolique pour les familles.

Après avoir exploré l'annonce du diagnostic de l'obésité ainsi que la négociation autour de la catégorisation de l'obésité et ses causes, le dernier chapitre s'intéresse aux pratiques des professionnels : comment entendent-ils poursuivre leur objectif de ne pas stigmatiser et culpabiliser les adolescents et parents lors de la « mise en pratique »[189] de l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

[189] C'est-à-dire lors des ateliers collectifs ou encore des consultations individuelles de suivi. Les ateliers collectifs désignent les ateliers à destination des adolescents mais aussi ceux uniquement à destination des parents et enfin, ceux qui intègrent les deux. Ces ateliers prennent place dans toutes les structures observées : centres SSR, centres hospitaliers et réseaux de santé.

Chapitre 8 — Normes institutionnelles, pratiques de professionnels et comportements privés des familles

Il s'agit d'analyser la confrontation entre les « normes publiques », les diverses pratiques des professionnels pour s'y ajuster et les mettre en œuvre et la manière dont les familles s'approprient les discours des professionnels et les font cohabiter avec leurs propres habitudes de vie et « comportements privés ». Ces termes proviennent de l'enquête effectuée par Fournier (2015) qui prend place au sein d'un programme ETP pour personnes diabétiques[190]. Elle étudie les normes en concurrence, qu'elle désigne d'un côté comme les « normes publiques » et de l'autre comme les « comportements privés » ou encore « normes privées » pour marquer la distinction entre privé et public. Ce chapitre entend participer ainsi à éclairer la manière dont se distinguent et s'affrontent les rôles de parents, d'adolescents et de professionnels à l'hôpital et comment les rapports de force sociaux s'exportent dans le cadre particulier qu'est l'éducation thérapeutique d'un adolescent en obésité.

Les termes de « normes institutionnelles » ou « normes médicales » seront préférés pour désigner les normes dont s'inspirent les professionnels pour construire leurs pratiques. Les termes de « comportements privés » ou « normes privées » (Fournier, 2015) seront, quant à eux, préférés pour représenter les pratiques et représentations des parents et adolescents. Nous considérons, en effet, que les acteurs institutionnels, y compris ceux du médical, ne sont pas les seuls à produire des normes. Cela participe dans le champ de la sociologie de la santé au croisement de la sociologie de la famille, à éviter l'écueil de se centrer davantage sur le point de vue des professionnels de santé et de « penser en termes de substituabilité entre leurs contributions et celles de la famille. » (Cresson & Martin, 1995, p.63). Le travail d'ajustement et de réappropriation, c'est-à-dire de « négociation des soins » (Pennec, Le Borgne-Uguen et Douguet, 2014) qui est effectué par les familles, participe à construire de véritables normes privées familiales. De plus, face à la « résistance » (Lhuissier, 2006) de certains parents et adolescents en ce qui concerne l'adéquation aux normes médicales, nous trouvons particulièrement adéquat de parler de « normes privées » pour désigner des représentations et pratiques qui ne sont, certes, pas instituées et légitimées comme le souligne

[190] Dans le cadre d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) dans une communauté multiculturelle défavorisée de la banlieue parisienne.

Gojard (2006)[191], mais qui sont profondément ancrées au sein des familles et méritent d'être pleinement reconnues. À ce propos, à partir d'un dispositif d'éducation nutritionnelle[192] à destination des femmes en surpoids et en obésité, Lhuissier (2006) analyse également les « normes en concurrence » qui s'affrontent. Elle met en avant le fait que la production des normes institutionnelles se heurte aux représentations et aux « résistances » des femmes censées en être les bénéficiaires. Il s'agit donc dans ce Chapitre 8 de donner de la visibilité à l'affrontement normatif.

Ce chapitre procède à un découpage en trois parties. Il sera tout d'abord étudié la négociation autour des objectifs de l'ETP puis les résultats et la manière dont chacun y donne sens (8.1). Le reste de l'analyse se divisera en deux parties qui correspondent aux deux types de pratiques observées chez les professionnels. Le discours des professionnels pour légitimer leur objectif commun de modifier les comportements repose sur des arguments différents : d'un côté les programmes d'ETP dits « classiques » mettent en lumière un certain culte de la santé et une culture du risque (8.2) et de l'autre côté, les programmes d'ETP qui s'inspirent du modèle biopsychosensoriel du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) nous font glisser d'une logique de santé à une logique de bien-être psychologique (8.3).

8.1. Négociations des objectifs thérapeutiques et des résultats

Cette première partie regroupe les pratiques de l'ensemble des professionnels observés, qu'ils mettent en avant ou non la philosophie du GROS dans leur programme d'ETP. Nous allons expliquer quels sont les objectifs prioritaires lors de l'ETP du point de vue des professionnels puis des adolescents. Comment sont-ils négociés ? Nous montrerons ensuite que les résultats des accompagnements sont souvent jugés comme insatisfaisants ou du moins, les professionnels comme les adolescents estiment qu'il est difficile de respecter l'objectif initialement fixé. Enfin, une dernière partie viendra explorer la manière dont les acteurs donnent sens à ces trajectoires difficiles.

[191] Gojard (2006) étudie la confrontation entre la perception des normes alimentaires des familles et leur mise en place par des acteurs institutionnels à travers l'analyse des prescriptions alimentaires dans la petite enfance. Son terrain est effectué dans la banlieue parisienne auprès de mères issues de classes populaires. La sociologue préfère réserver le terme de « normes » aux prescriptions issues des spécialistes pour insister sur leur caractère « légitimé », « institué » et elle emploie le terme d'« usages » ou « savoir-faire » pour désigner les pratiques des familles.

[192] Le contexte de ses travaux s'approche du nôtre en prenant place au sein d'un quartier défavorisé de Lille.

8.1.1. Des objectifs thérapeutiques différents : comportements individuels *vs* poids

Selon les professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité, l'ETP n'est pas un régime mais l'apprentissage de nouvelles habitudes de vie. Le « *poids est secondaire dans les objectifs de prise en charge* » (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR) et il faut « *oublier l'histoire du poids »* (Entretien, Mme Delhaye, Diététicienne, Réseau de soins). Ils utilisent un champ lexical commun pour décrire cet objectif centré sur la modification des comportements : « *changement* », « *modification* », « *comportements* », « *habitudes* », « *informer* », « *rendre conscients* » et « *responsabiliser* »[193]. Les professionnels enquêtés s'accordent à dire qu'il faut viser la modification des comportements à long terme et non à viser la perte de poids, qu'ils mettent en place une ETP dite « classique » ou s'inspirent de la philosophie du GROS pour composer leurs programmes d'ETP. Ce discours centré sur les comportements individuels est tiré des recommandations de la HAS (2011) comme nous l'avons déjà vu, et correspond plus généralement à l'objectif de l'ETP. La prise en charge de l'obésité des enfants et adolescents annonce, en effet, s'appuyer spécifiquement sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient, c'est-à-dire qu'elle a pour objectif de leur faire acquérir des connaissances, des compétences, de mettre en place des changements avec pour « objectif final la modification des comportements » (HAS, 2011, p.95). Le fait de ne pas chercher la perte de poids est une notion qui apparaît également clairement dans les objectifs officiels de la HAS (2011) : « La prise en charge ne doit pas se focaliser sur le poids, mais sur les causes ayant amené cette prise de poids. L'atteinte d'un objectif pondéral n'est pas centrale » (*ibid.* p.99).

L'ETP a pour objectif d'inscrire de nouveaux comportements de manière durable dans la vie du jeune et de sa famille. Les professionnels s'accordent à dire que les changements mettent du temps à réellement s'intégrer : « *un petit changement, ça met trois mois avant d'être intégré dans la vie* […] *il faut y aller doucement »* (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR). La notion de « *long terme* », de « *temps* » vient appuyer les propos des professionnels en ce qui concerne ces comportements individuels à modifier. Les professionnels disent fréquemment aux adolescents de « *prendre leur temps* », d'y aller « *étape par étape* ». Pour cela, ils utilisent souvent la métaphore de l'escalier auprès des adolescents en les incitant à « *gravir progressivement les marches du*

[193] Cette succession de mots entre guillemets correspond aux termes employés par les professionnels, de manière récurrente.

changement » (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR). À nouveau, cette notion de temps semble provenir des prescriptions de la HAS (2011) où « il est recommandé que la prise en charge s'inscrive dans la durée » (*ibid.* p.99).

Les professionnels évoquent régulièrement la « *non-urgence* » à la perte de poids en ateliers : *« est-ce que votre enfant a pris du poids soudainement ? Non. C'est depuis ses six ans ? Alors laissez le temps au corps. »* (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier). Cette absence d'urgence fonctionne comme un atout pour le développement progressif de nouvelles habitudes. Ils parlent également fréquemment de l'image de la « *baguette magique* » en opposition, pour leur signaler qu'il s'agit d'un long processus, qu'il ne faut pas espérer de résultats rapides, mais aussi que sans changements mis en place, sans investissement, et sans effort, rien ne se passera comme par magie. La chirurgie bariatrique en hausse ces dernières années en France et dans le monde entier[194], semble un nouvel élément qui vient fortement « *parasiter* », « *bloquer* » les prises en charge et « *préoccupe* » de nombreux professionnels, car elle représente cette fameuse « *baguette magique* » redoutée (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR). D'autres sociologues soulignent les conséquences de la chirurgie bariatrique[195]. Dans le cadre de notre terrain nous avons également pu observer l'espoir que représente cette opération : nous assistons à une scène informelle à l'hôpital durant laquelle une adolescente inscrite dans une démarche ETP met fièrement en avant auprès d'une autre jeune le fait qu'elle a continué à prendre du poids et sera donc bientôt éligible pour une opération de chirurgie bariatrique.

Le souhait de ne pas centrer l'accompagnement sur la perte de poids se heurte aux désirs des adolescents : le premier objectif de l'adolescent reste la perte de poids puisque c'est uniquement de cette manière qu'il envisage le fait que les moqueries de la part de ses pairs puissent diminuer, voire s'arrêter. Rappelons que le Chapitre 6 mettait en avant la stigmatisation à l'école comme le premier motif de consultation. Chez les jeunes, le poids est classé parmi les premiers jugements sur l'apparence physique. Le kinésithérapeute rencontré constate cette demande primordiale chez les

[194] En France, le nombre de personnes opérées pour chirurgie bariatrique a été multiplié par 2,7 entre 2008 (N=16 791) et 2014 (N=45 474) et le taux de recours à la chirurgie bariatrique est passé de 2,63 à 6,91 pour 10 000 personnes résidant en France métropolitaine et dans les DROM. Le Nord et Pas-de-Calais connait un nombre plus important de personnes opérées que la moyenne nationale avec un taux de 9,0 pour 10 000 personnes. Dans le monde, 468 609 interventions de chirurgie bariatrique ont été pratiquées en 2013 et la France se situait en troisième position après les États-Unis et le Canada (Hazart et *al*. 2018)

[195] Les travaux de Fauquette (2017) qui prennent place également au sein d'une structure prenant en charge des patients en obésité dans le Nord, vont dans ce sens : « Dans le cas spécifique de l'obésité, la volonté de certains patients de perdre du poids à tout prix peut les rendre sourds au discours émancipateur de l'équipe médicale. Comme le souligne le docteur Millot d'ajouter : "*Il suffit qu'un chirurgien ait dit à un patient qu'il acceptait de l'opérer et qu'il fallait juste l'accord d'un nutritionniste, c'est-à-dire moi, pour que mon discours reste inaudible"* ». (*ibid.* p.21)

adolescents lorsque ce dernier est amené en début de prise en charge à poser des questions sur leurs sensations physiques et les éventuelles gênes physiologiques : « [les adolescents] *parlent plus du côté psychologique, de leur harcèlement que de la gêne physique* […] *c'est surtout une sensation de mal-être qu'ils veulent voir disparaître »* (Entretien, M. Brunot, Kinésithérapeute, Centre SSR). L'objectif des adolescents est avant tout un changement esthétique afin de ne plus être considéré comme déviant au sein de la société et particulièrement au sein de leur groupe de pairs. Ces conceptions différentes en termes d'objectifs ne sont pas sans entraîner de constantes négociations entre les adolescents et professionnels. Les professionnels essayent de se détacher de cet objectif de perdre du poids mais les jeunes en parlent constamment. L'extrait d'entretien biographique de Baptiste et sa mère met en lumière cette négociation des objectifs autour de la perte de poids :

> - **Mère de Baptiste** : *le fait de se bouger plus, c'est son gros problème, il adore ses consoles, même si j'ai installé un vélo elliptique à côté de sa console* [rire]. *Mais là il commence à faire plus attention. Alors peut-être qu'il a eu ce déclic ? Parce que tout le monde me dit : « tant que lui ne ressent pas le besoin, ou n'a pas la volonté de le faire… ». Mais donc là sa reprise de poids de dix kilos, ça a été dur.*
>
> - **Enquêtrice** : *Tu ne savais pas que tu avais pris dix kilos ?*
>
> - **Baptiste** : *Non* [tête qui se baisse]
>
> - **Mère de Baptiste** : *il en a perdu deux sur dix là déjà, bon la psychologue lui a dit « pas trop vite le but ce n'est pas de perdre »*
>
> - **Baptiste** : *Oui, mais moi j'ai envie de perdre, même si eux ce n'est pas leur but. Elle nous a montré le graphique la psychologue, elle m'a dit : « regarde si tu restes comme ça, au bout de telle année, tu passeras en surpoids au lieu d'obésité », mais moi je veux être en dessous du surpoids, je veux être normal quoi, un poids raisonnable quand même. Je voudrais quand même perdre dix kilos pour stagner tranquillement après.*

La notion de temps se heurte également aux comportements privés des adolescents. En effet l'objectif prioritaire des jeunes reste la perte de poids, et à court terme, puisqu'il semble trop épuisant de penser continuellement, et sur le long terme, à sa nourriture et ses activités physiques. Maëlys par exemple est fatiguée de penser sans cesse à son poids : « *Puis la durée aussi, se dire tout le temps "ton poids ton poids ton poids" à force tu n'en peux plus, il faut arrêter ça* ! » (Entretien, Maëlys, 15 ans, Snd). Elle se force à sortir plus souvent à l'extérieur avec ses amis pour « *bouger plus* », au nom de la perte de poids et réfléchit constamment à son alimentation pour

« *manger mieux* », ce qui parfois provoque frustration ou exclusion du groupe de pairs quand par exemple ses amies décident de manger au *fast food.*

La prise en charge d'une maladie chronique est un exemple révélateur des enjeux de pratiques auxquels peuvent être confrontés les acteurs de l'ETP, d'autant plus dans le cas de l'obésité où il s'agit principalement de modifier des habitudes de vie, alimentaires et d'exercice physique, reconnues comme étant difficiles à changer (Fournier et *al*., 2009 ; Neyrand, 2004 ; Lutz, 2018) et fondamentalement liées aux inégalités sociales de santé (INSERM, 2014 cité par Fournier, 2015). La question des résultats des accompagnements thérapeutiques proposés sur le territoire du Nord et du Pas-de-Calais va maintenant être approfondie.

8.1.2. Des trajectoires en « *dent de scie* » et des patients « *perdus de vue* »

Si l'on se réfère au traité de médecine de l'obésité, les résultats des prises en charge sont énoncés comme « décevants » (Basdevant & Guy-Grand, 2004, p.308). Récemment, l'expérimentation du projet Obepedia, que nous avons déjà présenté, a d'ailleurs vu le jour sur la base de ce même constat : « il demeure de nombreux obstacles à la prise en charge de l'obésité sévère, en particulier des enfants et des adolescents, le cumul de facteurs économiques, psychosociaux et familiaux favorisant, en effet le plus souvent, un non-recours aux soins ou un abandon assez fréquent de ceux-ci lorsqu'ils sont engagés » (BO Santé — Protection Sociale — Solidarité n°2017/3, p.90).

Le terme de « *médecine de l'échec* » est avancé par un médecin nutritionniste coordinateur d'un programme ETP en centre hospitalier selon qui « *certaines prises en charge d'adultes et d'adolescents sont vraiment mauvaises »* (Entretien, Dr Thiriet, Médecin nutritionniste, Centre hospitalier). Le Dr Thiriet considère que, souvent, les équipes pluridisciplinaires à l'hôpital « *n'arrivent pas à aider les plus précaires* ». Les difficultés de résultats semblent, en effet, encore plus nombreuses pour les adolescents issus de classes populaires, en particulier les plus précaires. Pourtant, sur la scène de l'ETP de nombreux adolescents sont issus de classes populaires voire précaires comme nous le verrons dans la partie suivante (8.1.3).

Les professionnels expriment se retrouver fréquemment face à des patients qui abandonnent l'ETP en cours de programme, qui ne réalisent pas le suivi individuel proposé à plus long terme à l'issue du programme, qui marquent régulièrement des pauses dans leur suivi ou encore qui annulent un rendez-vous en consultation sans ne plus jamais donner de nouvelles par la suite. Ce sont ces éléments qui permettent aux professionnels de considérer l'accompagnement comme difficile voire comme un échec. À ce propos, ils parlent régulièrement de patients « *perdus de vue* », de « *pertes* » dans la prise en charge, d'« *essoufflement* » dans les suivis et de « *parcours en dent de scie* » pour faire référence aux difficultés redondantes dans cette prise en charge.

Même si les structures n'effectuent pas systématiquement de statistiques en ce qui concerne les suivis et que cette donnée est difficilement discutée en entretiens, le constat est le même pour les trois centres spécialisés interrogés dans la région : *« depuis six ans, sur 200 patients, à deux ans on a 30 % de suivis et le reste sont des patients perdus de vu.* » (Entretien, Dr Hochart, Pédiatre, Centre SSR). Après le programme ETP, le suivi censé être mené à long terme, ponctuellement, n'est donc pas toujours « *respecté* » par les patients désignés comme « *perdus de vue* ». Malgré les recommandations, les patients arrêtent de venir en consultations individuelles après un séjour en centre SSR : « *77 % patients reviennent 3 mois après le séjour, 53 % reviennent 6 mois après et seulement 30 % reviennent entre le 12ème et 24ème mois après. »* (Entretien, Dr Hochart, Pédiatre, Centre SSR).

Les trajectoires de maladie de ces jeunes sont souvent dites lourdes par les professionnels comme dans de nombreuses maladies chroniques mais l'obésité semble « *la consultation pour laquelle il y a le plus d'abandons »* (Entretien, Dr Frank, Pédiatre, Centre Hospitalier). Le diabète et l'obésité ont des prises en charge comparables selon plusieurs médecins :

> *Elles sont multidisciplinaires et orientées sur la vie extérieure* [en revanche] *il y a beaucoup moins d'abandons pour un enfant qui a un diabète* […] *le diabète c'est le modèle d'une affection de longue durée, à début assez précoce et qui doit être compatible avec une vie normale, en particulier vie scolaire, activité physique, donc les problèmes de poids peuvent être comparés sauf qu'il y a plus de limitations avec les problèmes d'obésité que de diabète* […] *les familles le renvoient.* (Dr Frank, pédiatre, Centre Hospitalier)

Nous constatons nous-mêmes plusieurs abandons en cours de programme durant les observations, en centre SSR comme en centre hospitalier ou au sein des réseaux de santé. C'est le cas d'Ambre,

une adolescente observée dans le centre spécialisé B lors d'un atelier de cuisine, puis le lendemain lors d'une consultation avec Mme Andreas, l'infirmière référente de la prise en charge à qui elle annonce sa décision de quitter l'hospitalisation. Ambre se confie discrètement à nous durant l'atelier de cuisine en évoquant son hésitation à mettre fin à son séjour car elle est inquiète pour sa mère et ses deux petits frères qui font l'objet d'une mesure d'AEMO (Action Éducative en Milieu Ouvert)[196]. Des extraits de cet atelier cuisine sont analysés par la suite (8.2.2) et une transcription complète est disponible en annexe (Annexe n°15 : « Atelier de cuisine en CSSR avec Ambre, Aline, Evan et Kilian ») et permet de rendre visible la relation de confiance qui s'est jouée avec Ambre. Il n'est également pas rare que certains patients ne viennent pas aux consultations de suivi initialement prévues et auxquelles nous devions assister. À la suite d'un rendez-vous manqué avec un adolescent et sa mère, Mme Andreas, infirmière, nous explique la fréquence de cette situation : « *Il y en a que je perds. Par exemple Maxime que je devais voir cet après-midi avec toi. C'est fréquent. On a beaucoup de pertes. Avec beaucoup d'excuses* » (Entretien, Mme Andreas, Infirmière, Centre SSR). Suite à ces rendez-vous manqués, certains patients ne reviendront jamais, sans explications données aux professionnels ou reviennent des mois ou des années plus tard. Les professionnels parlent de « *prise en charge en dent de scie »* pour désigner « *des situations où des jeunes ont arrêté le séjour en cours et finalement deux ans après reviennent.* » (Entretien, Dr David, Pédopsychiatre, centre SSR). Les professionnels sont en attente d'explications pour donner sens à ces absences nombreuses, ces arrêts fréquents de prise en charge, mais lorsque les parents ou adolescents donnent leurs motifs, les professionnels parlent d'« *excuses* ».

Les difficultés soulignées par les professionnels dans l'accompagnement thérapeutique entraînent un sentiment de démotivation pour certains qui évoquent jusqu'à de la « *déception* » lorsqu'ils ne constatent pas de changements chez leurs patients : « *Parfois c'est décevant, fatiguant, on rentre déçu chez soi le soir parce qu'il n'y a pas eu d'évolution ou que l'on n'a pas ressenti de motivation chez le jeune.* » (Entretien, Dr Thomas, Pédiatre, Centre Hospitalier.) Nous observons que plus la croyance en un *homo medicus* est forte, plus la déception peut-être importante chez le professionnel. La croyance en l'*homo medicus* condamne, en effet, parfois les médecins eux-mêmes au perpétuel désenchantement (Pinell, 1992, p.311 ; Peretti-Wattel, 2013, p.29).

[196] La mesure d'A.E.M.O. s'adresse à des enfants considérés comme étant en danger, mais si l'on se réfère au site de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) la notion de danger recouvre des situations diverses et concerne : la santé physique (absence de soins médicaux…), la santé mentale ou psychologique (carences affectives, troubles du comportement…), la sécurité physique (violences…), la sécurité matérielle (conditions de logement précaires…), la moralité (délinquance…), les carences éducatives (rupture avec la cellule familiale, le retard scolaire…)

Du point de vue des adolescents les parcours sont non seulement longs, mais aussi lourds. Maëlys explique qu'elle a plusieurs fois arrêté volontairement ses prises en charge. Soit pour des motifs de stigmatisation : « *J'ai arrêté avec cette diététicienne parce qu'à chaque fois que je reprenais un petit peu de poids elle me rabaissait, rabaissait, je n'en pouvais plus* » (Entretien, Maëlys, 15 ans, Snd). Soit parce que le cumul des rendez-vous pèse lourd dans la vie de l'adolescente comme le père en témoigne : « *ça a duré longtemps tu en as raz le bol, même au centre on devait avoir rendez-vous en janvier 2018, et elle m'a dit "papa je ne veux plus y aller" j'ai du appeler l'infirmière pour proposer un break, et le mois d'après elle voulait y retourner j'ai donc rappelé* » (Entretien, Père de Maëlys, 15 ans, Snd). Les adolescents donnent différents sens à ces moments d'essoufflement précédemment évoqués par les professionnels. En effet des pauses sont parfois « *nécessaires* » durant leur suivi car ils sont « *fatigués* » de se focaliser sur leur poids quotidiennement et d'organiser leur vie autour de cela. Parfois, ils arrêtent parce qu'ils font l'épreuve de mauvaises expériences sur la scène médicale, qu'ils vivent comme de la stigmatisation et qui fonctionnent alors comme des motifs pour changer de structure ou marquer une pause de plusieurs mois voire plusieurs années. Ils font également souvent face à une reprise de poids après les programmes ETP et vivent cela comme un « *échec* », une « *déception* ». Si les jeunes réussissent généralement à perdre des kilos durant l'ETP ou du moins faire baisser leur IMC, dès la fin du programme, ils connaissent une reprise de poids et parfois même au-delà du poids initial : « *J'avais l'objectif depuis le départ de perdre du poids, j'ai réussi un peu, mais pas énormément, et quand j'ai arrêté le programme j'ai repris du poids, c'est usant.* » (Entretien, Alicia, 14 ans, 4ème). Cette situation correspond à la presque totalité des familles interrogées en entretiens biographiques, à l'exception d'une adolescente, Claire (13 ans, 4ème) qui sera analysée par la suite. Maëlys explique que c'est parce qu'il est difficile de se focaliser tout le temps sur ses comportements une fois de retour au domicile :

> *Tout est difficile à appliquer après à la maison. Il fallait que je sorte pour bouger parce que je sors très peu, donc pendant une période j'ai essayé de faire des efforts, mais après… le principal problème que j'ai ce sont les grignotages, comme je n'ai pas de repas fixes le week-end, et les quantités aussi, je n'arrive pas. Alors qu'au centre je sais que l'assiette c'est comme ça, comme ça et comme ça, ici à la maison c'est plus dur, ça va mieux qu'il y a deux ans, je prends des habitudes, mais ce n'est toujours pas… la preuve, je retourne bientôt en hospitalisation une troisième fois et j'ai repris du poids.* (Entretien, Maëlys, 15 ans, Snd)

Lorsque que nous parlons d'« échec » thérapeutique il ne s'agit ni d'incriminer les professionnels et de remettre en question leurs pratiques, ni d'émettre un jugement dépréciatif sur la trajectoire de maladie de l'adolescent et de sous-estimer son investissement et ses résultats. Nous utilisons le terme d'échec lorsque la famille elle-même considère l'accompagnement thérapeutique ainsi, ou parfois les professionnels. Selon les acteurs, cette représentation en termes d'échec peut alors se définir comme la non-perte de poids (pour les adolescents) voire l'augmentation de l'IMC ou le fait qu'aucun changement significatif dans le comportement ne soit observé à long terme (pour les professionnels), ou encore que le suivi sur la scène médicale spécialisée soit irrégulier (pour les professionnels).

Ces résultats des programmes de prise en charge de l'obésité sont révélateurs des difficultés à modifier les comportements privés sachant que des travaux sur la prise en charge du diabète indiquaient déjà que « la principale difficulté dans le suivi des personnes diabétiques, évoquée par deux médecins généralistes sur trois, reste d'obtenir une adhésion à leurs recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique » (Fournier et *al*., 2009, p.811). En ce sens, la prévention dite la plus difficile à mettre en œuvre est également celle qui implique des changements comportementaux du patient (Neyrand, 2004 cité par Roca et *al*. 2011). Si l'on se réfère également aux travaux de Maurice (2014), qui concernent plus spécifiquement l'âge de l'adolescence, ils soulignent à quel point l'appropriation d'un projet autour de l'alimentation en collège peut être bien différente d'une classe sociale à l'autre chez les adolescents. Ils montrent notamment que certains adolescents prennent leur distance vis-à-vis de ces prescriptions, tandis que d'autres les intègrent à leurs pratiques alimentaires. La complexité de la prise en charge de l'obésité, qui se focalise majoritairement sur une modification des comportements en matière d'alimentation et d'activité physique est fortement visible sur notre terrain d'enquête. Les travaux de recherche de Daubigny (2004) participent à faire une distinction dans la réception des recommandations en termes de classes sociales. Aussi, la sociologue analyse cette efficacité décevante des traitements de l'obésité que les médecins analysent comme des « difficultés de compliance », comme une manière de rendre visible les difficultés de la médecine à résoudre des problèmes « d'ordre social » (*ibid.* p.7). En effet, il faut pourtant avoir conscience que tous les patients ne disposent pas d'une capacité d'action égale pour diriger leur trajectoire ni des mêmes marges de manœuvre pour négocier la relation de soin (Loretti, 2017).

Nous allons maintenant approfondir le sens donné par les professionnels, les parents et les jeunes à ces difficultés de prises en charge. Nous allons voir comment ces thématiques sont négociées sur la scène médicale et les enjeux que cela soulève.

8.1.3. Individualisation et psychologisation des enjeux sociaux

8.1.3.1. Le tabou du milieu social

Les professionnels font référence aux patients en précarité lorsqu'ils sont bénéficiaires de l'aide alimentaire, ou encore qu'ils sont catégorisés « en précarité » par les évaluations de préadmission. La précarité est constatée grâce à des outils d'évaluation. En effet, les réseaux de santé, mais aussi quelques structures en cours de demande de certification ETP, réalisent des évaluations de leurs patients majoritairement à travers le score EPICES. Le score individuel de précarité EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé) modélisé en 1998 a pour ambition d'évaluer la précarité au-delà d'une définition socio-administrative trop restrictive. Il a été créé pour prendre en compte les dimensions matérielles et psychosociales de la précarité. Il regroupe une série de questions posées aux familles. Ce score de précarité est, à titre d'exemple, demandé lors du bilan éducatif effectué par l'équipe pluridisciplinaire. La première question est la suivante : « *Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?* ». On retrouve également la question suivante : « *En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?* » Les structures où l'assistante sociale est intégrée à l'équipe pluridisciplinaire réalisent généralement systématiquement ce type de score. Mme Delhaye, diététicienne, met en avant une certaine « *précarité* » des familles, qu'elle perçoit à travers l'utilisation du score EPICES : « *Cette année on a 14 familles sur 29 qui sont en précarité, dont 8 en grande précarité. Mais sur le dernier groupe que l'on a fait, il y en avait une seule qui n'était pas précaire.* » (Entretien, Mme Delhaye, Diététicienne, Réseau de santé). Selon Mme Willems, infirmière, « *si toutes les catégories sociales sont présentes, il y a une plus grande majorité des familles avec le score de précarité* » (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier). Cette infirmière n'utilise pas le score EPICES mais se base sur l'appartenance ou non des parents à la CMU. À titre d'exemple, « *l'année dernière il y en avait 80 % qui bénéficiaient de la CMU, c'est plus simple de se référer à ça pour évaluer la précarité* ». Ce score EPICES semble

donc participer à l'emploi largement répandu du terme « précarité ». M. Dupont, coordinateur d'un réseau de santé préfère le terme de « *vulnérabilité* » : « *Dans les évaluations, sur l'aspect social on a le score EPICES, c'est la diététicienne qui fait cela lors du bilan éducatif, mais on a effectivement une bonne partie des bénéficiaires qui sont en vulnérabilité sociale* » (Entretien, M. Dupont, Coordinateur, Réseau de santé). Lors des observations de consultations, les professionnels questionnent très peu la situation sociale de la famille. Lorsque les professionnels n'utilisent pas le score EPICES ou autre instrument d'évaluation, le contexte socio-économique des familles se laisse parfois entrevoir lorsque les professionnels posent des questions liées à l'alimentation : la diététicienne Mme Leclercq explique, par exemple, qu'elle ne questionne pas le contexte socio-économique mais finalement qu'il se révèle au cours de l'interaction lorsque la famille rejette ses recommandations en termes d'alimentation :

> *La plupart du temps je ne le connais pas* [le milieu social]*, mais certaines familles le mettent en avant, enfin en parlent assez librement du moins, le fait d'avoir du mal à la fin du mois, les fruits et légumes c'est cher, il ne faut pas leur demander d'acheter des choses qu'ils ne peuvent pas se payer.* (Entretien, Mme Leclercq, Diététicienne, Centre spécialisé)

Des familles évoquent le fait d'avoir des difficultés à boucler les fins de mois et certains professionnels vont jusqu'à utiliser les termes d'« *insécurité alimentaire* »[197] pour désigner la situation de quelques patients. Souvent ce sont les questions d'accessibilité à l'alimentation qui sont citées et en particulier la capacité financière des ménages à acquérir ces denrées alimentaires. Cette gestion des achats alimentaires qui est pourtant un élément important par la suite dans l'ETP, est d'autant plus difficile à modifier quand les familles bénéficient de l'aide alimentaire, car elles n'ont pas le choix des denrées : « *ils disent que les légumes sont chers, puis ils ne choisissent pas leurs produits parce qu'ils vont aux Rest'o du cœur de toute façon* » (Entretien, Mme Willems, Infirmière, Centre hospitalier).

Les professionnels de santé utilisent le terme de précarité, de vulnérabilité en s'appuyant sur des éléments techniques recueillis pour répondre à une évaluation, comme le score EPICES. Ils s'appuient également sur le fait que certaines familles bénéficient de la CMU, ou bien de l'aide

[197] L'insécurité financière est un indicateur subjectif qui correspond à une situation dans laquelle des personnes n'ont pas accès à une alimentation sûre et nutritive en quantité suffisante, qui satisfasse leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine (Conseil national de l'alimentation ; avis n°72, en date du 22 mars 2012 cité par Badia et *al*., 2014, p.21). Il convient de souligner le caractère multidimensionnel à l'insécurité alimentaire qui renvoie à : « la disponibilité des denrées, à leur accessibilité, à la régularité de cet accès aux aliments, à leur qualité, à leur utilisation et à la question de préférences alimentaires » (Badia et *al*. p.21).

alimentaire, pour les considérer comme en précarité. La notion de classe sociale est cependant globalement un impensé et parfois même un tabou comme le cas de Mme Brugman, assistante sociale. Lorsque nous l'interrogeons sur le « *milieu social* » des familles, elle répond sur la défensive : « *Il y a une bonne mixité. Après je me refuse de catégoriser les gens parce que c'est du jugement de valeur.* […] *On ne les choisit pas, on est là pour tous les aider.* » Elle esquive donc notre question sous prétexte de ne pas vouloir porter de jugement de valeur alors qu'elle a précédemment évoqué le fait que dans la prise en charge il y avait « *pas mal de jeunes qui ont des situations sociales précaires, avec des difficultés, des suivis judiciaires par rapport à l'éducatif, des parents carencés* ».

Quelques professionnels énoncent la prépondérance des patients issus de classes sociales défavorisées mais tempèrent aussitôt à l'image du discours de Mme Meyer, diététicienne : « *on a de tout comme milieux, mais on sait que l'obésité touche les milieux plutôt défavorisés, on a quand même une grande partie précarité, mais on peut avoir toutes les catégories socioprofessionnelles* » (Entretien, Mme Meyer, Diététicienne, Centre SSR). Il existe presque un certain tabou à évoquer la situation sociale du patient avec comme justification le souhait de ne pas stigmatiser. La question de « classe sociale » ou ce que les professionnels nomment parfois « *catégorie sociale* » ou « *milieu social* » semble un tabou sur la scène de l'ETP. Plusieurs médecins se braquent lorsque nous questionnons la répartition en termes de classe sociale de leurs patients en fin d'entretien. Leur première réponse est toujours : « *À l'hôpital on a de toutes les classes sociales* » ; « *on voit tous types de familles* » ; « *on a de tout* » ; « *on peut avoir toutes les catégories socioprofessionnelles* » ; « *bon on est plus sur des CSP moins on est d'accord, mais on n'est pas dans la discrimination nous* » ; « *toutes les catégories sont reçues* »[198]. Cette succession d'énumération reprise des entretiens semi-directifs avec les professionnels de santé, représente généralement la première partie de leur réponse. La suite de leur réponse, en revanche, vient toujours souligner la prédominance des classes sociales dites populaires et modestes : « *mais il y a une grande majorité de catégories sociales en difficultés quand même* » ; « *mais on sait que l'obésité touche les milieux plutôt défavorisés, on a quand même une grande partie précarité* » ; « *mais en plus grande majorité on a des familles avec le score de précarité* ».

[198] Cette énumération de citations provient de différents entretiens semi-directifs réalisés auprès des professionnels sur la scène de l'ETP.

À moins que la famille soit jugée en grande précarité, en grande vulnérabilité, le milieu social semble être un impensé. En général, les médecins nous renvoient la question comme le Dr Leroux par exemple nous répond :

> *Il y a souvent des catégories défavorisées, on retrouve les proportions des statistiques en général, mais là vous devez en savoir plus que moi, on a des familles très défavorisées et c'est parfois compliqué d'aller faire les courses.* (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR)

Le pédopsychiatre établit un lien entre alimentation, obésité et sociologie mais ne s'étend pas sur la question et me demande même plus tard dans l'entretien de l'éclairer à ce sujet : « *les habitudes de vie, l'hygiène de vie, donc la diététique et le sport, même si tout cela, ça s'apprend, vous allez y retrouver des choses en sociologie ?* ». Lors de la fin de notre entretien, il s'interroge sur la cause sociale :

> *Moi je travaille le côté psychologique, causes et conséquences, après mon modèle est en arrière plan dans ma tête, quand vous m'interrogez sur le côté métier, caractère social, ça me fait réfléchir, c'est quand même très net, il y a quand même une certaine pauvreté, même sur les dimensions culturelles, qui est très nette. Mon intention n'est pas de psychologiser plus que nécessaire, si on est dans une approche plus populationnelle, je n'ai pas envie d'aller leur coller des étiquettes par des critères psychologiques, pour aller expliquer quelque chose qui me semble avoir d'autres déterminants. Nous on travaille les déterminants individuels ou familiaux, au sens des interactions, mais il y a quand même franchement d'autres déterminants, ce n'est pas possible autrement. D'où le fait que je sois intéressé par le fait que vous veniez échanger avec moi.* (Entretien, Dr David, Pédopsychiatre, Centre SSR et EPSM)

Aussi, lors de notre enquête, après avoir réalisé des entretiens auprès des professionnels, certains d'entre eux se mettent à modifier leurs pratiques et à questionner la profession des parents durant leurs consultations, alors qu'ils ne le faisaient pas auparavant, en soulignant le fait que cette information sera utile pour étayer notre recherche sociologique. C'est le cas du Dr Thomas, pédiatre à l'hôpital C, dont un extrait d'observation a été énoncé en annexe (Annexe n°6 : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au sujet d'Inès). Ce pédiatre ne conçoit pas l'intérêt de prendre en compte le milieu social de l'adolescente pour établir son diagnostic.

Il existe sur notre terrain d'enquête quelques exceptions comme le Dr David qui s'interroge sur le caractère social. D'autres professionnels, qui se placent dans la mouvance du GROS, évoquent les causes sociales de l'obésité sans que nous les questionnions à ce sujet comme le Dr Maes et le Dr

Thiriet, alors que le GROS s'est construit historiquement sur une approche « bio-psycho-sensorielle » et peu de place est faite pour le social lors des discours publics auxquels nous avons assisté. On peut citer le Dr Maes, pédiatre :

> *Il y a un lien direct entre obésité et milieu social défavorisé donc c'est normal qu'on en voit plus. Je l'observe clairement. On a même des familles où l'on a l'impression d'être dans une misère sociale absolue, mais c'est le biais de cette pathologie, c'est tout.* (Entretien, Dr Maes, Pédiatre, Centre hospitalier)

Le Dr Thiriet, comme nous l'avons évoqué lors du Chapitre 4, accorde une place prépondérante aux causes sociales, au point d'envisager la « *démédicalisation* » de la prise en charge comme une solution à la déstigmatisation de l'obésité. Selon lui, la question de la perte de poids, des comportements alimentaires et d'exercices physiques, mais aussi le côté psychologique, devraient être annexes dans la prise en charge sous peine d'aggraver la situation non seulement du poids, mais aussi du sentiment de stigmatisation :

> *Les équipes sont à côté de la plaque. Il y a plein de gens de bonne volonté. Sauf que leur fonction, leur rôle c'est le poids, donc c'est l'alimentation, c'est l'activité physique. C'est la psychologie, mais c'est "pourquoi tu manges ? ». Alors que c'est un sujet annexe. À quel moment on regarde l'ensemble, l'aspect social et on place la question du poids dans cet ensemble ? L'ensemble est mis en annexe et le poids est mis au centre et on dit à l'adolescent : "c'est ça qui est important".* […] *On mobilise de l'énergie pour les gamins, on mobilise des ressources médicales sur le poids, comme si c'était ça le plus important. Le corps médical amène les gens dans cette direction et tout le reste est mis au second plan, alors que le reste c'est la vie. Pour les gamins déscolarisés ce qui doit changer c'est le poids et éventuellement aller à l'école pour perdre du poids ? On en vient à avoir ces raisonnements. On en vient à se dire que perdre du poids est la fin en soi et que tout le reste, comme rencontrer des gens, aller à l'école, sortir… ce sont des moyens pour perdre du poids. On ne va pas se promener le week-end pour se faire plaisir, on sort pour perdre du poids et dépenser de l'énergie. C'est un écueil considérable de la prise en charge du poids chez les jeunes gens et qui prend un tour caricatural lorsque des horreurs se sont produites, ne sont pas vues, pas reconnues, sont minimisées, ou cachées. Je parle de violence sexuelle, physique, sociale et c'est ensuite la prise de poids qui découle qui est montrée du doigt.* (Entretien, Dr Thiriet, Médecin nutritionniste, Centre hospitalier)

Nous allons voir maintenant que cet impensé de l'environnement social participe à ce que les professionnels psychologisent les enjeux sociaux.

8.1.3.2. L'injonction à l'autonomie négociée

Les professionnels développent un discours autour de l'autonomie sur la scène de l'ETP lors de nos observations et entretiens. Les ateliers organisés par la diététicienne pour les adolescents sont créés pour *« qu'ils puissent s'autonomiser sur leurs choix, quantité et façon de manger »* (Entretien, Mme Meyer, Diététicienne, Centre SSR). Ce discours entraîne cependant les professionnels à justifier l'échec de certains accompagnements thérapeutiques comme un manque d'autonomie de la part de l'adolescent.

Nous avions évoqué dans la Partie 2 le désir de rendre le patient autonome cité à maintes reprises dans les recommandations liées à la prise en charge de l'obésité, et plus généralement dans les recommandations à l'égard de la mise en œuvre des programmes l'ETP[199] : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (article L. 1161-1 du Code de la santé publique). L'ETP vise en effet « à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement » (Tourette-Turgis, 2014, p.13). Cela pourrait être rapproché, dans un premier temps, à l'analyse de Tourette-Turgis et Thievenaz (2014) qui proposent de concevoir cette demande croissante d'autonomiser le patient comme un élément révélateur de la nouvelle gestion du système de santé :

> L'éducation thérapeutique s'inscrit dans un contexte particulier de l'évolution du système de l'organisation des soins en termes d'attendus du côté des malades qui sont invités à s'autonomiser et conduire un ensemble d'activités d'autosurveillance et de soins en dehors de l'hôpital de manière à faire baisser les coûts de santé. (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2014, p.13)

Les notions prépondérantes dans ces nouveaux modes de prise en charge comme la participation du patient, son autonomisation, et l'*empowerment,* sont finalement utilisées « pour pousser les malades à répondre aux besoins, à des attentes économiques et politiques et à des exigences des systèmes de santé » (*ibid.* p.16). Ces nouvelles exigences de prise en charge sont certes révélatrices de la

[199] La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) précise le cadre réglementaire pour le développement et la mise en oeuvre des programmes d'ETP

nouvelle gestion du système de santé, d'une logique de rentabilité imposée à l'hôpital[200], mais peuvent aussi être révélatrices, dans un second temps, d'une logique d'individualisation de la prise en charge et de responsabilisation croissante comme nous allons le voir.

Lorsque le professionnel conseille à l'adolescent en obésité d'être autonome dans la gestion de son alimentation, de ses loisirs, et de ses activités physiques, il est toujours dans une position de sachant de dominant, il dicte le processus que le patient doit suivre non pas pour « *guérir* », mais pour « *gérer* » lui-même sa propre maladie en devenant autonome. Le jeune est formé à être expert de sa maladie et dans le cas de l'obésité, être expert signifie contrôler son alimentation et son activité physique principalement. Plutôt que de prescrire un médicament ou une opération, le médecin prescrit l'autonomie et les bonnes habitudes de vie. Les récents travaux de Fauquette (2019) autour de l'ETP montrent que malgré l'évolution de la relation entre professionnels de soin et patients, il existe toujours un certain déséquilibre entre les deux. En demandant au patient d'être autonome et responsable dans la prise en charge de sa maladie chronique, le patient est perçu comme le seul responsable voire le seul coupable de son poids. Cette injonction est, en effet, contradictoire. L'idée dominante serait que l'individu ne devient autonome qu'en s'appropriant des normes et des règles bien identifiées par le professionnel qui lui-même trouve ces dernières comme étant légitimes. Comme le suggère Fournier (2015, p.117-118), une approche qui repose sur la construction collective de savoirs profanes et qui se revendique comme voulant offrir une certaine autonomie aux patients, un pouvoir de décision, peut également être envisagée comme une forme de médicalisation souhaitée encore plus « achevée » et « incorporée » au sens de Fassin (1998). Ainsi, « la constitution d'un patient comme sujet de droit et comme individu autonome ne suffit pas à masquer l'asymétrie constitutive de la relation de soin » (Membrado, 2014, p.64). À ce sujet, Keppens décide dans ses travaux sur la prise en charge de l'obésité et du diabète des enfants, de parler d'« autonomie contrôlée ». Selon la sociologue, l'attente médicale est à la fois que le patient soit autonome dans sa prise en charge à son domicile et qu'il soit évalué par rapport à son observance du traitement médical (2010, p.45). Le professionnel de soin de l'ETP est alors pris entre ces deux injonctions : celle de contrôler la santé de son patient et en même temps celle de rendre son patient autonome.

---

[200] Sur les questions de rentabilité et d'hôpital, se référer notamment aux travaux du Pr André Grimaldi. Pour n'en citer que quelques uns ;
Grimaldi, A. (2013). Les hôpitaux en quête de rentabilité : à quel prix ?. *Revue du MAUSS*, 41(1), 25-33.
Grimaldi, A. (2009). *L'hôpital malade de la rentabilité.* Fayard.
Grimaldi, A. et Pierru, F. (2020). *Santé : urgence.* Odile Jacob.

La volonté de rendre le patient autonome ne semble pas réceptionnée de la même manière chez toutes les familles. Cette injonction à l'autonomie semble parfois se heurter à des comportements privés. Schématiquement, il y a d'un côté les parents qui sont disposés à attendre ce discours, plutôt de classes moyennes, et de l'autre côté les patients qui résistent davantage à ce discours qui sont surreprésentés dans notre enquête par les classes populaires. « La prise en charge des patients se fait de manière optimale avec ceux qui "pigent vite", qui aiment bien avoir compris, qui posent suffisamment de questions pour ce faire, mais qui ne contestent pas l'autorité médicale » (Gelly & Pitti, 2016, p.13). Lors des entretiens biographiques, les mères issues de classes moyennes évoquent souvent le fait d'être, elles aussi, en attente de cette « autonomie » de la part de leurs adolescents comme la mère d'Enzo (14 ans, 4ème) et Mathis (17 ans, 1ère) qui souhaite que ses fils entrent dans le centre spécialisé B afin de « *gagner en autonomie et d'apprendre à se débrouiller sans maman* » (Entretien, Mère d'Enzo et Mathis, classe moyenne). La mère de Nathan (13 ans, 5ème), également de classe moyenne, est également pressée que son fils aille en pension puis intègre en parallèle le centre spécialisé B afin qu'il gagne en autonomie d'un côté pour faire ses devoirs et de l'autre pour qu'il se responsabilise face à ses choix alimentaires. *A contrario*, les mères et adolescents de classes populaires énoncent davantage le désir d'un « *coaching* », pour reprendre leurs propos. Des adolescents et leurs mères n'hésitent pas à nous demander sur le ton de l'humour de devenir leur « *coach* ». Ils mettent en avant l'envie d'être accompagnés au plus près, à leur domicile pour confectionner des recettes, à la salle de sport pour être encouragé, avec quelqu'un qui les motive, mais surtout qui les comprenne et ne les juge pas. Le lien de confiance et l'empathie sont les piliers selon ces jeunes et ces mères de classes populaires. Cette injonction à l'autonomie inscrite dans l'ETP est parfois vécue par les parents et adolescents de classes populaires comme un manque d'implication de la part des professionnels. Les différentes manières de concevoir la notion d'autonomie symbolisent les différentes manières de concevoir l'adolescence chez ces familles et peut être rapproché des travaux de Gojard (2012) ou encore Tillard (2014) qui mettent en avant différents modèles d'enfance en France selon les classes sociales. À travers une analyse de la diversification alimentaire pendant l'enfance, Gojard (2012) relève diverses conceptions de l'enfance, différentes selon l'appartenance sociale. Les pratiques éducatives sont révélatrices d'une relation plus ou moins docile vis-à-vis des institutions d'encadrement de la petite enfance (par exemple, les institutions médicales et paramédicales), les mères de classes populaires étant plus distantes des instances de diffusion des normes de puériculture. Tillard (2014), quant à elle, oppose deux modèles de l'enfant selon les classes sociales : l'éducation reçue par les enfants de classes populaires serait plutôt conforme à un modèle d'enfance où l'enfant appartient à un groupe, le

groupe familial, plutôt qu'à un modèle cultivant la singularité de l'enfant, comme cela est davantage le cas chez les familles plus aisées.

Quelques travaux sociologiques mettent en avant le fait que les patients issus de classes sociales modestes disposent d'une moins grande « capacité d'action » sur leurs trajectoires et répondent moins facilement aux normes des professionnels de santé, par exemple à cette demande d'autonomie (Bureau & Hermann-Mesen, 2014 ; Godfroid, 2016). Fauquette (2017) fait le même constat lors de ses observations sur la scène médicale de l'ETP[201] :

> On voit en effet se dessiner très nettement une division sociale entre le public des "sans", qui est celui qui résiste le plus souvent au discours émancipateur de l'équipe médicale et se complaît dans une forme de servitude volontaire, et le public des patients "dominants", qui est un public particulièrement disposé à entendre le discours émancipateur et à le cultiver. (Fauquette, 2017, p.20)

Cette intention de rendre le jeune autonome est finalement à rapprocher de cette volonté d'en faire un parfait *homo medicus*. L'*homo medicus* trouve de plus en plus de terrains d'applications à mesure que les enjeux médico-scientifiques se déplacent du traitement des maladies aiguës vers celui des maladies chroniques et serait ainsi aujourd'hui devenu plus que jamais le collaborateur indispensable en ETP et d'autant plus dans le cas de l'obésité puisqu'il est demandé une modification importante des comportements qui englobent toutes les habitudes de vie et un engagement à long terme. Il ne faut cependant pas négliger le fait que la perception du risque et le rapport à la santé sont socialement distribués et qu'ainsi l'idéal de l'*homo medicus* s'éloigne des personnes les plus défavorisées. En effet « la distance à cet idéal croît lorsque l'on descend dans l'échelle sociale » (Peretti-Watel, 2013, p.31) Nous pouvons voir que cet idéal est encore fortement ancré et même si dans leurs discours les professionnels essayent de s'en détacher, il y a toujours l'idée au sein de leurs pratiques de faire tendre l'individu vers une certaine norme, qui le délivrerait de sa maladie, pourrait du moins l'atténuer en modifiant ses comportements et habitudes de vie.

Comme la Partie 2 de la thèse s'est attachée à le montrer, la rhétorique de l'individualisation des problèmes collectifs de la part des politiques publiques a été repérée par de nombreux chercheurs comme Foucault qui montre que la gouvernementalité aurait comme spécificité de s'appuyer sur une individualisation de la politique sociale (1978-1979, 2004, p.149). Cette idée renvoie également

[201] Ces travaux sont d'autant plus intéressants à souligner qu'ils ont lieu également dans le Nord-Pas-de-Calais et parfois dans des structures que nous avons nous-même observées.

aux travaux de Beck, sociologue du risque, selon qui l'individualisation est un phénomène de la société contemporaine qui transforme « le destin collectif […] en destin personnel » (1986, p. 194-195). Des travaux plus récents ont également relevé les stratégies rhétoriques construisant un individu isolé de ces déterminants sociaux et économiques (Fassin, 2000). Ce que cette Partie 4 met en avant, c'est la manière dont les professionnels de santé, eux aussi, au sein de leurs pratiques peuvent tendre vers une individualisation des déterminants sociaux, économiques et culturels. Le terme d'autonomie représente pour les professionnels de santé une manière de psychologiser la prise en charge de l'obésité, qui conduit, selon nous, à individualiser des problématiques qui peuvent en partie être sociales, et à responsabiliser voire culpabiliser à nouveau le jeune en obésité. L'ouvrage de Mougel (2009), qui décrit les modalités et enjeux de la rencontre entre parents et soignants au chevet de l'enfant malade à l'hôpital, témoigne de cette psychologisation de la part des soignants notamment à travers cette notion d'autonomie. Selon la sociologue, les soignants procèdent à une identification sociale des malades et de leur entourage familial afin de déterminer ceux qui ont besoin d'apprendre leur rôle de parents, c'est-à-dire d'intégrer les normes d'éducation et de puériculture actuellement valorisées, qui renvoient pour la plupart à la norme autonomiste. Cette identification, bien qu'elle repose souvent sur des critères sociaux (soupçons plus marqués envers les familles populaires), voire raciaux (soupçons envers les familles étrangères, en particulier si elles sont vues comme culturellement éloignées), s'exprime dans les réunions d'équipe et les discussions informelles presque entièrement sous une forme psychologisée et vise essentiellement les mères.

Les notions de patient « acteur », « autonome », et de « soins négociés » suggèrent une démocratisation des relations de soins. Or, la capacité à agir, à négocier reste soumise aux rapports sociaux et aux inégalités de ressources contingentes.

> D'une façon générale, la volonté d'un patient d'entrer dans une relation paternaliste ou au contraire d'implication dépend de dispositions à se montrer, respectivement, obéissant ou résistant face à l'institution médicale, lesquelles dispositions ne sont pas également transmises dans les milieux sociaux ou culturels. (Bergeron & Castel, 2014, p.230)

Pour rendre compte des capacités d'action et des marges de négociation, il convient de tenir compte des « inégalités sociales et des hiérarchies sociales dans lesquelles les interactions se déroulent » (Membrado, 2014, p.52 cité par Loretti, 2017, p.199), ce que notre étude approfondit.

8.1.3.3. Le « *déclic* » et la « *motivation* » : révélateurs d'une psychologisation des rapports sociaux

Sur la scène médicale lors des consultations de suivi, ou des ateliers entre parents, les professionnels font souvent état d'un certain « *déclic* » nécessaire à la réussite de l'accompagnement thérapeutique. Lorsque le jeune n'a pas perdu de poids, n'a pas mis en place de changements, le professionnel en vient souvent à dire que tant qu'il n'aura pas le déclic, qu'il ne sera pas assez motivé ou ne montrera pas toute sa volonté, la prise en charge sera difficile. Le déclic est considéré comme le fait de prendre conscience de quelque chose d'important, et en conséquence d'affirmer sa volonté de changer quelque chose dans sa vie. Le « déclic » du jeune est lié à une connotation psychologique selon les représentations des professionnels et entraîne selon nous, à nouveau, un risque de donner un sens uniquement psychologique à des enjeux sociaux et de responsabiliser à outrance l'adolescent et ainsi le culpabiliser. L'article de Castel et *al.* (2008) éclaire cette psychologisation des rapports sociaux c'est-à-dire le social qui est réinterprété en termes relationnel et psychologique et qui tend selon eux à responsabiliser toujours davantage l'individu (*ibid.* p.17). Dans le monde professionnel par exemple, en privilégiant l'individu au collectif, cela amène à penser que si une personne effectue une erreur c'est qu'elle est incompétente (*ibid.* p.23) ce qui accentue la pression sur l'individu en permanence et empêche de remettre en question l'organisation du travail, les conditions de travail, etc.

La « *motivation* » de l'adolescent est évoquée presque systématiquement par les professionnels comme une condition à entrer dans un processus de prise en charge. Ce terme est fortement présent également dans les recommandations de la HAS. Si l'adolescent ne montre pas assez sa motivation, il sera refusé par l'équipe de professionnels : « *Avec la journée de bilan, on essaye de garder ceux qui sont motivés* » (Entretien, Dr Le Roux, Pédiatre, Centre SSR). Les professionnels se permettent de poser plusieurs questions au jeune durant les journées de bilan ou les premières consultations, pour évaluer cette « *volonté* », cette « *motivation* ». Selon Mme Joly, psychologue, la « *belle motivation* » du jeune comme des parents est parfois le motif à la réussite de la prise en charge au sein des familles où il y a pourtant plusieurs fragilités :

> *c'est arrivé sur un jeune, parce que le jeune avait un traitement psychiatrique, on faisait un point semaine par semaine avec la maman et ça a été, il avait un traitement neuroleptique, puis ça s'est très bien passé, avec un beau soutien familial, et une belle motivation. Donc même si il y a beaucoup de fragilités*

> *notamment sociales dans cette famille, la motivation a fait que…* (Entretien, Mme Joly, Psychologue, Centre SSR).

À contre-courant de la grande majorité des professionnels, le Dr Thiriet remet en question ce fameux déclic qui selon lui participe à culpabiliser davantage les familles :

> [les professionnels] *devraient apprendre à s'abstenir plutôt que de chercher à provoquer je ne sais quel déclic chez le jeune. C'est une connerie ce déclic. Ça ne veut rien dire. Ou alors le déclic c'est la culpabilité. La culpabilisation par rapport au comportement alimentaire. Culpabilisation par rapport au corps. Il n'est pas comme il devrait être.* (Entretien, Dr Thiriet, Médecin nutritionniste, Centre hospitalier)

Selon ce médecin, les termes de « *volonté* » ou « *motivation* » utilisés ponctuellement par ses collègues sont à remettre en question :

> *Moi je ne crois pas au discours : "vous n'avez pas assez de volonté" c'est une impasse, une fois que l'on a dit ça on fait quoi ? Faut attendre le déclic de la volonté ? Les professionnels qui disent ça n'ont rien compris ! Bossez enfin ! Ce sont quoi les parcours ? Ce sont quoi les histoires de vie ? À quelle vie le patient aspire ?* (Entretien, Dr Thiriet, Médecin nutritionniste, Centre hospitalier)

Les parents appartenant à la classe moyenne utilisent fréquemment ces termes lors des entretiens biographiques à domicile. Ils semblent avoir incorporé l'idée que sans l'apparition de ce déclic, il serait impossible de réussir la prise en charge. La mère de Léna (14 ans, 4ème) issue de classe moyenne, a demandé à son médecin traitant de provoquer un déclic chez sa fille, afin qu'elle prenne conscience de l'importance de la situation :

> [le médecin de famille] *nous a montré la courbe du poids, il a dit qu'elle pourrait avoir des problèmes au niveau articulation si elle continuait à grossir comme ça et qu'à 15 ans elle ferait 100 kilos donc qu'il fallait arrêter maintenant* […] *donc il a essayé de lui faire un électrochoc, en essayant d'être dur avec elle* (Entretien, Mère de Léna, 14 ans, 4ème, classe moyenne).

De plus, en dehors de l'hospitalisation de plusieurs semaines, les consultations de suivi régulières auprès des professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité sont, selon elle, nécessaires pour provoquer « *le petit déclic à chaque fois tout en discutant calmement* » avec l'infirmière, Mme Andreas. La mère associe ce déclic comme « *une petite remise à l'ordre* » régulière dont sa fille a besoin pour « *se reprendre en main de temps en temps* ». La mère d'Océane (13 ans, 5ème), également de classe moyenne, compare ses deux filles qui ont toutes les deux connu

la même prise en charge avec quelques années d'intervalle. La grande sœur d'Océane a, selon la mère, perdu plus vite son excès de poids parce qu'elle a eu ce fameux déclic. L'incorporation de ce discours provient de la psychologue rencontrée au sein du réseau de santé F qui emploie auprès de nous les mêmes termes. C'est sur cet argument de « *provoquer un déclic* » que l'équipe a proposé à la mère d'inscrire Océane à la prise en charge. La mère de Baptiste (13 ans, 5ème), de classe moyenne, associe ce déclic à la volonté. Si son fils s'est enfin mis à perdre du poids, c'est potentiellement parce qu'il a eu ce déclic, cette volonté, après s'être pesé : « *En ce moment, il fait plus attention. Alors peut-être qu'il a eu ce déclic ? Parce que tout le monde me dit que tant que lui ne ressent pas le besoin, ou n'a pas la volonté de le faire…* » (Entretien, Mère de Baptiste, 13 ans, 5ème, classe moyenne).

Parfois, il arrive que ce soit les adolescentes[202] elles-mêmes qui aient incorporé ce discours, qu'elles soient de classe moyenne ou non. C'est le cas de Maëlys (15 ans, Snd, classe moyenne) et Madleen (15 ans, Snd, classes populaires). Les deux jeunes connaissent un lourd parcours de prise en charge. Dernièrement, elles sont suivies au sein du Centre SSR B, où elles ont réalisé plusieurs séjours d'hospitalisation, dont un en commun. Derrière ce déclic, se cache cependant chez les filles un fort sentiment de responsabilité, proche de la culpabilité, qui ne fait qu'accentuer ce sentiment d'être une personne « sans volonté », comme les discours grossophobes peuvent déjà le véhiculer. Madleen, issue de classes populaires semble d'autant plus impactée dans sa trajectoire que Maëlys issue de classe moyenne. Maëlys explique qu'elle a eu un « *premier déclic* » grâce au centre spécialisé B. Puis récemment, elle a eu un « *second déclic* » en se pesant. La prise de poids indiquée par la balance déclenche ce déclic chez plusieurs autres jeunes comme Madleen :

> *Ce qui m'a choqué et m'a encouragé pour le 2ème séjour, c'est qu'en allant chez ma pédiatre, elle m'a pesé, et d'un coup j'ai vu qu'il y avait 3 chiffres et non plus 2, pour la première fois, je me suis dit qu'il fallait vraiment y aller, mais une semaine plus tard en voyant l'infirmière en centre SSR j'ai vu que c'était 98 kilos et non pas 100 kilos. Mais ça m'a fait un déclic, si un jour je dépasse les 100 kilos ça va me choquer. J'ai eu un plus gros déclic, un vrai déclic, qu'en entrant au 1er module où je faisais 93 kilos.* (Entretien, Madleen, 15 ans, Snd, classes populaires)

L'absence de déclic et le manque de motivation, fonctionnement comme des arguments à l'échec thérapeutique selon les professionnels et, sont une manière de psychologiser un phénomène pouvant

[202] Nous constatons l'incorporation du discours auprès des jeunes filles mais nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer en ce qui concerne les garçons qui ont moins pris la parole lors des entretiens biographiques et des observations.

être perçu sociologiquement comme un révélateur de dispositions au sens de Bourdieu. Cette conception du déclic liée à des représentations psychologiques parfois floues et obscures pour les parents et adolescents pourrait être rapprochée en sociologie de ce que l'on nomme des bifurcations biographiques (Bidart, 2006). Il s'agit de moments où ce qui arrive n'est pas ce qui était attendu, prévisible, dans la trajectoire de la personne. En souhaitant le déclic du jeune, les professionnels souhaitent cette bifurcation biographique, ils attendent la modification des styles de vie des adolescents. À ce sujet, Bury (1982) 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 ressources cognitives et matérielles pour faire face à leurs souffrances. Cette entrée par la trajectoire sociale des patients est reprise plus récemment par Jacolin (2012) qui étudie les conditions sociales d'une sortie de « carrière d'obèse » par l'intermédiaire de divers dispositifs de prise en charge médicalisés ou non. Elle montre notamment 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.

Nous faisons l'hypothèse qu'à force de donner une explication individualisante, psychologisante et responsabilisante à l'échec de la modification des comportements, les professionnels prennent le risque de voir le processus de stigmatisation s'accentuer dans la trajectoire des adolescents et font peser une certaine violence symbolique sur les classes populaires en particulier.

Comme le Chapitre 7 l'a montré, la stigmatisation de l'obésité est un processus qui se négocie continuellement au sein des trajectoires des adolescents. Même si l'intention du professionnel n'est pas de stigmatiser l'adolescent ou ses parents, au fil des interactions, à force de placer la modification des comportements au centre de l'ETP, en cas d'échec ou de difficulté, cela peut renforcer le sentiment de l'adolescent de se sentir en dehors de la norme (dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique) et donc renforcer le processus de stigmatisation dans sa trajectoire. Après avoir énoncé les points communs aux accompagnements observés, ce sont les professionnels qui mettent en place des programmes de type ETP « classique » qui vont être analysés afin de poursuivre cette réflexion.

8.2. L'éducation thérapeutique au nom de la santé ? Des normes en concurrence

Il s'agit de montrer comment, à travers les discours et les pratiques, les professionnels font de la santé physique la principale justification à cet objectif de modifier les comportements individuels des jeunes et ce que cela soulève comme enjeux.

8.2.1. Le culte de la santé et la culture du risque

8.2.1.1. « Manger mieux » et « bouger plus » au nom de la santé

Le programme mis en place par le réseau de santé D propose plusieurs ateliers, auxquels nous avons participé, autour de la thématique de l'alimentation visant à « *informer* » les jeunes, pour reprendre les termes de la diététicienne, Mme Delhaye. Les jeunes sont par groupe de six à huit[203] et sont âgés principalement de 12 à 14 ans. La liste des thématiques abordées lors des dix ateliers constituant la prise en charge pour les jeunes est exposée dans l'encadré ci-dessous.

Réseau de santé D - Programme de prise en charge des adolescents en obésité

- **Atelier 1** : Présentation de tout le monde et des objectifs du programme - Comment le poids varie ? Comprendre la balance énergétique + Cours d'activité physique ludique
- **Atelier 2** : Connaître les différentes familles d'aliments + Cours d'activité physique ludique
- **Atelier 3** : Reconnaître la faim, la satiété et gérer les tentations + Cours d'activité physique ludique
- **Atelier 4** : Connaître les fruits et légumes, atelier dégustation + Cours d'activité physique ludique
- **Atelier 5** : Discussion entre parents, atelier cuisine pour les adolescents et goûté tous ensemble
- **Atelier 6** : Apprendre tout sur les laitages + Cours d'activité physique ludique
- **Atelier 7** : Que penser des publicités et des marques ? + Cours d'activité physique ludique
- **Atelier 8** : Apprendre à mieux gérer ses émotions + Cours d'activité physique ludique
- **Atelier 9** : Apprendre tout sur les féculents + Cours d'activité physique ludique
- **Atelier 10** : Jeux ludique en plein air tous ensemble : bilan des connaissances, parents et enfants.

Huit ateliers sur dix sont à destination des jeunes et deux ateliers impliquent les parents. Lors de l'atelier n°8, les jeunes apprennent à reconnaître leurs sensations de faim et satiété ainsi qu'à faire le lien entre l'envie de manger et leurs émotions. Le travail réalisé sur la thématique des sensations alimentaires et des émotions est davantage travaillé chez les professionnels qui se revendiquent appartenir au GROS mais il est également abordé chez les professionnels observés dans les ETP

[203] Le nombre varie selon les absents. Le groupe est difficilement au complet chaque mercredi.

plus « classiques ». Les professionnels qui mettent en place une ETP « classique » ne se revendiquent pas comme appartenir au GROS ni même s'en inspirer. Nous faisons alors l'hypothèse que les professionnels ont été sensibilisés à ces thématiques lors de formations, conférences et autres événements régionaux où les professionnels du GROS investissent le temps de parole ou interagissent avec les autres de manière informelle. Ce nouveau discours professionnel autour de l'importance de prendre en compte la thématique des émotions et des sensations, pénètre progressivement les pratiques des professionnels à travers des échanges entre groupes de professionnels d'une même région, aux représentations, croyances et pratiques pourtant diverses. Lors de l'atelier n°7, les enfants sont informés du « *risque* » encouru à se fier uniquement aux marques alimentaires et aux publicités plutôt qu'à leurs préférences en termes de goût et à l'aspect santé. Cet atelier sera analysé par la suite.

Ce qui prédomine au sein de ce programme, ce sont les ateliers centrés sur les connaissances liées à l'alimentation : la balance énergétique, les familles d'aliments, la pyramide alimentaire, les messages du PNNS, les fruits et les légumes, les laitages, les féculents, etc. Si l'on compare ce programme avec celui réalisé au sein du centre SSR B, nous pouvons noter une certaine similarité dans les thématiques abordées[204]. Nous ne pouvons pas dire que les pratiques des professionnels appliquant une ETP « classique » reposent uniquement sur un discours informatif et vertical autour de la nutrition mais dans les cas présentés, même si les professionnels abordent la question des émotions, des sensations alimentaires, de la stigmatisation, leurs pratiques et discours mettent plus en avant les cours sur l'alimentation, en y intégrant un rapport constant à la santé, notamment en termes de « *risques* » et un rapport constant à la « *bonne norme* ». Les jeunes sont formés à identifier les différentes catégories d'aliments. Pour cela, il existe notamment la pyramide alimentaire[205] qui hiérarchise les familles d'aliments dont la consommation est conseillée ou non selon un motif de santé. Elle est définie comme « un outil de référence pour aborder l'alimentation équilibrée »[206]. Les diététiciennes observées lors des ateliers sur l'alimentation s'appuient souvent sur cet outil pour expliquer les différents aliments. Les pyramides alimentaires évoluent au fil des années, ainsi, d'une année à l'autre, et d'une structure à l'autre, les professionnels n'utilisent pas les

[204] Le programme du centre spécialisé B mêle également un travail sur les sensations de faim et rassasiement, sur les émotions, l'image du corps, avec de nombreux cours sur l'alimentation, la pyramide alimentaire, les différents groupes alimentaires, etc. En revanche, la prise en charge en centre SSR étant plus conséquente en termes d'heures, c'est-à-dire étalée sur plusieurs semaines d'hospitalisation et non uniquement sur dix demi-journées réparties sur trois mois, les sujets y sont plus approfondis.

[205] La pyramide alimentaire est présentée sous forme de triangle sur lequel sont représentés les différents groupes d'aliments en fonction de la fréquence à laquelle ils doivent être consommés (par exemple rarement pour les produits sucrés).

[206] Cf. http://mangerbouger.be/La-pyramide-alimentaire-55983

mêmes références. Par exemple, la pyramide alimentaire actuelle (2020) distingue les aliments « à favoriser », ceux qui sont « tolérés » et ceux qui sont à « consommer modérément ». On remarque une nouveauté à la base de la pyramide alimentaire : l'activité physique. Par ailleurs, une autre modification concerne la place des fruits et légumes qui gagnent de l'importance. Les légumes secs, quant à eux, quittent la famille des féculents pour la famille « viande, volaille, poisson, œufs et alternatives végétales ». La catégorie des matières grasses se voit compléter des fruits oléagineux et la famille des produits laitiers s'ouvre aux alternatives végétales (enrichies en calcium). Sachant que les adolescents changent régulièrement de structures au cours de leur trajectoire et font régulièrement des pauses de plusieurs années parfois dans leurs parcours de soin, les différentes pyramides alimentaires qui leur sont exposées lors de leur trajectoire peuvent participer à accroître la « cacophonie diététique » (Fischler, 1993) autrement nommée le « brouhaha diététique » (Fischler, 1990). Les jeunes sont également « formés » à réguler leur « balance énergétique » désignant le rapport entre les apports caloriques d'un côté et les dépenses caloriques de l'autre. Cet équilibre est mis en avant dans les recommandations de la HAS (2011, p.109) :

> L'obésité résultant, à l'échelle individuelle, d'un déséquilibre de la balance énergétique chez un enfant présentant un ou des facteurs de risque, l'approche thérapeutique doit tendre à aider l'enfant/adolescent et sa famille à lutter progressivement contre ce déséquilibre entre apports (alimentation) et dépenses énergétiques (activité physique).

Deux extraits de l'observation de l'atelier n°7 du réseau de santé vont être étudiés ci-dessous, afin d'illustrer les pratiques et représentations des professionnels. L'atelier est animé par une psychologue et une diététicienne. Les adolescents sont passifs, ils reçoivent l'information et le patient « acteur » promis dans la philosophie de l'ETP peine à se donner à voir. L'atelier ressemble à un cours nutritionnel qui pourrait être donné à l'école lors de cours de SVT comme c'est parfois le cas, ou lors de cours d'éducation à la santé, dans le sens où une information est donnée par un professionnel, un enseignant, un « sachant », et peu de négociation sont envisageables puisqu'il existe une unique bonne réponse.

Atelier n°7 : *que penser des publicités et des marques ?* - 1ère partie

Contexte :

Nous sommes un mercredi après-midi, j'arrive dans la structure où les deux professionnelles m'attendent. Nous installons le matériel nécessaire dans une petite salle où aura lieu l'atelier, et les jeunes arrivent. L'atelier a lieu en milieu-fin de prise en charge, les enfants se connaissent donc tous. Ils sont assez dissipés ce jour-là. Le sujet du jour est la publicité. Chaque début de séance, les deux professionnelles font le bilan sur la précédente. De longues minutes sont consacrées à faire le bilan des connaissances acquises par les jeunes lors de l'atelier n°6 sur les produits laitiers. C'est l'occasion pour les professionnelles de faire un récapitulatif pour s'assurer qu'ils ont retenu l'information donnée. Les jeunes possèdent des classeurs dans lesquels à chaque séance ils mettent la fiche récapitulative distribuée. Ce sont en général des textes à trous que les enfants remplissent au fil de la séance avec l'aide des professionnelles.

1ère partie de l'atelier : réviser les connaissances acquises :

La diététicienne engage la séance en commençant la phrase suivante : « *les produits laitiers sont…* » Elle espère que les jeunes complètent sa phrase de la même manière qu'ils ont complété le texte à trou en atelier n°6. Un enfant s'empresse de répondre en rigolant : « *... nos amis pour la vie ! comme la pub !* » D'autres répondent : « le lait », « les yaourts », ou encore « le fromage », « le fromage blanc ». Un adolescent évoque « la crème fraîche », ce qui est une « mauvaise réponse » pour les professionnelles qui le corrigent et expliquent à nouveau brièvement la définition d'un produit laitier. Elles profitent de cette erreur pour demander quels sont les autres produits qui ressemblent à des produits laitiers, mais qui n'en sont pas. Les adolescents citent les crèmes Danette, les yaourts Liégeois et les glaces. La psychologue demande aux adolescents d'expliquer à nouveau pourquoi ce ne sont pas des produits laitiers. Les jeunes répondent tous en même temps que c'est parce qu'il y a beaucoup de sucre et de gras. La diététicienne demande ensuite ce qu'apportent les produits laitiers au corps. Beaucoup d'adolescents répondent « du calcium », mais aucun n'évoque « la vitamine D » qui est la réponse souhaitée.

Notes du journal de terrain, observation d'atelier, réseau de santé D, juin 2018.

Les professionnelles font la distinction entre les bons aliments d'un côté et les mauvais de l'autre, ou pour le dire autrement avec leur champ lexical, les aliments à « privilégier » (comme les fruits et les légumes) et les aliments à « limiter » ou à manger « occasionnellement » (comme les boissons sucrées, les produits transformés, gras, sucrés, salés, les frites, les bonbons, le Nutella, les fast food etc.) Pour reprendre l'exemple de l'atelier au sein du réseau de santé sur les produits laitiers, il existe d'un côté des produits laitiers qui apportent calcium et vitamine D et sont à favoriser, et de l'autre côté les « faux » produits laitiers qu'il faut limiter, car ils contiennent trop de gras et/ou sucre comme certaines crèmes desserts, les glaces, la crème fraîche, etc. Cela met en avant le fait que pour ces professionnelles, l'objectif de changement d'habitudes alimentaires repose sur un aspect santé.

Atelier n°7 : *que penser des publicités et des marques ?* - 2ème partie

Les professionnelles passent ensuite à la nouvelle thématique, celle sur la publicité. Elles mettent une courte vidéo animée et leur demandent de la commenter. Une jeune répond : « *ils font les courses entre frère et sœur, et comme lui il a vu une publicité il achète les céréales qu'il a vu à la TV, et finalement sa sœur a changé le paquet avec une autre marque en cachette et il aime quand même* ». La psychologue leur explique qu'en effet il ne faut pas se fier aux publicités, il faut avant tout tester et goûter. Et c'est ce qu'elles vont leur proposer de faire lors de la suite de l'atelier à travers un moment dégustation. Elles leur proposent de goûter un gâteau « petit écolier » de la marque LU, puis la version similaire, mais qui provient de la marque d'un grand centre commercial, et la version provenant d'un magasin *hard discount*. Elles proposent ces biscuits en masquant les emballages, afin que les enfants ne soient pas influencés par la marque lorsqu'ils goûtent. Cet exercice est répété avec différents aliments comme de la compote. Les jeunes doivent remplir une fiche avec l'ordre de leurs préférences. À la fin de l'exercice, les adolescents sont étonnés de constater que leurs réponses ne mettent pas en avant les produits des grandes marques qu'ils pensaient préférer. Les professionnelles expliquent aux jeunes que la marque la plus connue n'est pas forcément la meilleure au goût. Elles insistent également sur l'aspect santé. La marque la plus connue n'est pas toujours la meilleure pour la santé. Elles justifient cela en décryptant les étiquettes des produits qui mettent en avant le fait qu'il y a par exemple plus de sucre dans la compote de marque connue que dans celle du *hard discount*.

Ensuite les professionnels montrent des exemples de stratégies que le marketing utilise pour leur donner envie de consommer davantage. Ils prennent l'exemple des cadeaux ajoutés dans les paquets de céréales, ou encore des publicités mensongères comme celle qui promet que le *kinder délice* apporte du calcium parce qu'il y a du lait dans la composition alors qu'il est surtout composé de sucre et chocolat. L'atelier se termine et j'accompagne les jeunes auprès de l'éducatrice médico-sportive qui leur propose de faire de l'activité physique sous forme de jeux ludiques, en salle.

Notes du journal de terrain, observation d'atelier, réseau de santé D, juin 2018.

Il ne s'agit pas de leur interdire totalement certains aliments, précisent les professionnelles, mais de les rendre « conscients » de leur de consommation, donc finalement, de les rendre responsables de leurs choix et de leur poids afin qu'ils fassent des choix orientés vers le goût et vers la santé. Mme Leclercq, diététicienne en centre spécialisé B, anime par exemple également un atelier autour des emballages des boîtes de céréales. Son objectif est de *« leur montrer les différences entre les céréales* […] *pas de supprimer les céréales où il y a plus de sucres par exemple, mais le jour où ils mangeront ça, ils prendront peut être pas la mousse au chocolat en dessert le midi. ».* Elle ajoute qu'il s'agit « *juste de les éclairer dans leurs choix.* » (Entretien, Mme Leclercq, Diététicienne, Centre SSR). À l'argument de la santé, les professionnelles du réseau de santé D superposent celui du goût pour l'atelier n°7. Les professionnels de l'ETP tentent d'éduquer les jeunes à être attentif au goût des aliments tout en les orientant adopter une préférence pour le goût des aliments les plus « sains », du moins, les moins sucrés par exemple. Cette question des goûts est au centre des analyses de Bourdieu, pour qui, dans *La distinction*, l'opposition principale entre groupes sociaux correspond aux différences de revenus : « le véritable principe des différences qui s'observent dans le domaine de la consommation et bien au-delà est l'opposition entre les goûts de luxe (ou de liberté) et les goûts de nécessité » (1979, p.198), les premiers relevant des catégories aisées, les

seconds des catégories modestes. Les travaux de Régnier et Masullo (2009)[207] mettent à jour les travaux de Bourdieu précédemment cités en interrogeant la question du goût. Les sociologues constatent la persistance de la distinction sociale. En écho à ces travaux, l'ETP peut être révélateur de l'imposition de normes dominantes dans le domaine alimentaire.

Les différents ateliers organisés durant la prise en charge autour de la thématique « alimentation » sont donc nombreux et sont perçus par les professionnels comme un moyen de faire connaître la « bonne » norme alimentaire afin de donner l'exemple, de socialiser le jeune et ses parents aux recommandations, aux normes institutionnelles. En ayant comme objectif principal la santé, la prise en charge suit la même logique que l'éducation pour la santé qui selon l'OMS « vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé [et] aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. [De plus, elle] les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine » (Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé. Genève, OMS, 1990). Que ce soit dans l'ETP ou l'éducation pour la santé, la logique est de faire de l'adolescent un parfait *homo medicus*, c'est-à-dire un acteur libre de faire ses propres choix, conscients, tout en sachant que ses décisions doivent davantage s'orienter vers des conduites dites favorables à sa santé et limiter les comportements à risques.

Le fait de se focaliser sur des changements de comportements comme objectif principal, pourrait dévoiler une certaine « médicalisation des styles de vie » (Génolini et *al*., 2011). Elle désigne le travail effectué sur les styles de vie qui envisage sur le même modèle le classement d'une déviance à l'égard des normes et recommandations d'hygiène (*ibid.* p.102). La définition de « bons » et « mauvais » comportements alimentaires, qui induisent dans le discours médical des jugements de valeur, pourrait participer à renforcer la pression sociale qui pèse sur nos représentations du corps et de l'idéalisation de la minceur. Même si les professionnels de l'ETP à destination des adolescents en obésité ne souhaitent pas condamner moralement les pratiques des jeunes, le fait de médicaliser la prise en charge n'efface pas le risque de renforcer le processus de stigmatisation potentiellement déjà présent au sein de la trajectoire de l'adolescent. Ce n'est pas son corps qui est jugé en dehors de la norme, comme cela peut être le cas à l'école, mais c'est son comportement alimentaire qui est anormal et cause son obésité. En plus de renforcer le sentiment d'être différent, l'ETP lui fait porter la responsabilité de son poids.

[207] À partir d'un corpus de 85 entretiens semi-directifs, l'article expose une analyse de l'intégration des normes prescriptives en matière d'alimentation et de corpulence, en s'inscrivant dans les travaux de Halbwachs sur la consommation.

8.2.1.2. Passer de « la théorie à la pratique » lors des ateliers de cuisine : une médicalisation plus achevée

Avoir connaissance des « *bonnes* » recommandations nutritionnelles comme celles véhiculées par le PNNS ne signifie pas pour autant les comprendre, et encore moins les appliquer, selon les professionnels. Ces derniers se représentent comme des « messagers »[208], comme des relais entre les normes médicales et les jeunes. Ils se donnent pour mission de faire le lien « *entre la théorie et la pratique* [afin de] *créer un fil entre les deux, mais sans proposer des conseils de magazine, ça ne serait pas agréable et pas adapté, donc c'est une construction, et c'est différent à chaque fois. »* (Entretien, Mme Leclercq, Diététicienne, Centre SSR). Les professionnels souhaitent « *informer* » et « *éclairer* » les patients mais surtout les rendre « *conscients de leurs choix* » et de leurs « *conséquences* », les « *responsabiliser* », les rendre « *autonomes* », qu'ils puissent « *prendre du recul* » sur leurs « *habitudes* » et leurs « *comportements* » pour essayer de « *changer* » au quotidien et à « *long terme* »[209]. Le discours de Mme Meyer, diététicienne au sein du centre SSR B, va en ce sens :

> *Nous on apprend des choses, des bases pour être en bonne santé et puis après il y a la société dans laquelle on évolue, qui a évolué en termes d'alimentation, et comment moi je fais dans cette société, quand je suis avec mes copains, qu'ils passent devant une boulangerie ou au supermarché acheter des bonbons, ça fait partie de la société, il y a du lien social, ça a une fonction, maintenant tout est question de dosage aussi* […] *il faut les aider à comprendre et être conscients de ce qu'ils font* […] *notre idée c'est juste de les avertir, qu'ils soient des consommateurs avertis* […] *l'idée c'est qu'ils puissent s'autonomiser sur leurs choix, quantité et façon de manger.* (Entretien, Mme Meyer, Diététicienne, Centre SSR)

Les professionnels souhaitent que le jeune apprenne dans son quotidien à mettre en application les conseils véhiculés sur la scène médicale. Pour cela, les professionnels sont amenés à détailler avec les jeunes tous les moments de leur vie où leur comportement alimentaire peut être hors norme, comme lorsqu'ils mangent à l'extérieur avec des copains ou qu'ils achètent des bonbons avec eux. Cela amène le jeune à réfléchir à de nombreux moments de sa vie : « *J'en ai marre de devoir réfléchir à tout ça, tout le temps, à mes sorties avec mes amies, où je vais pouvoir manger avec elles*

[208] Ce terme de « messager » est utilisé également dans les travaux de thèse de Maurice (2014) pour désigner l'adolescent qui a une attitude de « messager du PNNS » ou non au sein de sa famille. Selon Maurice c'est un terme construit pour traduire la volonté du Conseil général de placer l'adolescent dans un certain rôle, de relais des messages véhiculés par le « projet alimentation » dans sa famille. Nous reprenons alors ce terme de messager mais pour l'appliquer aux professionnels et non uniquement aux adolescents.

[209] Ces mots clés entre guillemets se retrouvent autant dans les entretiens semi-directifs que dans les recommandations de la HAS (2011).

? qu'est-ce que j'ai le droit de prendre ou pas ? c'est fatigant et j'en ai marre de devoir raconter ma vie » (Maëlys, 15 ans, Snd).

Au-delà d'ateliers informatifs, les professionnels prévoient des moments de « pratique » comme des sorties au restaurant à volonté ou plus couramment des ateliers de cuisine. Les ateliers cuisine sont des moments ludiques durant la prise en charge où les professionnels mettent en pratique ce qu'ils ont appris aux jeunes lors des ateliers sur l'alimentation. Nous allons mettre un extrait de notre carnet de terrain pour illustrer les pratiques des professionnels et la verticalité persistante dans la relation professionnels-adolescents. Cette observation retranscrite dans sa totalité est disponible en annexe (Annexe n°15 : « Atelier de cuisine en CSSR avec Ambre, Aline, Evan et Kilian »), et seulement quelques passages serviront d'analyse ci-dessous.

Atelier de cuisine entre adolescents - 1ère partie

Contexte :

Mme Andreas, infirmière, est chargée ce jour-là de cuisiner avec les adolescents. Pour encadrer l'atelier, elle est accompagnée d'une étudiante, infirmière en stage. Mme Andreas m'a proposé de participer à cet atelier, organisé ponctuellement lors du séjour d'hospitalisation. Il a pour but de cuisiner avec les jeunes et partager un repas avec eux. Quatre adolescents sont présents, deux garçons, Evan et Kilian et deux filles, Ambre et Aline. Ils ont entre 14 ans et 17 ans et sont tous en obésité dite morbide. Ce groupe d'adolescents est jugé « *difficile* » selon l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire parce qu'ils parlent peu et semblent peu enthousiastes par les activités proposées. Notons qu'il y a également eu deux départs en cours d'hospitalisation sur six adolescents présents initialement. L'équipe pluridisciplinaire évoque aussi l'aspect social et l'aspect psychologique de la maladie particulièrement présents dans les trajectoires de ces adolescents. Ils ont des histoires de vie « *compliquées* », ils sont « *déscolarisés* », souffrent de « *d'anxiété sociale* », font l'objet de mesure AEMO, etc.

Le temps de cuisiner :

Nous nous mettons tous autour de l'îlot central où le repas du soir est détaillé sur une fiche. Au menu, une entrée de crudités et oléagineux, des pâtes carbonara avec jambon, champignons et oignons, et pour finir un *cheese-cake* allégé au citron et spéculoos. Mme Andreas sépare les équipes en deux. D'un côté Ambre, Aline et moi-même, de l'autre Evan, Kilian et l'infirmière stagiaire. Mme Andreas nous guide sur les recettes au fur et à mesure. Les jeunes prennent peu d'initiatives. Je constate qu'à chaque fois qu'ils ont fini de réaliser une tâche, ils ne le signalent pas et attendent les prochaines directives. Mme Andreas profite de cet atelier cuisine pour faire passer quelques messages nutritionnels. Elle explique aux jeunes qu'ils peuvent remplacer les lardons par du jambon lorsqu'ils font des pâtes carbonara, pour avoir « *moins de gras* », le mascarpone par du fromage blanc dans leur *cheese-cake,* ou encore qu'ils peuvent ajouter une cuillère d'eau dans la vinaigrette pour la rendre « *plus légère* ». Elle pèse les pâtes pour que la dose choisie corresponde aux recommandations. Même si elle explique qu'il n'est « *pas obligatoire* » de peser ses aliments à chaque repas au gramme près, elle pèse les pâtes sous leurs yeux attentifs en expliquant que comme ça, ils verront maintenant à quoi correspond une « *quantité normale* ».

Journal de terrain, observation atelier, Centre SSR B, mars 2018.

Le moment de cuisiner est l'occasion de socialiser le jeune à de nouvelles normes par le biais de l'expérimentation. Des messages sont glissés tout au long de la préparation du repas. Par la pratique et lors d'ateliers entre adolescents, ces derniers sont amenés à incorporer un certain nombre de

normes médicales. Nous pouvons apercevoir que ces professionnels se réfèrent à une certaine quantité précise d'aliments, et veillent à limiter l'apport en matière grasse en remplaçant plusieurs aliments par d'autres, « *plus allégés* », comme remplacer la mascarpone par du fromage blanc, ou ajouter de l'eau dans sa vinaigrette, au nom de la santé et en référence à une norme qui différencie les aliments grossissants d'un côté et les aliments à privilégier de l'autre. Les aliments jugés sains par les professionnels sont perçus comme des substituts à des aliments jugés plus caloriques. Les professionnels essayent de socialiser les adolescents à de nouveaux goûts, mais surtout à provoquer le plaisir pour le goût des aliments sains. Les travaux de Régnier et Masullo (2009) montrent bien la distinction sociale à ce sujet. Les individus de catégorie aisée établissent immédiatement une relation entre ce qu'ils déclarent aimer manger, la santé et le souci de minceur, en particulier les femmes :

> Le goût de ce qui est perçu comme bon pour la santé apparaît chez certains comme un goût spontané, ce qui constitue sans doute la forme la plus aboutie de l'intégration de la norme. D'autres individus disent explicitement que leurs goûts sont modelés par un souci de santé, de minceur et de conformité aux recommandations en vigueur, alors que par appétence ils préféreraient des aliments qu'ils considèrent comme moins favorables à la santé. (Régnier & Masullo, 2009, p.756)

À l'opposé dans les milieux modestes elles constatent que les recommandations nutritionnelles ne sont pas non plus ignorées, elles sont connues et mentionnées, mais elles influent peu sur les pratiques : « les individus déclarent avoir le goût des choses bonnes parce qu'elles sont bonnes au goût, et non parce qu'elles sont bonnes pour la santé, ni même favorables à la minceur. » *(ibid.)*. Les goûts des classes populaires semblent plus éloignés des normes de santé publique. Régnier et Masullo analysent cette opposition entre normes publiques et normes privées des classes populaires comme une relative résistance de la part de ces dernières aux contraintes :

> Les pratiques alimentaires en milieu modeste sont issues d'une forme de "liberté" du point de vue de la contrainte morale. En effet, face au cumul de contraintes économiques et sociales — contraintes d'argent et de temps disponible, sentiment de précarité, absence de reconnaissance sociale — l'alimentation en est venue à constituer, pour les membres de ces classes, un domaine de liberté (dans un espace peut-être résiduel), où ils ont la possibilité d'exprimer leur refus à l'égard d'un surcroît de contraintes, par exemple celles imposées par les impératifs diététiques. (Régnier & Masullo, 2009, p.768)

Atelier de cuisine entre adolescents - 2ème partie

Le temps de manger :

Il est 19h30 lorsque nous avons fini de préparer le repas. Les adolescents s'occupent de mettre la table pour tout le monde. Durant la dégustation de l'entrée de crudités, Mme Andreas explique que ne pas manger un unique plat principal comme repas permet de « *varier* » son alimentation. Elle leur explique que s'ils avaient juste les pâtes carbonara, sans l'entrée, ils en mangeraient deux fois plus, alors que « *l'entrée de crudités est composée de peu de calories* », mais elle est « *rassasiante* » et permet de « *diversifier* » les apports nutritionnels. Les jeunes ne sont pas particulièrement heureux de cette entrée, ils en prennent quand même en petite quantité. Ils n'aiment pas les crudités de manière générale, mais font l'effort de goûter. Mme Andreas explique également qu'ils peuvent ajouter des légumes à leurs plats favoris, comme les champignons et oignons qui ont été ajoutés aux pâtes ce soir-là. Cela leur permet d'intégrer davantage de légumes à leur alimentation, sans s'en rendre compte puisqu'ils disent ne pas aimer les légumes. Le repas prend fin, les jeunes ont mangé un peu de tout. Sous les directives de Mme Andreas, ils débarrassant la table, font la vaisselle, la rangent et préparent la table du petit-déjeuner du lendemain.

Journal de terrain, observation atelier, Centre SSR B, mars 2018.

Les professionnelles insistent sur l'« *équilibre* » du repas et les différents « *groupes d'aliments* ». Il est important d'avoir une entrée, un plat principal et un dessert afin de diversifier son alimentation et ses apports nutritionnels selon Mme Andreas. L'entrée est généralement entendue comme favorisant les crudités, et le dessert peut être associé à un fruit ou un laitage. De plus, le plat principal doit également suivre une certaine répartition. L'assiette doit se diviser comme suit : 1/4 de féculents, 1/4 de protéines (viande, poisson, œuf[210]) et 1/2 de légumes. Cette organisation du repas semble correspondre au modèle traditionnel alimentaire français reposant sur une entrée, un plat, un fromage et un dessert (Poulain, 2002b). Ce modèle doit cependant être relativisé, car il ne correspond pas à l'ensemble des pratiques :

> Les repas des populations précaires se caractérisent par une plus forte simplification, tant dans les pratiques que dans les normes, et c'est ce qui les différencie de la population générale. Ainsi, la norme classique « entrée + plat garni + fromage et/ou dessert » recule au profit du plat unique ou des couples « entrée + plat » ou « plat + dessert ». (Poulain et Tibère, 2008, p.31)[211]

Les professionnels enquêtés considèrent ainsi que rétablir les pratiques associées au modèle traditionnel alimentaire français pourrait participer à favoriser de « bonnes habitudes » alimentaires

[210] Notons que nous n'avons jamais entendu parler d'alternative pour ceux ayant un régime particulier comme les végétariens, ou vegans, etc.

[211] Les auteurs ajoutent la nuance suivante : « Il semble que la précarité génère de nouveaux modèles alimentaires, avec cette particularité que ces changements concernent à la fois les normes et les pratiques alimentaires. Alors que pour la population française, les changements que l'on constate au niveau des pratiques alimentaires (notamment la simplification des repas) ne sont pas, ou pas encore, en symétrie avec les normes : « je dis qu'un vrai repas se compose d'une entrée + un plat principal + un dessert, mais je ne mange qu'un plat principal et un dessert, ou simplement un plat », pour les individus en situation précaire, un « vrai repas » est déjà un repas simplifié, voire très simplifié. »

alors même que l'on observe chez l'ensemble des mangeurs français une simplification des repas, et en particulier chez les plus précaires[212].

L'aspect santé est considéré comme l'argument dominant pour légitimer le fait de chercher à modifier les comportements. L'adolescent ne doit pas venir chercher une perte de poids, il doit avant tout veiller à sa santé et anticiper les risques qu'il pourrait y avoir pour lui si adulte il continue à être en obésité. Ces représentations reposent sur la considération d'un patient idéal, *homo medicus*, défini par les acteurs de l'éducation pour la santé comme un individu complètement conscient de l'importance de ses choix et adoptant par conséquent des comportements favorables à sa santé. L'individu doit se tourner vers le futur, être autonome, prendre sa vie en main, rester attentif aux risques et aux opportunités en s'appuyant sur des savoirs experts (Peretti-Watel, 2005). Les ateliers proposés mettent en lumière une certaine médicalisation achevée qui vient s'immiscer dans les styles de vie des individus en essayant, dans la pratique, de mettre en application différentes informations, correspondant aux recommandations et normes institutionnelles.

C'est avec ce même argument autour de la « santé » que les professionnels considèrent que les parents doivent également s'investir, parce que l'ETP « *c'est bon pour toute la famille et non uniquement l'adolescent en obésité* » (Entretien, Mme Leclercq, Diététicienne, Centre SSR). Ces normes peuvent être particulièrement non adaptées aux classes populaires, en particulier les plus précaires, alors que sur la scène médicale spécialisée sur l'obésité, ces classes sociales sont surreprésentées. Nous allons approfondir dans la partie suivante la place des parents tout en veillant à faire une distinction en termes de classes sociales et genre. Nous verrons comment cet argument de la « *bonne santé* » participe à ce que les professionnels considèrent les parents comme centraux dans l'ETP et la manière dont les parents négocient cette position ainsi que l'impact qu'il peut exister notamment en termes de responsabilisation et culpabilisation.

[212] Lors de ma première mission en tant que sociologue indépendant en 2017 pour un laboratoire de recherche situé à Paris, j'ai réalisé une enquête au sein d'un secours populaire dans un quartier défavorisé de Lille. J'ai travaillé en tant que bénévole au sein de la structure et j'ai participé à diverses événements organisés dans le quartier par le centre social. Grâce à une certaine proximité durant plusieurs mois avec les professionnels de ces structures et leurs bénéficiaires, j'ai interrogé les pratiques alimentaires de personnes dites « précaires ». Cette enquête a également mis en avant la simplification des repas chez ces bénéficiaires. Généralement, ils évoquaient un plat principal et l'ajout d'un yaourt, ou d'une crème dessert, ou d'un fromage, selon ce que distribuaient le secours populaire.

8.2.2. Modifier les comportements de tous au nom de la santé de toute la famille

8.2.2.1. « *L'ETP ce n'est pas un régime, c'est une question de santé alors toute la famille peut l'appliquer* »

Ce titre provient du discours de Mme Leclercq, diététicienne et représente une pensée commune chez les professionnels, celle que l'implication des parents est gage de réussite de l'accompagnement : *« Ça implique des changements sur toute la famille, il y a souvent des fratries, donc on n'a pas forcément tout le monde en accompagnement, ils ne sont pas forcément tous en souffrance avec leur poids, mais on parle de manière de manger en famille, c'est important. »* (Entretien, M. Dupont, Coordinateur, Réseau de santé). Comme nous l'avions montré dans la Partie 2, cette notion est perceptible à maintes reprises au sein des recommandations de la HAS (2011) : « Il est indispensable que les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent soient impliqués dans les interventions » (*ibid.* p.95). Les professionnels sont à nouveau de véritables messagers de ces recommandations. Le fait de viser la santé derrière la modification des comportements, amène les professionnels à considérer comme légitime de viser la modification des habitudes des parents puisque cela se fait pour le bien de la santé de toute la famille.

Ce que les professionnels entendent derrière l'implication parentale, ce n'est pas uniquement leur présence sur la scène de l'ETP ni leur investissement en temps ni leur discours de soutien envers le jeune, c'est aussi qu'ils modifient eux-mêmes leurs comportements, voire ceux de l'ensemble de la fratrie et parfois même des personnes proches du jeune. Il arrive en effet que les grands-parents soient invités à modifier leurs habitudes lorsque le jeune est régulièrement chez eux. Parfois, la grand-mère est présente à côté de la mère ou à sa place sur la scène médicale. Plusieurs adolescents interrogés habitent avec leurs grands-parents, soit pour apaiser des conflits dans la fratrie, soit pour aider des grands-parents malades. Il arrive également que le jeune soit chez un membre de la famille comme un oncle, une tante, pour éviter un placement judiciaire comme c'est le cas de Quentin observé en consultations avec sa mère et sa tante (Annexe n°5 : « Consultation de suivi et consultation de bilan après séjour de Quentin). Dans ces cas-là, ils sont invités à se rendre aux consultations avec le jeune. Aussi, il arrive que les jeunes soient en famille d'accueil, les parents et

la famille d'accueil sont alors invités à être tous les deux présents, généralement, les deux femmes. Selon les professionnels, si les parents ne changent pas leurs habitudes de vie, une fois le retour du jeune au domicile familial, il reprendra ses anciennes habitudes, hypothétiquement celles des parents, sachant que ces habitudes familiales sont considérées par les professionnels comme étant responsables, en partie, de l'obésité de l'enfant : « *évidemment si après l'hospitalisation le jeune rentre chez lui et qu'il n'applique pas tout ce qu'il a appris, tout ça ne sert à rien. Il faut également que les parents changent leurs habitudes sinon c'est voué à l'échec, l'adolescent va difficilement réussir seul ce changement, c'est un changement familial qu'il faut*. » (Entretien, Mme Leclercq, Diététicienne, Centre SSR)

Au-delà de la motivation du jeune, c'est également celle des parents qui est perçue comme une condition à la réussite de la prise en charge :

> *Et suivant l'implication de la famille, sa motivation, j'ai aussi des doutes sur la pérennité, on a régulièrement des jeunes très motivés qui veulent se prendre en charge, sont prêts à changer des choses, mais ça ne suit pas toujours au niveau familial donc c'est compliqué* […] *Et ça ne veut pas forcément dire qu'ils ne sont pas contents de la prise en charge, ils sont contents que les jeunes se prennent en charge, ils sont prêts à les encourager, mais pas par les faits, ils considèrent qu'ils n'ont plus à œuvrer pour leur santé à eux, la santé du jeune est importante, mais pour eux c'est déjà fait, c'est un discours qui ne revient pas rarement. Certains jeunes sont très motivés, ils vont se faire leur propre tambouille, mais sur le long terme c'est compliqué de tenir, il faut beaucoup de maturité.* (Entretien, Mme Leclercq, diététicienne, Centre SSR).

Le terme de « *volonté* » est abordé également à propos des parents :

> *Parfois les parents sont conscients, mais n'ont pas la volonté de changer. Et cette volonté personne ne peut l'imposer à une autre personne. Et le fait que ça ne marche pas à domicile, quand ce sont les parents qui ne suivent pas, qui ne font pas la même démarche, c'est comme si on demandait au jeune de ne plus être un membre de la famille. Et au contraire des fois quand il y a déjà une scission, qu'il a déjà envie d'indépendance et de se construire, il peut y avoir beaucoup moins d'impact si les modifications ne sont pas partagées par les autres membres de la famille parce qu'il aura justement cette volonté de se démarquer du reste de la famille.* (Entretien, Mme Caron, psychologue, Centre SSR).

Cet argument de vouloir la bonne santé des familles entraîne les professionnels à considérer les parents comme en partie responsables de l'échec thérapeutique du jeune quand ce dernier ne réussit pas à mettre place des changements. Ce que met en lumière ce discours c'est, tout d'abord,

l'ambiguïté des diverses injonctions faites aux familles. Les professionnels souhaitent à la fois l'autonomie de l'adolescent, percevoir sa motivation[213] propre, et en même temps, ils veulent que les parents changent leurs propres habitudes et accompagnent pleinement le jeune pour ne pas être considérés comme un obstacle à sa prise en charge. Les parents doivent être ni trop « couvants » ni pas assez. D'autre part, on se retrouve face à un discours psychologisant. Si les parents ne mettent pas en place de changements alimentaires c'est parce qu'ils n'ont pas la motivation, pas la volonté et sont fatalistes face à leur propre santé, selon les professionnels. Les causes sociales à l'échec thérapeutique sont occultées et la responsabilité repose entièrement sur les parents.

Impliquer les parents dans l'ETP soulève différents enjeux comme la question de l'intimité familiale qui se retrouve jugée par des professionnels sur la scène médicale, c'est que nous allons approfondir dans le paragraphe suivant.

8.2.2.2. L'intimité familiale décortiquée

Le changement de comportement de l'adolescent passe par un travail réflexif sur la manière dont les parents nourrissent leurs enfants : « *il y a certaines cultures où l'on ne peut pas dire non à l'enfant quand il demande des aliments catégorie "plaisir", vous voyez là on sort beaucoup du contenu de l'assiette, il faut voir tout ce que l'on peut manger en dehors et pourquoi on donne ça* » (Entretien, Mme Meyer, Diététicienne, Centre SSR). Les différences culturelles semblent prises en compte. Les professionnels sont conscients de toucher à des thématiques privées : « *Moi quand je leur pose des questions sur l'alimentation c'est comme si j'allais chez eux et que je leur disais : "ça, c'est n'importe quoi !"* » (Entretien, Mme Delhaye, diététicienne, réseau de soins). L'accompagnement thérapeutique à l'âge de l'adolescence signifie s'intéresser à la gestion parentale d'un jeune malade chronique, ce qui sous-entend s'intéresser à des questions liées à l'éducation, à la parentalité, à la « *capacité* » du parent, surtout de la mère à nourrir son enfant « *correctement* », à le soigner, à être un « *bon parent* ». Au fil de leur pratique, les professionnels constatent une forte culpabilité de la part des mères et n'y sont certes pas insensibles :

> *Je n'avais jamais imaginé que la culpabilité que les parents se traînent à cause des réflexions, certaines maladroites, certaines vraiment pas gentilles, était à ce point-là* […] *La médecine plus traditionnelle et ancienne est plus dans "je vous*

[213] Rappelons que si l'enfant n'est pas jugé assez motivé lors des premiers entretiens en consultation, il peut être refusé en prise en charge. Ainsi, il arrive que certains professionnels considèrent que seuls les parents sont motivés par la démarche et donc refusent les adolescents en ETP.

> *prescris cela, et donc vous devez faire ça et si vous avez cela c'est que vous avez mal fait", ils portent cela les patients. Ça m'a frappé récemment, cette culpabilité des parents, je ne l'avais jamais évalué.* (Dr Le Roux, femme, au sein d'un centre SSR)

Le discours de Mme Meyer montre bien son intention de ne pas être intrusive malgré le caractère intime de l'alimentation mais en même temps elle pointe du doigt certaines pratiques familiales comme étant en décalage par rapport à la norme :

> *C'est très intime l'alimentation, il y a le moment passé à table, la tablette de chocolat mangée devant la télévision en famille, ça peut être perçu comme très intrusif, on entre dans des habitudes, mais il y a un moment il me faut de la matière pour travailler, je comprends qu'on ne me dise pas tout, si rien ne sort de plus je finis par dire "essaye de voir pour la prochaine séance les moments où tu es en décalage par rapport à cela, les choses que tu n'as pas pensé à me dire" je cherche à creuser et je leur renvoie que je ne comprends pas leur excès de poids du coup. Il y a beaucoup d'enjeux dans l'alimentation, il y a ce côté affectif qui est très présent, la fonction de nourrir les enfants, le fait de paraître en bonne santé dans certains milieux, surtout si tout le monde est comme ça dans la famille, quelqu'un qui ne mange pas c'est quelqu'un qui est malade.* (Entretien, Mme Meyer, Diététicienne, Centre SSR)

C'est à travers le discours des professionnels, non intentionnellement moralisateurs mais répétés, que les mères finissent par se sentir en dehors de la norme, coupables et donc se retrouvent stigmatisées.

Lors des entretiens auprès d'une pédiatre et d'une diététicienne de la même équipe pluridisciplinaire, nous constatons l'ambiguïté des propos. Ces professionnelles font la distinction entre culpabilité et responsabilité, elles insistent sur le fait de « responsabiliser » les parents, tout en levant la culpabilité : « *le parent sait qu'il a une part de responsabilité, c'est lui qui fait à manger, des courses, mais on va essayer de ne pas en ajouter* » (Entretien, Mme Meyer, Diététicienne, Centre SSR) ; « *Certains parents disent d'eux-mêmes "peut être qu'on est en partie responsable"* […] *on essaye que ça soit toujours eux qui arrivent à la conscience des choses et qui cheminent en ce sens* […] *Nous nos patients sont en fin de course, en général quand ils arrivent ici ils sont en demande d'aide, donc ils ont déjà fait ce chemin de se dire qu'ils sont responsables* » (Entretien, Dr Hochart, Pédiatre, Centre SSR).

Cependant, « *de la responsabilisation à la culpabilisation, il n'y a qu'un pas* », pour reprendre les paroles de Thibaut de Saint Pol (2010).

Sur la scène de l'ETP, la stigmatisation ne provient pas nécessairement d'un professionnel animé de mauvaises intentions et c'est en cela qu'il est particulièrement difficile de l'identifier et qu'il est nécessaire d'étudier plus finement les interactions et rapports sociaux profondément imbriqués tout au long de la trajectoire de l'adolescent. Cette stigmatisation est d'autant plus difficile à percevoir sur la scène de l'ETP qu'elle ne prend pas toujours la forme de moquerie à l'égard du corps comme cela a pu être illustré en Chapitre 6 sur la scène scolaire, ni même de remarques déplacées comme cela peut être parfois le cas sur la scène médicale non-spécialisée, à l'image des portraits d'Ethan et d'Amélie, tous les deux issus de classes populaires, exposés ci-dessous.

Amélie, expérience de stigmatisation sur la scène médicale.

Rappelons que les parents d'Amélie appartiennent aux membres des classes populaires, la mère d'Amélie ne travaille plus à cause de son obésité notamment et son père est magasinier dans l'agroalimentaire.

La mère d'Amélie commence par expliquer la première prise en charge de sa fille : « *Elle a été suivie par un premier pédiatre, mais il a déménagé dans une autre ville du Nord ensuite. Tout se passait bien jusqu'à ce qu'elle commence à ne plus perdre de poids, là, il a commencé à se mettre en colère. Après ça a été presque jusqu'aux injures. Il était trop sec avec elle, elle n'avait que 4 ans. Déjà si jeune elle se privait de tout, et le pédiatre, ça ne lui allait jamais. Dès qu'elle devait le voir, il fallait qu'elle ait perdu un certain nombre de kilos et c'est tout. Mon père ensuite est tombé gravement malade, donc je n'ai plus réussi à tout assurer. Et puis en plus le pédiatre s'était mis en colère au dernier rendez-vous. Donc pour moi ce n'était pas la peine de continuer* [silence] *pour un enfant de 4 ou 5 ans se prendre ça dans la tronche* […] *pourtant je lui avais dit au pédiatre d'y aller doucement, mais non il fallait encore et toujours qu'elle se prive davantage selon lui et nous en tant que parents on ne faisait jamais assez bien toute façon. Donc un jour je me suis dis, on arrête tout et tant pis elle sera comme elle sera puis c'est tout* ».

Entretien, Mère d'Amélie, 14 ans, 4ème, classes populaires

Ethan, expérience de stigmatisation sur la scène médicale.

Cette famille appartient à la classe populaire, la mère est divorcée, elle habite seule avec son fils et elle est également en obésité modérée. La mère de Ethan raconte une consultation auprès d'une endocrinologue qu'elle a très mal vécue. La manière dont le professionnel s'est permis de toucher le corps de son enfant et le qualifier l'a profondément marqué : « *J'avais déjà fait la démarche quand il avait 8 ans ou 9 ans, où mon médecin m'avait parlé d'une prise en charge possible dans un centre hospitalier où je pouvais voir une spécialiste, une endocrinologue sans doute, et après il m'avait dit qu'il y aurait sans doute un suivi avec une diététicienne. Finalement ce rendez-vous s'est très mal passé, je l'ai très mal vécu, parce que cette spécialiste… j'étais venu avec mon garçon pour qu'elle me donne des méthodes, qu'elle voie s'il avait un problème médical derrière ou non, et elle l'a fait se déshabiller, et après elle a.. comment dire… elle a… (elle hésite beaucoup à parler, semble mal à l'aise) utilisé des mots comme "il est gras" elle a pointé des doigts sur lui, une très mauvaise expérience, je suis sortie de là en me disant qu'elle ne me reverrait plus et je ferais simplement attention à l'alimentation de Ethan à la maison* ».
Elle revient plus tard dans l'entretien sur cet instant humiliant où l'endocrinologue a demandé à son fils de se déshabiller tout en faisant de réflexions sur son corps : *« Quand il s'est déshabillé elle a dit : "quand il est habillé on ne dirait pas qu'il est aussi gros" et des choses comme : "il est bien gras au niveau des cuisses". Elle touchait des parties de son corps en disant ça. J'avais l'impression qu'elle le traitait comme un animal. Je ne sais pas si elle s'est rendu compte de ces mots blessants. J'ai eu du mal à l'encaisser.* »

Entretien, Mère d'Ethan, 12 ans, 5ème, classes populaires

Malgré cette volonté formulée de ne pas être intrusifs ni culpabilisants, à travers l'ETP les professionnels font tout de même intrusion dans la vie quotidienne privée des personnes, y compris dans leurs activités corporelles, puisque les recommandations visent des normes d'habitudes de vie alimentaires et d'exercice physique. Les adolescents doivent s'approcher des « repères nutritionnels » pour « bien manger » et « bouger plus » illustrant ainsi le processus de normalisation des activités corporelles relevant de la sphère privée (Poulain, 2012, cité par Fournier, 2015, p.109). La vie quotidienne devient le support d'une thérapeutique à moduler en permanence, d'autant plus pour les classes populaires qui sont initialement plus éloignées des normes. L'intimité familiale se retrouve mise à nue sur la scène médicale et assez vite le sentiment de responsabilité peut tendre vers un sentiment de culpabilité. Les parents peuvent culpabiliser quand ils ont le sentiment de ne pas suivre suffisamment bien les normes médicales prescrites lors de l'ETP du fait de la forte moralisation des comportements alimentaires et de leur médicalisation. L'éducation parentale est remise en question, l'alimentation familiale est décortiquée et les sorties familiales considérées comme de l'activité physique par les professionnels sont examinées dans le détail. Jupille (2011) met également en avant l'expérience des parents d'enfants identifiés comme porteurs du TDA/H, souvent structurée par un sentiment de dévalorisation et de stigmatisation. Ils se plaignent d'être considérés comme de mauvais parents et estiment que leurs habiletés parentales sont sans cesse remises en cause par leur entourage (Jupille, 2011, p.413). Aussi, l'expérience de ces mères d'enfants handicapés est comparable à celle des mères d'enfants en obésité. Selon Eideliman (2008), du côté des adolescents dits handicapés les parents sont pris « entre compassion et suspicion [et] développent très fréquemment un sentiment de culpabilité […] Ils sont facilement soupçonnés par leur entourage ou les professionnels qu'ils rencontrent d'être de mauvais parents, incapables d'élever correctement leurs enfants. » (p.118) Considérées comme responsables de la trajectoire biographique de leurs enfants, les mères sont fréquemment mises en avant[214], plus que le père dans certains aspects : « *il y a beaucoup de situations de fragilité, parentales, plus souvent maternelles »* (Entretien, Mme Brugman, Assistante sociale, CSSR.). C'est ce que nous allons mettre en avant dans le paragraphe suivant.

[214] Même si nous nous efforçons d'utiliser le terme « parent » sur la scène médicale pour ne pas marquer de différences entre les pères et les mères et ne pas influencer les discours, il est très courant que les professionnels évoquent seulement la « mère »

8.2.2.3. Mise en visibilité du *mother blame*

Selon les professionnels, l'échec de la prise en charge en séjour de plusieurs jours peut être « *à cause de la mère* », parce que l'adolescent refuse de se séparer d'elle, qu'il a du mal à quitter le milieu familial car la mère est « *trop fusionnelle* » avec son enfant, « *trop protectrice* » ou au contraire, parce que la mère ne s'implique pas assez :

> *Quelques fois ils ne sont pas demandeurs parce qu'ils ont du mal à quitter le milieu familial, des mamans très couvantes quand ils sont petits, ça ce sont des jeunes qui auront des difficultés à s'ouvrir aux autres, ils manquent de confiance, ce n'est pas toujours le bon plan les mamans couvantes, il faut essayer de les laisser voler de leurs petites ailes assez vite*. (Entretien, Dr Simon, Pédiatre, Centre SSR)

Les mères interrogées, en particulier celles de classes populaires, ont cette impression d'être jugées, stigmatisées, accusées d'être responsables du poids de leurs enfants. Elles ont l'impression de ne pas le nourrir correctement, de mal choisir les aliments, d'avoir fait une erreur durant la grossesse, de ne pas être assez présentes au domicile, d'être trop présentes, de mal l'éduquer, d'être trop strictes et donc responsables du sentiment de frustration, de la restriction cognitive, ou bien d'être trop laxistes et ne pas assez dire assez souvent « non ». Le sentiment de responsabilité se transforme en sentiment de culpabilité.

Dans ses travaux consacrés aux enfants handicapés, Eideliman (2008, 2010) met en lumière une certaine « culpabilité maternelle ». Sans nier l'apport de la psychologie, il tente d'y trouver une réponse sociologique. Le processus de biologisation de la maternité participe à éclairer cette culpabilité maternelle (Iacub, 2004 cité par Eideliman, 2010, p.95) que l'on nomme dans notre enquête *mother blame*. La médicalisation de la grossesse particulièrement poussée en France (Jacques, 2007 cité par Eideliman, 2010, p.95) donne aux mères de multiples prises pour se persuader qu'elles ont commis une faute qui pourrait être responsable d'éventuels problèmes chez l'enfant. Plus informées des risques qu'elles peuvent faire courir à leur futur bébé en ayant tel ou tel comportement notamment en matière d'alimentation, plus suivies et conseillées par des professionnels qui les mettent en position de quasi-malades, elles peuvent facilement trouver dans leur comportement mille et une raisons pouvant être à l'origine de problèmes découverts chez leur enfant. (Eideliman, 2010, p.95). Dans la lignée des travaux de Gojard (2010) au sujet de la prescription des normes de puériculture, cette recherche participe à montrer la diversité des

injonctions adressées aux mères ayant un adolescent en obésité et la moralisation de ces normes, érigées en « règles morales » plutôt qu'en simples « règles techniques ». La position sociale des mères est discriminante dans les modalités d'appropriation de ces normes hétérogènes.

Le témoignage de la mère de Rayan issue de classes populaires montre la culpabilité ressentie à l'égard du fait d'être trop « *laxiste* » :

> *on s'est rendu compte après la consultation qu'en tant que parents on n'y arrive pas, on n'arrive pas à lui mettre des restrictions sur le repas, à lui dire non, on lui dit de se servir une seule assiette, mais s'il en veut une deuxième nous on le prend comme une punition de lui refuser* […] *c'est peut-être de notre faute du coup* (Mère de Rayan, 14 ans, 5ème, classes populaires).

Le courant des *fat studies* introduit ce que les Anglos-Saxons appellent *the mother blame* (Boero, 2009) qui signifie que les mères sont souvent perçues comme responsables de l'obésité de leurs enfants avec un lien d'autant plus fort entre genre, « race », classe socio-économique. Cette façon de responsabiliser les mères a pour conséquence d'éloigner l'attention des réelles problématiques sociales et des inégalités structurelles (emploi, éducation, sécurité sociale) qui touchent majoritairement les femmes et les minorités (Boero, 2009). Aux États-Unis, la presse n'hésite pas à parler de *maternal blindness* pour désigner le fait que les mères ne voient pas l'obésité de leurs enfants et donc les mettent non seulement eux-mêmes en danger mais aussi le reste de la population. Cela impose un fardeau de responsabilité sur les épaules de chaque mère. Elles sont jugées laxistes et trop indulgentes avec la nourriture de leurs enfants. Les jeunes sont jugés hors de contrôle et ayant des comportements anormaux concernant la nourriture à cause de l'indulgence des parents et leur incapacité à dire non.

À l'opposé, la mère de Baptiste culpabilise d'être trop stricte, trop restrictive. La notion de restriction s'observe davantage du côté des professionnels issus du GROS comme nous le verrons par la suite (8.3), puisque leurs pratiques s'appuient justement sur cette analyse de la restriction au sein du foyer familial. La mère de Baptiste explique que lors de la prise en charge, elle a dû enlever toutes les interdictions alimentaires qu'elle avait fixées auparavant, sous les conseils des professionnels, mais que son fils a par la suite pris dix kilos :

> *Il y avait à la maison pas mal de restrictions, il y avait des aliments interdits, absents de la maison, gâteaux, chocolat, Nutella, on achetait plus tout ça, donc en commençant le programme on nous a dit qu'on avait fait beaucoup d'erreurs,*

> *mais quand on est seul face au problème… on fait ce qu'on pense être le mieux* […] *avant je l'obligeais à manger des légumes, je lui interdisais de manger du Nutella, des yaourts Danette, des bonbons, il y avait beaucoup de conflits, puis il y a eu le programme, j'ai arrêté les restrictions, pendant le programme pas de prise de poids, après le programme il a pris dix kilos*. (Entretien, Mère de Baptiste, 13 ans, 5ème, classe moyenne)

Selon Boero, depuis 2006, plus d'attention a été donnée au lien entre les parents sévères et l'obésité infantile. Finalement, les parents trop restrictifs pourraient aussi engendrer des soucis de poids chez leurs enfants. Dans tous les cas, peu importe ce que les mères font, trop laxistes ou trop strictes, elles sont perçues responsables du poids de leurs enfants et les mettent en danger de par leur mode d'éducation.

8.2.3. Des adolescents et des parents qui contournent les normes

Les normes médicales entrent en résistance sur la scène de l'ETP avec les parents de classes populaires mais aussi avec la majorité des adolescents qu'ils soient de classes populaires ou non. Dans les familles issues de classes moyennes et aisées les mères ont tendance à avoir davantage incorporé et intériorisé le discours des professionnels au sujet de la santé, mais il reste difficile pour leurs adolescents d'adhérer à ces nouvelles habitudes et à cet argument de santé et de risque.

Nous pouvons puiser dans la littérature sociologique de l'alimentation et du rapport au corps qui représentent les thématiques sur lesquelles l'ETP incite aux changements, pour s'apercevoir que les inégalités jouent un rôle prépondérant (Gojard, 2000, 2006 ; Lhuissier, 2006 ; Régnier & Masullo, 2009 ; Maurice, 2014). Les inégalités participent, en effet, à expliquer la difficulté de l'ETP à pénétrer les habitudes familiales profondément ancrées. Les normes médicales et institutionnelles, se heurtent ainsi aux habitudes privées qui peuvent être liées à des habitudes de classe, à des possibilités financières ou encore des habitudes culturelles (Fournier, 2015, p.109). Nous pourrions percevoir l'ETP comme une tentative d'imposer des valeurs médicales aux pratiques de soin privées (*ibid.* p.110) socialement différenciées. Cela est, en effet, particulièrement présent dans le cas de l'obésité qui connaît une distribution inégale notamment en termes de classes sociales.

8.2.3.1. La mise en visibilité de la violence symbolique chez les parents de classes populaires

La mère de Léna, appartenant à la classe moyenne, semble vouloir que sa fille applique à la lettre les recommandations : « *Je lui ai dit qu'elle devait prendre la décision elle-même pour l'hospitalisation, je lui ai expliqué qu'elle ne serait plus à son collège, plus à la maison, que le week-end à la maison ça serait les mêmes règles que là-bas* [au centre SSR] *»* (Entretien, Mère de Léna, 14 ans, 4ème). Elle veille à ce que sa fille applique les mêmes « *règles* » à la maison qu'au centre spécialisé B. Elle veille également à la répartition dans l'assiette de sa fille, et aux quantités : *« Il faut, la moitié d'une assiette de légumes, un quart de féculent et un quart de viande. »* (Entretien, Mère de Léna, 14 ans, 4ème). Ces normes correspondent, selon la mère, à des « règles techniques » au sens de Gojard (2010) que sa fille doit appliquer pour des raisons médicales. Comme nous l'avons déjà vu précédemment, cette mère est également en adéquation avec l'infirmière scolaire du collège de sa fille, qui a effectué quelques années auparavant le diagnostic de sa fille, contrairement à Léna qui réagit très mal à cette annonce d'« obésité » faite par l'école. C'est également la mère de Léna qui va négocier avec le médecin traitant de la famille afin que ce dernier provoque un « *électrochoc* » chez Léna concernant son poids. Si la mère est ainsi en adéquation avec les normes véhiculées par les différents professionnels rencontrés lors de sa trajectoire, Léna, quant à elle, contourne les normes que les professionnels et sa mère tentent de lui faire acquérir. Sa mère explique que : *« 50 % de légumes c'est compliqué pour Léna. »* Elle a alors essayé d'acheter des assiettes de plus petite taille pour que sa fille mange moins, mais cela ne fonctionne pas parce qu'elle a toujours tendance à se resservir. Lorsque la mère prépare le repas de Léna à l'avance et part travailler, elle constate que sa fille ne mange pas ce qui est prévu et se cuisine ce qu'elle veut ou grignote. Après l'hospitalisation en centre SSR, Léna a eu quinze jours de vacances où sa mère dit ne l'avoir presque pas vu à la maison « *tellement elle sortait* » à l'extérieur avec ses amies. Ses sorties étaient synonymes pour la mère de mauvaises habitudes : *« elle était toujours chez ses copines, elle mangeait tout et n'importe quoi, n'importe quand ».* Finalement, juste avant notre entretien avec la mère, la jeune a décidé de *« se remettre à faire à manger et faire attention* […] *donc par exemple aujourd'hui elle s'est fait des nuggets au four avec des petits pois et carottes, et des petits-suisses, et une pomme. C'est chaotique.* » (Entretien, Mère de Léna, 14 ans, 4ème). Léna alterne des phases de perte de poids et des phases de prise de poids depuis les plusieurs années où elle est prise en charge. La mère de Léna associe cette fluctuation constante à son application ou non des normes et à sa motivation, comme les professionnels : « *À un moment donné*

elle a suivi le jeu, elle a perdu un peu de poids et ça s'est stabilisé, alors qu'avant ça montait sans s'arrêter [mais] *à un moment donné j'ai constaté que ça recommençait, après plusieurs consultations, le poids est remonté encore plus, elle n'était plus motivée* » (Entretien, Mère de Léna, 14 ans, 4ème).

Lors de nos observations, Mme Andreas, infirmière et sa collègue diététicienne, Mme Leclercq, proposent aux mères de changer les habitudes de toute la famille pour soutenir le jeune. Les mères, en particulier celles de classes populaires, répondent qu'elles ne veulent ni « *priver* » les autres enfants ni le mari. Les professionnels ne comprennent pas ces résistances. Les parents parlent en effet de « *privation* » lorsque les professionnelles suggèrent, par exemple, de limiter les boissons sucrées pour tout le monde, pour la santé. Ces incompréhensions entre professionnels et parents sont illustrées par l'analyse détaillée de l'observation de la consultation de Djamal. La retranscription de l'observation est issue de notre journal de terrain, en avril 2018. L'observation de la consultation de Djamal et sa mère révèle la non-adéquation de cette famille de classes populaires et surtout une certaine violence symbolique. Le discours des professionnels au sujet de l'alimentation ne semble que rarement incorporé par les parents de classes populaires et fonctionne parfois, en effet, comme une violence symbolique. Cette violence vient renforcer le sentiment de se sentir en dehors de la norme, alors que les adolescents sont déjà fréquemment jugés sur leur physique et que les parents peuvent également déjà être exclus de la norme en raison de leur contexte socio-économique défavorable.

Djamal est un adolescent de 16 ans. Il mesure 1m70 et pèse 105 kilos. Les parents sont tous les deux diabétiques et en obésité morbide. La fratrie est composée de 15 enfants, tous « *costauds* » pour reprendre les termes utilisés par la mère. Djamal est issu de classes populaires, ses deux parents sont au chômage. La consultation se déroule au sein du Centre SSR B avec l'infirmière référente, Mme Andreas et la diététicienne, Mme Leclercq. Djamal a déjà effectué une première consultation deux mois auparavant au sein du centre avec la pédiatre, le Dr Le Roux, pour un premier diagnostic. La consultation est réalisée en vue d'une prochaine hospitalisation. L'adolescent est accompagné de sa mère et de « *l'assistante sociale de la famille* » pour reprendre ses propres mots. Cette observation fait l'objet d'une analyse détaillée en annexe (Annexe n°16 : « Consultation avec Djamal et sa mère : mise en visibilité de la violence symbolique »), mais nous proposons un extrait ci-dessous :

Djamal, mise en visibilité de la violence symbolique sur la scène de l'ETP

Mme Leclerc, diététicienne, demande à la mère de Djamal ce qu'elle pense pouvoir modifier à la maison en ce qui concerne l'alimentation. Elle répond spontanément qu'elle cuisine « *beaucoup de frites et de pâtes* » à la maison parce que c'est « *rapide et facile* ». La diététicienne lui demande s'il est envisageable pour elle de changer ses habitudes alimentaires ou si ça semble trop compliqué. La mère hausse les épaules et répond qu'elle veut bien « *essayer* » de faire plus de légumes. Après un court silence, elle ajoute que finalement c'est « compliqué » parce qu'il y a toujours un enfant qui n'aime pas et qui va refuser de manger les légumes. Elle a peur de devoir cuisiner différents plats et de « ne plus s'en sortir ». Elle explique que cela va prendre du temps et coûter cher. Mme Leclercq lui conseille de continuer à réaliser un plat unique, mais en y ajoutant quelques légumes afin que chacun choisisse ce qu'il met dans son assiette. Le modèle alimentaire de la mère ne correspond pas à ce que ces professionnelles apprennent habituellement aux jeunes durant les ateliers où ils conseillent en effet de manger une entrée, un plat, un fromage et un dessert pour diversifier les aliments. La mère ajoute que ses enfants boivent beaucoup de « *limonade* ». C'est à ce moment que l'interaction entre Mme Leclercq et la mère se complique davantage. Mme Leclercq lui demande si elle peut envisager d'acheter « *moins de boissons sucrées* ». La mère réplique qu'il est « *hors de question* » qu'elle limite sa propre quantité de *coca cola*, et qu'elle se fait même surnommer « *Mme Coca* » dit-elle en rigolant et en nous regardant. Elle veut bien en revanche le suggérer à ses enfants, mais cela risque d'être compliqué également pour eux qui comme elle « *adorent ça* ». Elle ajoute qu'elle boit au minimum un litre de coca par jour. La diététicienne explique que sa démarche est de chercher à comprendre quels changements elle est réellement prête à faire, mais « *sans la forcer* ». La mère ne réagit plus. Mme Leclercq lui dit que ce n'est pas grave si Djamal boit un verre de coca tous les jours, mais par contre il doit veiller à ne pas boire la bouteille entièrement par exemple. La mère affirme que pourtant actuellement, chacun boit une bouteille par jour. L'assistante sociale prend la parole en regardant la mère de Djamal et lui explique que ce comportement n'est pas « convenable ». En prenant ainsi la parole, l'assistante sociale montre à la mère qu'elle soutient l'avis des professionnelles. Suite à l'intervention de l'assistante sociale, la mère dit qu'elle fera « *des efforts* » pour Djamal « *si c'est obligé* » et « *s'il le faut vraiment* ». Les termes employés montrent bien qu'elle ressent les choses comme une contrainte, ce qui s'oppose au discours de la diététicienne qui lui a précédemment expliqué qu'elle ne voulait pas la « forcer » à changer.

Extrait du journal de terrain, observations, Centre SSR B, Consultation individuelle, Djamal, 16 ans.

Lutz (2018) aborde cette question des inégalités à travers l'analyse de trajectoires de santé d'enfants à qui l'on a diagnostiqué un surpoids ou une obésité. Le sociologue questionne les changements intervenus dans les habitudes de vie des jeunes depuis la thérapie en centre hospitalier. Il met en lumière les mécanismes qui font que la position sociale des parents influence la conformité du style de vie des jeunes aux normes sanitaires et leur capacité d'adaptation à ces normes en s'appuyant sur les notions de capital culturel, économique et social de Bourdieu, et sa théorie de l'habitus (*ibid.* p. 227). Le « capital économique »[215] apparaît, ainsi, comme un frein à l'adoption d'un mode de vie conforme aux prescriptions médicales. La pression en termes économiques conduit les familles à consommer des produits en plus grande quantité et plus caloriques (*ibid.* p.228). Ce constat rejoint l'analyse de N. Darmon et *al*. (2004) et de Maillot et *al*. (2007), déjà évoqués, qui indiquent que les aliments les plus denses en énergie (comme les matières grasses, les féculents, les produits riches en sel et sucre) sont des sources peu chères de calories. En ce qui concerne le « capital social »[216], Lutz

[215] Pour évaluer le niveau de capital économique, Lutz s'est basé sur la variable de la profession des parents puisque l'information sur le revenu n'a pas été collectée dans les entretiens.

[216] Ce capital social a été estimé selon le discours des parents sur le réseau d'interconnaissance de l'enfant (famille, amis et camarades)

(2018) montre son rôle important dans la détermination du style de vie des enfants et de ce fait dans leur capacité à se conformer aux normes sanitaires. Les familles ayant un faible niveau de capital social, c'est-à-dire peu de réseau durable, de relations sociales semblent plus touchées par la déstructuration des pratiques alimentaires et des habitudes de vie (*ibid.* p.229). En ce qui concerne la place du « capital culturel »[217] au sein de l'analyse de Lutz, il y perçoit une influence sur ce qu'il nomme « la conformité » des familles aux prescriptions (2018, p.228). Pour notre part, nous désignons cette « conformité » davantage comme l'« appropriation » des normes pour souligner le fait que les familles produisent leurs propres normes et ne sont pas simplement conformes ou non à celles établies par le milieu médical. Selon Lutz cette différence en termes de capital culturel s'explique car les familles à bas niveau socio-économique sont celles qui sont « moins au courant des principes et des règles à suivre en matière de diététique et mouvement » (*ibid.* p.228-229). Cette explication est à nuancer puisque notre société se trouve aujourd'hui au centre de multiples injonctions alimentaires, d'une cacophonie alimentaire, que peu de gens peuvent éviter. Il n'existe pas tant un problème en termes de connaissances de la part des adolescents et parents qu'un problème en termes d'environnement extérieur qui donne des injonctions nutritionnelles multiples, mais surtout contradictoires entre elles et non adaptées aux modes de vie de tous. Ce qu'il est également intéressant de soulever c'est le constat que Lutz fait en ce qui concerne le ressenti des parents de bas niveau socio-économique face aux discours des professionnels de santé, qui rejoint nos constats. Le sociologue souligne la honte, la culpabilité et le sentiment d'être jugé, ainsi que critiqué qui émane de la part des parents (*ibid*. p.229). Malgré ces sentiments, que nous désignons comme le résultat d'une stigmatisation incorporée, le sociologue précise que ces familles légitiment tout de même le savoir transmis par les professionnels spécialisés et sont peu critiques (*ibid.*). Ce constat soulevé également par nos données empiriques semble en apparence aller à l'envers des conclusions des travaux de Régnier et Masullo (2009) qui exposent dans leur étude quatre formes de réception des règles et prescriptions corporelles et alimentaires chez les familles en fonction des classes sociales. Selon leurs travaux, les familles de catégories modestes et populaires sont souvent critiquent face aux normes institutionnelles. Pourtant, dans les travaux de Lutz (2018) comme dans les nôtres, les catégories modestes et populaires ne sont pas toujours dans cette résistance face aux normes sur la scène de l'ETP. Selon Lutz cette différence s'explique par le fait que ses travaux ciblent des familles qui sont engagées dans un accompagnement thérapeutique qui les contraint d'adhérer au minimum aux normes, contrairement aux travaux de Régnier et Masullo (2009) qui ne

[217] Le capital culturel a été évalué sur la base du niveau d'éducation des parents.

concernent pas uniquement des personnes en obésité, et encore moins inscrites dans un programme de prise en charge pour le poids. Plutôt que d'être critiques envers le discours des professionnels, les parents de classes populaires culpabilisent. Cela semble être révélateur du processus de stigmatisation incorporée et synonyme d'une médicalisation dite « achevée ».

8.2.3.2. Postures des adolescents face aux normes médicales

En ce qui concerne les adolescents, le constat initial est le même pour l'ensemble d'entre eux, ils ont tous connaissance des repères diffusés par le PNNS, notamment à travers les publicités alimentaires à la télévision, les plus connues étant les suivantes : « *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.* ». Cette bonne connaissance des normes diffusées par le PNNS est évoquée dans les travaux de Maurice (2012) et Guetat (2009). qui reconnaissent que les adolescents sont capables de citer un certain nombre de ces recommandations en particulier celle sur les cinq fruits et légumes (Guétat, 2009, p.127, citée par Maurice, 2012, p.6). Le même constat peut être fait sur notre terrain où les adolescents en obésité en viennent à parler spontanément de ces messages lors de nos entretiens biographiques. S'ils connaissent bien ces messages, cela ne les empêche pas d'y être insensibles tout autant que l'aspect santé. Lorsque certains évoquent l'aspect santé, c'est de manière très brève pour reprendre les mots des professionnels, à l'image d'Amélie qui semble réciter une leçon. Lorsque nous lui demandons si elle a changé des choses dans son quotidien depuis son hospitalisation, elle répond : « *J'ai appris à mieux manger, il faut manger des fruits et des légumes, j'ai appris que je devais perdre du poids parce que je pouvais avoir des problèmes de santé plus grave* » (Entretien, Amélie, 14 ans, 4ème, classes populaires). Ses propos sont désincarnés et retranscrivent ces diverses injonctions : « *je devais* » « *j'ai appris* » « *il faut* ». Ces injonctions sont faites pour des motifs de « santé », elle doit anticiper le fait que, dans le futur, son poids aura peut-être des répercussions sur sa santé. Néanmoins, d'après les propos de sa mère, Amélie n'arrive à appliquer aujourd'hui que peu de choses apprises lors de l'hospitalisation au centre spécialisé et elle a même continué à prendre du poids.

Lorsque les adolescents en obésité prennent la parole au sujet des recommandations nutritionnelles, ils semblent lassés, les jugent inutiles et trop répétitives. Maëlys est une adolescente de 15 ans, en seconde, issue d'une famille de classe moyenne et ses parents sont propriétaires d'une brasserie

dans le Nord. Elle a réalisé deux accompagnements thérapeutiques au Centre SSR B et s'apprête à en réaliser un troisième. Elle ne cesse de prendre du poids. Elle critique les ateliers sur la nutrition et les fameux cours sur la pyramide alimentaire qu'elle a réalisée avec Mme Leclercq. Cela montre la difficulté persistante à l'appropriation des recommandations, peu importe la classe sociale :

> *avec la diététicienne on avait fait un atelier sur la pyramide alimentaire, je la connais par cœur* [rire] *je sais que c'est pour nous aider, mais c'est bon quoi, au bout d'un moment on a compris. J'ai même l'impression que plus on nous bourre le crâne avec ça, plus on est attiré par des choses qu'il ne faut pas, à force de nous répéter "faut pas toucher, faut pas toucher, faut pas toucher" forcément à force…* [soupirs] (Maëlys, 15 ans, Snd).

Madleen, âgée de 15 ans, en seconde et issue d'une famille de classes populaires, connaît un long parcours de santé comme sa camarade Maëlys, cependant, des problématiques plus lourdes viennent s'ajouter à sa trajectoire. Ses parents sont séparés et la jeune a une très mauvaise relation avec son père, pour reprendre les propos de la mère. La famille est locataire d'une petite maison dans une banlieue pavillonnaire qui borde une imposante cité HLM du Nord. La mère est sans profession notamment parce que son obésité l'handicape. Son dernier emploi, en tant qu'agent d'entretien, lui faisait particulièrement mal au dos. Madleen a connu plusieurs prises en charge mais ne cesse de reprendre du poids. Elle témoigne des différents régimes qu'elle a essayé de faire entre chaque séjour et qui ont été des échecs. Son poids fait continuellement « le yoyo ». Jamais elle ne critiquera les professionnels ni remettra la faute sur eux contrairement à Maëlys, par exemple, qui évoque l'inutilité de certains cours sur l'alimentation. Madleen culpabilise davantage que Maëlys face à sa non-adéquation avec les normes prescrites lors de l'hospitalisation et avec les normes des régimes qu'elle s'impose entre chaque hospitalisation. Madleen continue de se faire harceler et se sent toujours mal dans sa peau. Elle se sent « *épanouie* », dit-elle, lorsqu'elle est en séjour parce qu'elle est avec des jeunes « *comme elle* ». Le retour à la maison est, en revanche, décrit comme étant particulièrement difficile pour mettre en œuvre les recommandations :

> *En fait je n'arrivais pas à avoir la sensation de ne plus avoir faim dont ils me parlaient là-bas* [au centre SSR] *Je ne sais pas pourquoi moi je n'y arrive pas. Puis je n'arrive pas à manger 50 % de légumes dans mon assiette alors que je sais comment doit être composée mon assiette. Après le centre, j'ai trouvé la solution de peser ce que je mangeais à la maison, mais c'était trop long, chiant, ça m'a frustré.* (Madleen, 15 ans, Snd)

Nous pouvons noter qu'elle ne critique pas les conseils qui lui sont délivrés au centre mais culpabilise de ne pas réussir à les appliquer, de ne pas réussir à ressentir sa sensation de faim, de satiété, de ne pas réussir à répartir les aliments comme indiqué, avec telle quantité, etc. La jeune essaye parfois de se faire à manger seule, de s'imposer des régimes mais elle est souvent frustrée au bout de quelques jours et le fait de ne pas manger comme les autres membres de la famille est également difficile. Madleen a fait plusieurs hospitalisations en centre SSR, comme Maëlys, et son poids n'a pas cessé de fluctuer et d'avoir tendance à augmenter. La prise de poids de Madleen semble toujours progresser puisqu'elle signale faire 93 kilos lors de la première hospitalisation et 98 kilos quelques semaines après avant de débuter la seconde.

Que les adolescents soient issus de classe moyenne ou de classes populaires, il semble difficile pour eux d'appliquer les recommandations des professionnels véhiculées sur la scène de l'ETP. Le retour à domicile après une hospitalisation de plusieurs semaines est notamment toujours très difficile à vivre. Il existe des variations dans la manière dont ils perçoivent ces normes et y donnent sens. Les adolescents de classe moyenne, comme Maëlys, semblent davantage critiques face aux recommandations, alors que les adolescents de classes populaires, comme Maëlys, semblent davantage dans une posture de culpabilité de ne pas réussir à mettre en œuvre ces recommandations.

Nous allons maintenant nous centrer sur les professionnels qui s'inspirent de la mouvance du Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids dans leur programme thérapeutique, et le revendiquent. Cela va nous permettre d'éclairer de nouveaux enjeux soulevés par de nouvelles pratiques.

8.3. Composer avec différentes normes institutionnelles : de la santé physique au bien-être psychologique

Ces professionnels s'appuient sur un modèle nommé biopsychosensoriel. Leurs pratiques révèlent la difficulté à répondre à différentes injonctions qui parfois se heurtent entre elles. D'un côté les professionnels s'emparent de la logique sur laquelle s'est fondée l'ETP, et donc un certain nombre de recommandations officielles pour organiser une prise en charge validée par l'ARS. Cela s'apparente aux pratiques révélées dans la partie précédente (8.2). De l'autre côté, ils cherchent à faire cohabiter la philosophie du GROS basée sur une approche biopsychosensorielle, elle-même

inspirée de l'alimentation intuitive, une méthode reconnue depuis 1995 et créée par deux nutritionnistes américaines (Tribole et Resh).

Pour illustrer cette partie, nous allons prendre appui sur les observations réalisées au sein du centre hospitalier E dans lequel le programme ETP mis en place par l'équipe pluridisciplinaire s'appuie sur une approche biopsychosensorielle. Les deux professionnels de l'équipe interrogés se revendiquent proches de la philosophie du GROS, le Dr Maes, pédiatre, et Mme Delannoy, psychologue et coordinatrice du programme.

8.3.1. Écarter la quête de la santé, et lutter contre la restriction cognitive

Selon les professionnels du GROS, 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 injustement qu'il serait nécessaire ou suffisant de manger « sain » pour perdre du poids. « *Il y a une distorsion entre problèmes de santé et problèmes de poids.* » (Entretien, Dr Maes, Pédiatre, Centre Hospitalier). Partant de ce postulat, lors des ateliers, les professionnels expliquent aux adolescents et parents qu'ils ne les accompagnent pas pour leur donner des conseils nutritionnels afin d'être en meilleure santé. On peut alors se questionner sur la manière dont ils justifient le fait de vouloir modifier prioritairement les comportements des adolescents si cela n'est pas pour un motif de santé et que les recommandations de la HAS (2011) déconseillent de faire de la perte de poids un objectif primordial ?

Leur objectif principal est d'équilibrer la « *balance énergétique* » mais non pas en usant d'arguments autour de la bonne santé et en privilégiant des aliments dits « sains », mais en veillant à respecter l'écoute de ses sensations alimentaires afin de ne pas engendrer de « restriction cognitive » chez l'adolescent :

> *Pour moi l'objectif est principalement sur le comportement alimentaire, les sensations donc la faim et satiété, la non-restriction, d'avoir une relation à l'alimentation plus seine et sereine, où je vois du plaisir alimentaire et non pas des calories, et le diable derrière certains aliments. Après on peut avoir des objectifs à côté autour de l'image et l'estime de soi, mais il faut plus que 6 séances pour travailler cela.* (Entretien, Mme Delannoy, Psychologue, Centre hospitalier)

Éviter ou atténuer la restriction cognitive (RC)[218] est le centre de leur objectif. Pour cela, les professionnels insistent sur le fait qu'il n'existe pas d'aliments sains d'un côté et malsains de l'autre, qu'il ne faut pas se priver lorsque l'on a faim et qu'il faut faire confiance à ses sensations alimentaires :

> *Il y a des familles avec des placards fermés à clé avec des aliments diabolisés, bien souvent en plus ce sont des enfants qui vont chercher la clé, ça induit des comportements de dingue, et certains ont déjà même une vraie restriction cognitive. Plus ils interdisent, plus ils poussent l'enfant à vouloir en manger. Il y a une BD de Gaston Lagaffe bien faite, où il y a un bouton où il y a écrit ne pas toucher, et il finit par appuyer.* (Entretien, Mme Delannoy, Psychologue, Centre Hospitalier)

Cela rejoint les discours que nous avons observés durant les différents congrès annuels du GROS. Lors des conférences, les professionnels annonçaient « *lutter contre la diabolisation de certains aliments* », et prônaient une « *séparation* » entre une logique basée sur la « *préservation de la santé* » et une logique basée sur la « *gestion du poids* ». Plus on diabolise certains aliments, plus cela invite à les « *surconsommer* » et donnent naissance à des « *comportements hyperphages* » à des « *compulsions alimentaires* », à de la « *boulimie* »[219] (Journal de terrain, observations, congrès du GROS, novembre 2018 et novembre 2019).

Dans cette même lignée, les professionnels observés cherchent à déconstruire les idées reçues sur l'alimentation jugées responsables des comportements alimentaires perturbés. D'un côté, les professionnels qui mettent en place une ETP « classique » utilisent un champ lexical prépondérant autour de la santé physique et de l'autre côté ceux qui se revendiquent avoir une approche biopsychosensorielle provenant du GROS veillent à privilégier l'écoute des sensations alimentaires et des émotions. Il s'agit d'un côté de veiller à une santé physique et de l'autre davantage à une santé mentale, psychologique. Les pratiques des professionnels spécialisés dans l'ETP à destination de l'obésité montrent que nous serions passé d'une logique de « manger pour sa santé physique » à « manger pour sa santé psychologique ». Il ne s'agit plus uniquement d'avoir des connaissances nutritionnelles et de les intégrer à son mode de vie afin de préserver sa santé future, il s'agit de développer une réflexion autour de ses attitudes et comportements envers l'alimentation, ce qu'ils

[218] Un individu dans cet état de restriction cognitive voit alterner deux états entre eux avec une périodicité variable. Le premier état se caractérise par un hypercontrôle au cours duquel il inhibe ses sensations alimentaires et maîtrise son comportement alimentaire. Le second consiste en un état de désinhibition et de perte de contrôle, prenant la forme d'accès hyperphagiques, de compulsions ou de crises boulimique. Définition à retrouver plus en détails sur le site officiel du GROS : https://www.gros.org/restriction-cognitive-et-regimes

[219] Ces mots entre guillemets sont des mots clés répétés durant les deux congrès auxquels nous avons assisté.

révèlent de nos émotions et de les réguler afin de veiller à sa santé psychologique dans le présent, à son bien-être mental. L'important est d'avoir une relation « seine » et « sereine » avec l'alimentation.

Au sein de la prise en charge, comment composent ces professionnels pour à la fois baser leurs pratiques sur les recommandations nutritionnelles officielles, l'ETP et les recommandations du GROS ? Comment concilier le respect des calories, des quantités, l'équilibre dans l'assiette, et en même temps s'inspirer d'une approche qui lutte contre les « *règles*[220] » alimentaires et prône l'écoute de ses sensations ? Comment faire cohabiter des recommandations comme « écouter son corps », « manger à sa faim » « travailler sa relation à l'alimentation » et de l'autre côté « manger trois repas par jours » et « 5 fruits et légumes par jour » ? Les pratiques de ces professionnels sont révélatrices de ces différentes injonctions qui tentent de cohabiter, c'est ce que nous allons analyser dans la partie suivante.

8.3.2. Des normes institutionnelles en concurrence

8.3.2.1. Les ateliers à destinations des adolescents

Au sein du centre hospitalier E, il existe des ateliers sur l'alimentation, d'autres sur le comportement alimentaire, d'autres sur l'activité physique et quelques ateliers de cuisine.

Lors de l'atelier sur la thématique de l'alimentation, dispensé aux adolescents, le diététicien apporte un certain nombre de connaissances nutritionnelles (Journal de terrain, observations, atelier centre hospitalier E, juin 2018). Il leur apprend les différents groupes d'aliments : VPO (Viande, Poisson, Œuf), féculents, fruits et légumes, produits laitiers, matière grasse, produits sucrés et boissons. Pour chaque catégorie d'aliments, il leur apprend ce que cela apporte à leur corps, par exemple, la viande, le poisson et les œufs apportent des protéines et servent à construire le muscle. Il expose également les quantités recommandées et/ou les fréquences de consommation. Pour reprendre l'exemple de la viande, du poisson et des œufs, il est conseillé 100 à 150 grammes par jours pour les moins de 12 ans et 150 à 200 grammes par jour pour les plus de 12 ans. Il expose également les aliments à éviter, par exemple, dans ce cas présent, la charcuterie et les produits panés comme les

[220] Le terme se comprend au sens d'un « régime », c'est-à-dire un ensemble de règles alimentaires.

nuggets, le cordon-bleu et le poisson pané. Il est conseillé de limiter la consommation de ces aliments à une fois par semaine. Cet atelier sur l'alimentation se rapproche des ateliers menés par les professionnels qui ont une approche classique de l'ETP. Au sein de l'équipe, ce diététicien recruté récemment[221] ne semble pas encore sensibilisé au discours de ses collègues, du GROS, ou alors il est difficilement applicable lors des ateliers dispensés sur l'alimentation. Si l'alimentation intuitive repose sur le fait de ne prioritairement pas avoir de règles alimentaires fixes, une fois que cette approche s'applique à un programme ETP au sein de l'hôpital, ses objectifs semblent moins évident à conserver. Les jeunes se retrouvent tout de même avec des recommandations nutritionnelles précises notamment des indications de quantité et des aliments à « *privilégier* » et d'autres à « *limiter* ».

En revanche, les cours dispensés sur le « *comportement alimentaire* » viennent mettre en lumière cette approche biopsychosensorielle. Lorsque le Dr Maes, pédiatre, et la psychologue, Mme Delannoy participent aux ateliers sur le comportement, ils utilisent un langage propre au GROS (Journal de terrain, observations, atelier centre hospitalier E, juin 2018). Ils conseillent aux jeunes de prendre leur temps pour manger, en minimum vingt minutes afin de pouvoir ressentir les premières sensations de satiété. Ils invitent les jeunes à manger uniquement lors qu'ils ont faim, quand cela leur fait « *plaisir* ». Ils leur conseillent d'arrêter de manger lorsqu'ils n'ont plus faim et non quand l'assiette est vide et avant d'avoir des sensations de mal au ventre. Ils essayent d'inviter les jeunes à parler de leurs différents ressentis corporels, lorsqu'ils ont faim ou au contraire trop mangé. Ils invitent également les jeunes à « *éviter de manger* » quand ils s'ennuient, quand ils n'ont pas faim, quand ils sont tristes, stressés, devant la télévision et enfin de n'avoir aucun aliment interdit dans leurs habitudes. Ils conseillent aux jeunes de ne pas se forcer à prendre un petit-déjeuner le matin s'ils n'ont pas faim, contrairement à ce que les professionnels ayant une approche « classique » peuvent prôner comme ceux du centre spécialisé B.

Les professionnels qui mettent en place une ETP dite classique et disent veiller par exemple aux sensations alimentaires mettent pourtant en avant un modèle alimentaire traditionnel et accordent une grande importance au petit-déjeuner par exemple, qui permet, selon eux, aux enfants de faire le plein d'énergie avant d'aller à l'école mais surtout d'éviter les grignotages par la suite. De l'autre côté, les professionnels du GROS déconstruisent ce discours qui fait partie, selon eux, des « *idées*

[221] Un homme âgé d'une vingtaine d'années, arrivé au sein de l'équipe récemment, depuis quelques mois.

reçues » et prônent de respecter ses sensations alimentaires, de faim, de satiété. Par exemple nous observons lors des ateliers sur le comportement alimentaire, qu'ils invitent les jeunes qui n'ont pas envie de prendre leur petit-déjeuner avant de partir à l'école, à emmener quelque chose à manger lors de la pause de la matinée pour compenser. Les professionnels expliquent encore davantage cela aux parents lors de l'accompagnement thérapeutique.

8.3.2.2. Les ateliers à destination des parents

Les parents ont, en effet, autant d'ateliers que les adolescents au sein du programme de l'hôpital E. La psychologue explique que le comportement alimentaire est abordé durant la séance 2 avec les enfants et durant la séance 3 avec les parents. Nous allons maintenant étudier quelques passages d'une transcription d'observation (Journal de terrain, observations, atelier, centre hospitalier E, juin 2018) d'un atelier à destination des parents. La famille de Nadia, qui prend part à cet accompagnement thérapeutique et fait l'objet d'autres transcriptions détaillées (Annexe n°4 : « Une journée de bilan multidisciplinaire avec la famille Mostefi »), sera au centre de cette analyse. Ce portrait regroupe trois membres d'une même famille de classes populaires, deux jeunes sœurs et leur mère âgée d'une trentaine d'années. Samia l'aînée est âgée de 10 ans, elle est en CM2 et sa petite sœur Anissa est âgée de 8 ans, est en CE2.

Les parents abordent l'activité physique et le comportement alimentaire pendant que les jeunes abordent la thématique de l'alimentation. L'atelier est animé par la psychologue Mme Delannoy et un éducateur médico-sportif. Un père et deux mères sont présents dont Nadia. Les parents et nous-même sommes divisés en deux équipes. Nadia propose de faire équipe avec nous. La première partie de l'atelier est centrée sur la thématique de l'activité physique. Nous passons ensuite au second exercice centré sur le poids et le comportement alimentaire. Nous disposons de diverses images que nous devons séparer en trois parties : les éléments qui font grossir, ceux qui font stabiliser le poids et ceux qui font maigrir. Il y a par exemple une image qui représente une personne mangeant dans un *fast food*, ou encore, mangeant devant la télévision, un jeune triste, une personne qui a mal au ventre, un jeune qui joue à l'extérieur avec des camarades, etc. Après plusieurs minutes, les professionnels proposent de confronter nos réponses et d'apporter les leurs. Selon les parents, ce qui fait grossir ce sont les mauvaises habitudes de vie, les mauvaises habitudes alimentaires, la génétique, le stress, la maladie, la sédentarité, et les grignotages. Ce qui fait maigrir c'est l'équilibre alimentaire, la bonne alimentation, le sport, manger lentement, manger sans écrans.

Face à ces réponses, Mme Delannoy propose de dessiner une balance pour représenter le poids. Elle explique aux parents que beaucoup de bonnes réponses ont été données mais que cette balance permet de synthétiser. Selon cette dernière, il existe deux raisons principales à la prise de poids : la « *prédisposition* » qui est responsable à hauteur de 20 % et ensuite l'alimentation et l'activité physique et sportive qu'elle désigne comme la « *balance énergétique* », qui est responsable de notre poids à hauteur de 80 %. La psychologue explique que lorsque la balance énergétique est déséquilibrée, c'est-à-dire que l'on mange plus que ce que l'on dépense, « *cela engendre une prise de poids* ». Généralement, si les enfants ont des problèmes d'obésité c'est non seulement qu'ils ont une prédisposition, mais aussi qu'ils ont une balance déséquilibrée.

Lors de l'atelier entre parents, les professionnels ne mettent pas en avant des aliments qui font grossir et d'autres qui font maigrir en effet, en revanche, ils distinguent les comportements qui amènent à grossir et ceux qui amènent à maigrir, ou à stabiliser le poids. Les images présentées aux parents appuient davantage sur les comportements que sur les nutriments eux-mêmes. Par exemple, ce qui fait grossir ce n'est pas la pizza, c'est le fait de la manger seul devant la télévision. Si l'on est à l'écoute de ses sensations lorsque l'on mange sa pizza, on arrivera plus vite à satiété et la consommation en termes caloriques ne sera alors pas excessive par rapport à nos besoins. Selon les professionnels, le déséquilibre de la balance énergétique serait fortement lié au comportement alimentaire, qui lui-même nécessite un travail psychologique doublé d'un travail autour de ses sensations. Comme nous l'avons évoqué lors du Chapitre 7, les causes d'ordre psychologique et comportemental sont particulièrement imbriquées chez les professionnels du GROS. Ils expliquent donc aux parents que l'objectif sera de modifier le comportement alimentaire du jeune grâce à un travail réflexif sur ses habitudes.

Par la suite lors de l'atelier, les professionnels demandent aux parents s'ils considèrent l'obésité comme une maladie. Les parents répondent à l'unanimité « *non* » et sont étonnés lorsque les professionnels leur annoncent que l'obésité est considérée comme une maladie. Nadia répond sur le ton de l'humour que cela signifie que le sport et l'alimentation sont considérés comme des « *traitements* ». Elle est très étonnée d'entendre de la part des professionnels que ses propos sont justes. Mme Delannoy lui explique que c'est une maladie dans le sens où il existe une « *prédisposition* », que c'est un « *facteur de risques* » et qu'il existe « *un traitement à part*

entière », même si « *ce traitement est en effet la prescription de sport et d'alimentation* ». On pourrait parler de « traitement comportemental » au sens de Tourette-Turgis (2011, 2013) :

> L'introduction de modifications thérapeutiques d'un style de vie alimentaire et physique représente un enjeu complexe dans la vie d'une personne qui se voit, d'un côté, contrainte à une main mise du discours médical sur ses habitudes alimentaires et, d'un autre côté, contrainte à l'incitation à une rupture avec ses habitudes quotidiennes. (Tourette-Turgis, 2011, p.125)

La psychologue explique que pour perdre du poids il faut forcément associer le sport et l'alimentation : l'activité physique en elle-même ne fait pas maigrir, l'alimentation en elle-même ne fait pas maigrir, mais l'équilibre des deux en revanche va avoir un impact sur le poids. C'est parce que l'on va consommer moins d'énergie, de calories que ce que l'on va dépenser dans l'activité physique et sportive, que l'on va maigrir. À nouveau, les parents sont étonnés. La différence fondamentale avec les ateliers classiques d'ETP réside dans le champ lexical employé par les professionnels, en particulier à la fin de l'observation où la psychologue propose aux parents de se centrer sur le comportement alimentaire de leurs enfants à travers les « *sensations de faim et satiété* » et non pas à travers des « *règles alimentaires pour leur bonne santé* ». Le poids est davantage discuté que pour les accompagnements thérapeutiques plus « classiques ». La psychologisation est aussi encore plus présente, il ne s'agit plus de réguler ses comportements au nom de sa santé physique, organique, mais de sa santé mentale et de son bien-être psychologique.

La psychologue propose par exemple aux parents de ne plus forcer les enfants à prendre leur petit-déjeuner le matin avant d'aller à l'école. Les parents sont tous grandement étonnés. Ils sont inquiets à l'idée de ne plus appliquer cela. Nadia explique en fin d'atelier qu'auparavant elle forçait ses filles à manger avant de partir à l'école, car elle avait peur de les imaginer avoir faim en plein cours et qu'elles travaillent dans de mauvaises conditions. Elle explique qu'elle avait toujours eu l'impression d'entendre ce type de discours dans la presse, mais aussi de la part de son médecin. Depuis cet atelier sur le comportement alimentaire, elle expliquera par la suite qu'elle a arrêté de forcer Samia et Anissa à manger avant d'aller à l'école. Mme Delannoy félicite Nadia et lui explique que comme ça les filles seront amenées à se questionner sur leur faim avant de partir à l'école. Lorsque nous posons la question aux filles lors de la dernière journée d'ETP, elles ont beaucoup de mal à parler de leurs sensations, elles continuent à prendre un petit-déjeuner par habitude pour l'instant.

Pour clôturer l'atelier, la psychologue leur propose d'aider leurs adolescents à faire « *l'expérience du jeûne du petit-déjeuner* ». Il s'agit pour l'enfant d'essayer un matin durant le week-end de ne prendre son petit-déjeuner que lorsqu'il aura réussi à identifier des sensations de faim. En général, les jeunes ont faim vers 14h lorsqu'ils réalisent cet exercice. Cela leur permet de comprendre quels sont leurs signaux de faim et provoque des déclics selon les professionnels. Le témoignage de la mère de Claire avec qui nous nous sommes entretenu, va en ce sens. Claire est âgée de 13 ans, en 4ème et elle est issue d'une famille de classes populaires. C'est l'unique adolescente interrogée qui a réussi à perdre du poids et le maintenir à long terme. Ce qui ressort de l'entretien biographique avec Claire, c'est que contrairement aux autres adolescents, elle n'a jamais subi de moqueries, ou de harcèlement à l'école. De plus, ses camarades de classe sont souvent « *bien portants* » pour reprendre les termes de la mère. Claire habite dans une zone rurale, au sein d'un village de 700 habitants, dans le Nord. Ce village accueille majoritairement des retraités et des ouvriers. Nous pouvons ajouter à cela le fait qu'elle est proche de la coordinatrice de l'ETP, Mme Delannoy, dans le sens où elles habitent dans le même village et se croisent fréquemment. Sa mère explique que si elle a réussi la prise en charge, c'est qu'elle a surtout appris à reconnaître « la sensation de faim ». La mère explique que cela a eu une incidence aussitôt sur son poids. Claire ajoute qu'elle est passée d'une taille 44 en vêtements à une taille 40. Depuis, elle s'est stabilisée dans le temps puisque nous nous sommes entretenu des mois après la prise en charge et qu'elle n'avait toujours pas repris de poids :

> *À la dernière pesée, elle est arrivée avec un grand sourire "regarde c'est bon j'ai perdu" et sans faire de régime, puis elle avait retrouvé sa sensation de faim, elle avait tout compris déjà donc elle a perdu plus vite, par le fait de comprendre, même en rentrant à la maison, ce n'est pas pour ça qu'elle va manger plus ou moins, elle mange quand elle a faim maintenant* […] *comme ils expliquaient, le but ce n'est pas de faire un régime, c'est d'écouter sa sensation de faim.* (Entretien, Mère de Claire, 13 ans, 4ème)

Le même discours que les professionnels apparaît, un discours anti-régime, basé sur les sensations de faim, la compréhension de son corps. Si Claire a réussi à être à l'écoute de sa sensation de faim, c'est grâce à un exercice pratique qui a été conseillé par l'équipe de professionnels. Claire et sa mère associent cette sensation de faim à quelque chose de technique acquis durant la prise en charge grâce à un exercice particulier.

> *Claire avait fait sa sensation de faim un week-end. Mme Delannoy lui avait demandé "quand est-ce que tu prends tes repas ?" elle avait dit "je mange le*

> *matin, le midi, le soir" alors elle lui avait demandé "est-ce que tu manges quand tu as faim ou pas ?", mais Claire ne savait pas répondre. Donc Mme Delannoy lui avait dit d'essayer un matin de ne pas prendre son petit-déjeuner, et d'attendre d'avoir réellement faim. Le midi elle n'avait pas faim, et elle avait retrouvé sa sensation de faim vers 15h, elle avait des gargouillis, ça a démarré comme ça, et voilà comment elle a retrouvé cette sensation. Grâce à ça elle a perdu 2,5 kilos.* (Entretien, Mère de Claire, 13 ans, 4ème)

La mère de Claire attribue aussi la réussite de la perte de poids au fait que sa fille n'avait pas les autres problématiques des jeunes qui s'ajoutent habituellement à cette perte de sensations. Les autres mères présentes lors de la prise en charge en groupe lui soulignaient d'ailleurs cette différence : « *déjà dès le départ les autres mamans me disaient : "ta fille elle n'est pas comme les nôtres, les nôtres grignotent, ils vont dans l'armoire pour voler, il y a des disputes" moi il n'y a pas tout ça* ». Mme Delannoy, psychologue, a également souligné cette différence :

> *À la fin des ateliers, Mme Delannoy nous a dit que Claire avait juste besoin de la diététicienne parce que sinon elle a tout compris. C'était la prise en charge idéale entre guillemets, comme on s'est dit avec Mme Delannoy. Puis même pendant les discussions entre parents, où ils disaient le comportement des enfants, je me suis dit "qu'est-ce que je fais là ? Claire mange normalement, elle ne vole pas, elle mange trop lentement"... je me suis demandée...* (Entretien, Mère de Claire, 13 ans, 4ème)

Si cela s'est bien passé pour elle, tous les jeunes ne réussissent pas à appliquer cet exercice. Cela semble difficile pour Samia et Anissa par exemple. De plus, le garçon présent au programme d'ETP avec les deux sœurs, Léo, également de classes populaires, exprime de grandes difficultés à mettre des mots sur ses sensations alimentaires. Durant les ateliers, les parents de Léo alternent. Tantôt c'est le père qui participe, tantôt la mère. Le père de Léo est suivi dans un service voisin de l'hôpital E pour son diabète et fait souvent part des règles nutritionnelles qu'il y apprend, qu'il applique et qu'il tente d'apprendre à son fils. Ces normes sont en contradiction avec ce que les professionnels du GROS veulent véhiculer comme message qui est justement de s'éloigner des différentes règles pour davantage écouter ses ressentis corporels et travailler sa relation à la nourriture. Le père et le fils semblent peu adhérer aux recommandations des professionnels du GROS et paraissent parfois même réticents. Cette expérience du jeûne s'oppose totalement à ce qui est préconisé par les professionnels qui mettent en place une ETP plus classique, qui, *a contrario*, déconseillent fortement aux adolescents de sauter des repas pour éviter par la suite de compenser en grignotant.

À travers les ateliers des adolescents animés par le diététicien autour de la thématique « alimentation », nous constatons que l'approche d'une ETP dite « classique » reste prédominante puisque l'alimentation est abordée sous forme de groupes d'aliments, de quantités précises, d'aliments à éviter et d'aliments à privilégier. En revanche, l'approche du GROS prend forme au sein des ateliers autour de la thématique du « comportement alimentaire » que cela soit avec les adolescents comme les parents. Lors de la prise en charge, l'adolescent et ses parents se retrouvent eux-mêmes à devoir composer entre tout un ensemble de connaissances, non seulement autour de l'alimentation, mais aussi autour de l'écoute de ses émotions et de ses sensations. Ce sont ces différentes injonctions contradictoires et surtout leur appropriation que nous allons maintenant analysées.

8.3.3. Le rapport à l'alimentation au corps genré et socialement différencié

Mme Delannoy, psychologue, explique que pour « *lever les interdits alimentaires* » et travailler autour des comportements alimentaires des jeunes, il faut également changer ceux des parents, puisque parfois ils sont eux-mêmes dans une forme de restriction cognitive. Comme dans la logique de l'ETP dite « classique » les parents se retrouvent impliqués :

> [les parents] *ont une vraie place, et notre prise en charge est très centrée sur les sensations alimentaires, les interdits, absolument pas dans le régime, il n'y a pas l'idée de perdre du poids à tout prix, donc si on travaille comme ça avec les enfants, mais que les parents ont une approche restrictive, ça ne colle pas. Donc ça paraît indispensable au vu de notre approche.* […] *Il faut qu'ils comprennent le comportement de l'enfant, et il faut travailler aussi la confiance, parce que l'on se rend compte que certains parents sont dans l'hyper contrôle : « mange telle quantité » « attention on sort je te surveille à l'apéro » et moi je leur dis « il n'y a que votre enfant qui peut estimer ses sensations alimentaires, donc vous devez apprendre à lâcher et faire confiance à votre enfant et si à 15h il dit avoir faim, faut voir, est-ce qu'il a vraiment faim, est-ce qu'il sait ce que c'est la faim, et si vous estimez qu'il avait bien mangé le midi est-ce que vous essayez de l'occuper* (Entretien, Mme Delannoy, psychologue, Centre hospitalier).

Les mères sont à nouveau plus visées que les pères dans le changement de comportement souhaité, car elles sont perçues potentiellement comme plus concernées par l'alternance de phases de régimes restrictifs, de pratiques alimentaires restrictives et donc comme pouvant transmettre dans leur éducation des croyances erronées de l'alimentation (aliments sains, malsains, etc.) et engendrer

chez ce dernier des comportements alimentaires perturbés voire même une RC : *« Les mamans ont souvent un passé de régime important avec beaucoup d'idées reçues, le Nutella c'est interdit, les bonbons sont interdits. »* (Entretien, Mme Delannoy, psychologue, Centre hospitalier).

Les professionnels expliquent le renoncement des patients à suivre leur méthode biopsychosensorielle comme le symbole de croyances liées à la pratique de régimes trop ancrées en particulier chez les femmes, mères :

> *et parfois on vient contredire un discours que ces mères ont entendu dix ou quinze ans, comment peut-on avoir plus de crédibilité que le médecin traitant qui a donné une liste d'aliments autorisés et interdits, ou qu'une diététicienne qui avait ce discours-là ? Comme cela peut-être le cas de certains services voisins à l'hôpital* (Mme Delannoy, Psychologue, Centre hospitalier).

Ce modèle biopsychosensoriel qui peine à être incorporé montre à quel point le culte de la minceur et l'injonction de règles diététiques en particulier envers les femmes sont présents. Selon Régnier (2017) on pourrait parler d'une forme de régulation corporelle qui viendrait encadrer, contenir et réglementer le corps des femmes, en particulier à travers leurs pratiques alimentaires. En ce sens un rapport récent de l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) constate que les personnes qui pratiquent le plus souvent des régimes sont les femmes, et les personnes en obésité, sachant que ces deux variables se renforcent mutuellement quand elles sont associées. L'injonction d'un « corps-sur-mesure » (Régnier, 2017) semble si fortement présente chez les femmes, qu'elles sont nombreuses à faire des régimes.

La mère de Baptiste, de classe moyenne, explique qu'avant de commencer le programme ETP, elle faisait un « *rééquilibrage alimentaire* » avec son fils :

> *Avant la prise en charge on s'était inscrit à un programme Croq'Kilos, qui n'est pas fait pour les enfants, mais permet de rééquilibrer l'alimentation, ce n'est pas un régime, l'intérêt c'est que c'est varié, il y a beaucoup de recettes, on a mis ça en place, et il y avait à la maison pas mal de restrictions, il y avait des aliments interdits, absents de la maison, gâteaux, chocolat, Nutella, on achetait plus tout ça, et commençant le programme prise en charge on nous a dit qu'on avait fait beaucoup d'erreurs, mais quand on est seul face au problème… on fait ce qu'on pense être le mieux.* (Entretien, Mère de Baptiste, 13 ans, 5ème)

Les travaux de Carof (2015b) montrent que si les femmes de classes populaires usent du terme de « régime », comme le portrait de Madllen en témoigne, celles de classes moyennes et supérieures,

comme c'est le cas de la mère de Baptiste, préfèrent le terme de « rééquilibrage alimentaire » pour signifier que c'est un mode de vie inscrit dans la durée et lié à la santé. Ce type de « rééquilibrage alimentaire » est tout de même perçu aux yeux des professionnels du GROS comme un « régime » dans le sens où il y a de nombreuses règles. Les professionnels du GROS considèrent que de nombreux régimes restrictifs se cachent derrière le terme de « rééquilibrage alimentaire ». Depuis le programme ETP, la mère de Baptiste se sent coupable d'avoir été « *restrictive* » avec son fils. Elle fait un lien direct entre son contrôle dit « *excessif* » et l'obésité de son enfant :

> *Je ne le contrôle plus, je ne veux pas refaire ça. Je me suis bien rendu compte grâce au travail psychologique que j'étais trop au contrôle. La psychologue a tout fait pour me déculpabiliser. Au début je me disais que c'était moi qui avais généré les problèmes de poids de mon fils à force de mettre des contraintes, pour moi, pour lui. Donc je ne vais certainement pas en remettre maintenant, je laisse le paquet de carambar en évidence, j'arrête de le cacher* […] *j'ai appris qu'il ne fallait pas parler de calories, de restriction alimentaire, que c'était plus se baser sur les sensations, et en fait tous les gens peuvent arriver à leur poids d'équilibre en suivant des règles simples, mais qu'il faut vraiment écouter son corps, c'est plus facile à dire qu'à faire*. (Entretien, Mère de Baptiste, 13 ans, 5ème)

Malgré ces divers conseils, le jeune a pris dix kilos dès la fin du programme. La mère explique cette prise de poids parce que le jeune ne faisait plus de sport le mercredi, que toutes les contraintes alimentaires étaient levées, et qu'il a manqué d'un suivi médical :

> *On a enlevé toutes les contraintes, ce qui fait qu'à la fin du programme il a pris 10 kilos, pendant le programme il s'est stabilisé, mais il y avait du sport le mercredi, le programme a pris fin en décembre 2017, il y a eu les vacances et Noël, donc les fêtes de famille, puis ma belle mère était malade donc on était moins disponible pour Baptiste… C'était une période pas facile, pour tout le monde. À la fin du programme il a dit qu'il ne voulait pas de suivi, en avril 2018 j'ai eu la psychologue au téléphone au sujet de votre venue, et je lui ai dit que je n'avais aucun suivi de la part de l'hôpital, aucun courrier, le médecin traitant n'avait jamais reçu de courrier, elle a mené son enquête, elle s'est occupée de tout ça, on a reçu un compte rendu, elle nous a rappelés, et on a accepté un nouveau suivi.* (Entretien, Mère de Baptiste, 13 ans, 5ème)

Lhuissier (2006) a aussi pointé du doigt cette non-adéquation de certains patients au discours biopsychosensoriel lors d'une observation d'atelier diététique pour femmes en obésité dans le Nord au sein d'un quartier populaire. En effet la diététicienne et la psychologue qui animent l'atelier décrit par la sociologue, ont un discours qui s'approche des membres du GROS selon nous : elles prescrivent aux femmes de manger quand elles ont faim, d'écouter leur corps et de manger sans

modération. Suite à cela, de nombreuses participantes quittent l'atelier. Selon Lhuissier ce type de discours peut fonctionner comme une « violence symbolique » puisque les recommandations renvoient à des pratiques qu'elles essayent de réprimer depuis de longues années. Cela va à l'encontre des nombreux régimes qu'elles ont effectués au cours de leur vie, donc de leurs pratiques. Les participantes regrettent le caractère insuffisamment prescriptif des ateliers. Soulignons à nouveau la distance sociale qu'il existe entre les professionnels et les participantes.

L'importance du genre est à souligner puisque ce sont les comportements alimentaires de la mère qui sont détaillés par les professionnels, mais la classe sociale vient aussi renforcer par la suite les inégalités. Certains patients, en général les plus précarisés, semblent plus rassurés à l'idée d'avoir un régime avec des règles à suivre, des conseils précis, une liste de menus et sont moins réceptifs à suivre une prise en charge basée sur l'écoute du corps, des sensations et des émotions. Cette difficulté est constatée par les professionnels qui font parfois face à des patients qui ne reviennent pas suite à l'exposé de leurs méthodes de travail : « *Ça nous est déjà arrivé, quelqu'un qui n'est pas revenu, car il attendait juste un régime et de la restriction* […] » (Entretien, Mme Delannoy, Psychologue, Centre hospitalier) ; « *Souvent, ils viennent pour le poids et on identifie autre chose et on discute. Alors qu'eux ils venaient pour un régime et ils repartent avec une consultation psychologique, donc il y a des gens qui n'adhèrent pas du tout, ils ne comprennent pas et ne reviennent pas.* » (Entretien, Dr Thiriet, Médecin nutritionniste, Centre hospitalier). C'est le cas de Léo, le jeune garçon observé durant les ateliers. Léo et son père nous expliquent lors d'échanges informels la difficulté pour l'adolescent à écouter ses sensations alimentaires. Léo est en colère car lorsqu'il explique aux professionnels qu'il n'y arrive pas, ces derniers mettent en doute sa parole. Léo explique pourtant qu'il n'arrive souvent pas à s'arrêter de manger lors des repas en famille et que cela est d'autant plus difficile, même non-envisageable selon lui, lors des sorties à l'extérieur. La prise en charge est un échec selon lui. Il ne s'est pas fait comprendre par les professionnels, il n'a pas perdu de poids et il se sent frustré.

On peut alors se demander si ce modèle biopsychosensoriel est adapté aux habitudes privées des familles, aux pratiques des différentes classes sociales et aux pratiques des adolescents. Est-ce que les adolescents arrivent à écouter leurs signaux de faim et satiété quand l'envie de perdre du poids reste prédominante et que la stigmatisation des corps gros et le culte de la minceur sont omniprésents ? Quelques professionnels évoquent lors des entretiens que les adolescents surtout ceux les plus en précarité sont « *déconnectés de leurs ressentis corporels et de leurs émotions* »,

pour reprendre les termes de la psychomotricienne du centre spécialisé B, « *ils ont beaucoup de mal à dire ce qu'ils ressentent, un manque d'éducation émotionnelle, manque d'expérience émotionnelle, surtout les garçons, surtout ceux en précarité.* » Elle évoque la difficulté de plusieurs d'entre eux à être à l'écoute de leurs sensations physiques, de leur corps : « *en général tous les jeunes en surpoids au début n'écoutent pas leurs corps, quand tu leur demandes si ça va ils te disent "ça va" quand tu leur demandes "qu'est-ce que tu ressens ?" ils disent "rien", si tu leur fais faire des étirements, ils disent qu'ils ne ressentent rien* ». En se basant sur l'approche biopsychosensorielle, les professionnels souhaitent conduire les familles vers un rapport au corps très développé, réfléchi, intellectualisé, où l'individu, ici l'adolescent, écoute son corps, ses sensations corporelles, s'interroge continuellement sur sa relation avec l'alimentation, sur le lien entre son comportement alimentaire et ses émotions. Dans l'imaginaire, les consommateurs intuitifs seraient à l'écoute de leur corps sur l'incorporation des aliments, des signaux alertant la faim, la satiété et ils seraient moins focalisés sur l'image perçue et la perte de poids à tout prix. Finalement cela fait écho à ce que Boltanski décrit dans ses travaux (1971) comme un modèle surtout appliqué par les femmes, de classes moyennes et aisées. Il montre que le rapport au corps est socialement très différent : le milieu social influe sur le statut et les usages du corps. Le rapport au corps privilégié dans les milieux populaires est un corps outil quand celui des milieux favorisés valorise un rapport d'écoute et de réflexion au corps. Les classes aisées accordent plus d'importance à leur corps et lui prêtent une relation plus attentive. De plus, les sensations corporelles générées par l'alimentation connaîtraient aussi une distinction selon les classes sociales :

> Ses sensations qui suivent l'absorption d'un repas riche en féculents et en graisses paraissent faire l'objet d'une attribution très différente selon la classe sociale, la part des individus qui les sélectionnent et les attribuent à la classe des sensations morbides – sensation de "lourdeur", de "mal au cœur", de "nausées", "d'assoupissement", et "d'encombrement", etc. – plutôt qu'à celle des sensations euphoriques de la réplétion digestive – sensations d'être "calé", d'être "rempli", de "reprendre des forces", etc. – croissant régulièrement quand on passe des classes populaires aux classes supérieures. (Boltanski, 1971, p.211)

Cette approche biopsychosensorielle condamne les professionnels à psychologiser les enjeux sociaux. Si le jeune ne réussit pas à changer son comportement alimentaire et continue à prendre du poids, c'est parce qu'il n'est pas à l'écoute de son corps, qu'il n'arrive pas à être attentif à ses signaux de faim et satiété. Comme nous l'avons déjà montré tout au long du chapitre, cette psychologisation des rapports sociaux, le social qui est réinterprété en termes relationnel et psychologique, tend à responsabiliser toujours davantage l'individu (Castel et *al.,* 2008, p.17) et

dans notre cas, à culpabiliser le jeune pour son poids, pour ses habitudes alimentaires, et d'activités physiques. Le fait de passer d'une logique de « manger pour sa santé physique future » à « manger pour sa santé mentale » ne fait pas disparaître les rapports sociaux inégalitaires qui se jouent au sein des interactions professionnels-parents-adolescents.

Pour conclure ce chapitre, dans les classes moyennes et aisés l'intériorisation des normes dites médicales ou encore institutionnelles se fait de manière relativement plus simple pour les parents, que dans les milieux populaires où ce travail remet en question parfois de manière violente le style de vie, l'éducation parentale, initialement plus éloignés des normes portées par les professionnels. De plus, même si certaines mères de classes moyennes et aisées adhèrent aux normes, les adolescents semblent généralement résister à l'imposition de nouvelles normes. Les parents et adolescents de classes populaires ne sont pas particulièrement critiques face aux discours des professionnels spécialisés puisqu'ils ont espoir de perdre du poids pour faire taire la stigmatisation extérieure et correspondre aux normes demandées. En revanche, les discours des professionnels, éloignés de leurs habitudes de vie, peuvent être comparés à une forme de violence symbolique, qui finalement, vient à terme renforcer le processus de stigmatisation puisqu'ils se sentent en dehors des normes à travers leurs pratiques. Cela se révèle à travers la forte culpabilité en particulier des mères de classes populaires que nous appelons le *mother blame* et des adolescentes. Si la « résistance » de ces familles populaires ne se fait pas entendre sur la scène spécialisée, la culpabilité prend le dessus, et se donne à voir à travers leurs nombreuses pauses, absences, abandons sur la scène de l'ETP et leurs difficultés d'application des normes. La stigmatisation incorporée, invisible au sein des accompagnements thérapeutiques, prend alors la forme de jugements portés à l'égard de pratiques et représentations considérées comme déviantes, qui sont profondément liées à des thématiques « intimes » relevant de l'alimentation, du corps et de l'éducation parentale. Aussi, la notion de temps est fondamentale puisque nous parlons de « trajectoires » et que le processus de stigmatisation se construit, s'amplifie ou non au fil du temps, des expériences et des interactions. À force de ne pas parvenir à appliquer les normes médicales, ou de ne pas réussir à s'y tenir sur le long terme, les parents et adolescents se sentent hors normes dans leurs pratiques, et responsables voire coupables. On observe une accumulation dans le processus de stigmatisation : stigmatisation du corps obèse et stigmatisation des pratiques.

Conclusion générale

Cette recherche s'est donnée pour objet l'étude des interactions entre plusieurs faits sociaux : inégalités sociales, stigmatisation et obésité. La singularité de l'étude a été de rendre compte de la manière dont les inégalités et la stigmatisation peuvent être visibles, se façonnent, se renforcent et se mêlent tout au long de la trajectoire d'adolescents en obésité inscrits dans un programme d'éducation thérapeutique (ETP). Elle s'est ainsi attachée à mettre en lumière la complexité de ces phénomènes. En explorant l'emprise du social sur le biologique, elle a permis l'appréhension des processus par lesquels les inégalités s'inscrivent dans les corps.

Nous avons participé à donner un nouvel éclairage à la question de la mise en œuvre et de la réception des normes médicales véhiculées par les programmes d'éducation thérapeutique en adoptant une analyse en termes de « trajectoires » de maladie pour analyser différents points de vue : ceux des professionnels, des adolescents et des parents. L'étude des interactions sociales mêlées aux rapports sociaux, notamment de classes et de sexes, a été mise à l'honneur. Nous avons notamment interrogé les écarts entre les rôles attendus ou prescrits par les professionnels et les rôles effectivement endossés par les patients, à travers les stratégies de négociation ou de résistance déployées, afin de faire émerger les attentes normatives qui pèsent sur les patients jusqu'à parfois laisser apparaître une violence symbolique. La consommation alimentaire constitue un espace où se forgent les goûts et les identités de classe, caractéristiques auxquelles les normes de santé publique et d'éducation thérapeutique peuvent se heurter. Tout en prenant en compte les différenciations sociales en matière de représentations et de pratiques à l'égard de l'alimentation, du corps et de la maladie, cette recherche a distingué différentes manières de s'approprier un programme d'éducation thérapeutique. Nous avons également adopté une approche sociohistorique visant à comprendre l'histoire de l'obésité construite comme catégorie médicale et de santé publique ainsi que la mise en place de recommandations, de dispositifs de soins et les différents modèles médicaux de gestion de la maladie. Cette recherche a, en effet, proposé une extension de la notion de « trajectoire de maladie » par celle de « trajectoire collective » (Carricaburu, 1997, 1999) afin de traduire la mise en forme de l'obésité effectuée historiquement par la médecine et les politiques de santé publique constituant les conditions de sa gestion, communes aux différents acteurs et influençant leurs interactions sociales sur la scène médicale. En s'inspirant des *Fat studies*, ce travail a permis de saisir la corpulence comme une nouvelle variable permettant d'analyser sous un angle sociologique novateur à la fois les discours, les pratiques et l'organisation sociale.

Ce travail a été rendu possible grâce à une enquête qualitative mixte et multi-située : une analyse de corpus de discours médicaux, des entretiens semi-directifs avec des professionnels de diverses disciplines (endocrinologie, nutrition, soin, éducation médico-sportif, psychologie, etc.), des entretiens biographiques auprès d'adolescents et parents ainsi que des observations au sein de différents programmes d'ETP (centres spécialisés, centres hospitaliers et réseaux de santé).

L'expérience du cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité des adolescents

Les parents et adolescents mettent davantage en avant les conséquences sociales de l'obésité que ses conséquences physiques. L'obésité est davantage vécue comme un handicap que comme une maladie. Les adolescents se retrouvent à fuir les lieux habituels de socialisation ou à élaborer des stratégies pour échapper aux regards et paroles stigmatisantes. Les retentissements du stigmate sur la vie sociale des adolescents sont nombreux : isolement, exclusion de la scène scolaire, désocialisation progressive. Ils développent des stratégies, des « bricolages », pour le dissimuler en fonction du lieu où ils se trouvent et de la présence de certaines personnes. Ils portent des vêtements amples, sombres, des cache-cou, des manches longues. Sur la scène médicale spécialisée, les jeunes sont souvent habillés en tenue de sport ou dans des couleurs sombres, au point que les professionnels parlent d'« *uniforme* ». Ils évitent les lieux où leurs corps peuvent être soumis aux jugements comme les activités sportives, notamment la piscine, ou encore les sorties *shopping.*

Les formes de stigmatisation les plus récurrentes et mises en avant par les adolescents sont celles véhiculées par leur groupe de pairs à l'école, à tel point qu'elles représentent le premier motif de consultation sur la scène médicale spécialisée. Elles prennent la forme de moqueries, d'insultes, voire d'affrontements physiques. À force d'être jugés, pointés du doigt, moqués, l'école n'est plus ressentie par les jeunes comme un espace possible de socialisation et de construction identitaire, ils s'y sentent dépréciés et rejetés. Ils mettent en place des stratégies d'évitement de certains lieux comme les cours de sport où leurs corps sont particulièrement soumis aux regards extérieurs, et la cantine où leur consommation alimentaire est décortiquée par les pairs. Certains garçons ne se rendent plus dans la cour de l'école et préfèrent rester cachés au centre de documentation et d'information durant les pauses afin d'éviter de se retrouver au centre de conflits avec leurs camarades. Les filles font fréquemment des malaises et des crises d'angoisse à l'école. Les garçons se plaignent souvent de maux de ventre avant de partir à l'école. La récurrence des épisodes de

stigmatisation finit par impacter la réussite, ou plutôt, l'échec scolaire. Plusieurs adolescents voient leurs résultats scolaires fluctuer selon les périodes en fonction de la plus ou moins grande intensité de la stigmatisation. Si le fait de subir le harcèlement scolaire n'est, certes, pas spécifique à un groupe social il est, en revanche, fortement présent chez les jeunes ayant un stigmate visible et, comme le harcèlement scolaire entraîne une diminution du capital social chez l'enfant, les jeunes issus de classes moyennes ou aisées, disposant généralement d'un plus grand capital social de base, seraient donc moins impactés par ce harcèlement. Pour les jeunes issus de classes populaires, le harcèlement tend à engendrer un isolement plus prononcé et peut se cumuler avec d'autres formes d'inégalités. Les ressources dont ils disposent pour faire face au harcèlement sont moins conséquentes. De nombreux jeunes en obésité sont déscolarisés, totalement ou partiellement, aussi existe-t-il une distinction selon les sexes et les classes. L'ensemble des garçons de classes populaires sont déscolarisés dès le collège. Plusieurs d'entre eux passent leurs journées chez eux à jouer aux jeux vidéo, particulièrement à des jeux en ligne où ils interagissent avec d'autres joueurs pour accéder à la socialisation que leurs groupes de pairs de l'école ne leur permettent plus d'obtenir. Les garçons les plus âgés (15-18 ans) ne partagent plus de repas avec leurs parents et frères et sœurs, ils ont des horaires décalés et fluctuants par rapport au reste de la famille, ils dorment parfois la journée et jouent aux jeux en réseau la nuit.

En dehors de l'école, le processus de stigmatisation est également continuellement négocié. Les garçons de classes populaires qui pratiquent le football sont progressivement évincés de leurs clubs et se sentent mis à l'écart par leurs camarades et entraîneurs. Cette mise à l'écart peut être violente pour les jeunes qui se sentent privés de ces moments de socialisation entre pairs. Les filles se sentent, quant à elles, limitées dans leurs choix vestimentaires et luttent pour que l'habillement ne soit pas un second motif d'exclusion par le groupe de pairs. L'intégration sociale par l'apparence devient alors un véritable combat : les adolescentes étant déjà stigmatisées pour leur corps, il leur devient d'autant plus impératif de pouvoir s'habiller comme le font les autres pour ne pas renforcer leur stigmate. Les codes sexués en matière d'apparence physique sont, par ailleurs, fortement présents à l'âge de l'adolescence. Si les garçons en obésité peuvent se fondre dans la norme vestimentaire tout en étant à l'aise dans leurs habits, en masquant leurs formes, en portant des joggings, des pulls larges et des baskets, il est moins évident pour les filles d'adopter ce genre de style qui les place en rupture avec les codes traditionnels de la féminité. Les jeunes filles sont invitées à accorder de l'importance à leur apparence, savoir mettre en valeur leur corps, mais elles sont aussi tenues de le faire sans provoquer et tout en gérant au mieux leur stigmate.

Les filles expriment davantage leur culpabilité d'être en dehors des normes corporelles et verbalisent davantage leurs ressentis que les garçons. Elles évoquent notamment leur manque de confiance en elles et la souffrance engendrée par les jugements portés sur leur corps. Elles se disent mal dans leur peau, se déprécient elles-mêmes et ne supportent plus de se regarder dans le miroir. Le processus de stigmatisation semble pleinement incorporé, c'est-à-dire qu'elles finissent par considérer comme vraies ou normales les remarques qui leur sont faites à l'égard de leur poids.

Cette ethnographie des adolescents en obésité a mis en avant le cercle vicieux de la stigmatisation qu'ils subissent. Le rôle joué par leurs parents n'est cependant pas à négliger pour comprendre leurs trajectoires, en particulier celui joué par les mères car elles subissent une partie du discrédit lié au stigmate mais aussi l'essoufflement de se battre et la recherche constante de solutions pour se réajuster aux normes prescrites. Les mères agissent comme de véritables directrices de trajectoires pour leurs adolescents. C'est la stigmatisation extérieure, perçue par l'adolescent et la mère, qui est à l'origine de la consultation initiale chez un spécialiste. Cette dernière est alors sollicitée non pas pour une souffrance physique, métabolique, mais pour une souffrance sociale. Les mères et adolescents se retrouvent ainsi, en recevant le diagnostic « obésité », avec une réponse médicale à un problème qu'ils jugent social. Si, dans le cas de certaines maladies ou handicaps comme le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le fait d'être reconnu comme un « malade » permet de ne plus être considéré comme « déviant » et donc de déculpabiliser, pour l'obésité, le processus est plus complexe. L'annonce du diagnostic d'obésité est un moment particulièrement révélateur des négociations et de l'affrontement normatif car soignés et soignants ne partagent pas la même définition du poids : simple constat chiffré grâce à l'IMC pour les soignants et situations de stigmatisation pour les soignés.

Responsabilisation individuelle et attentes normatives

> Alors que l'ensemble des pays occidentaux a connu au cours des cinquante dernières années une amélioration de l'état de santé de sa population […] tous les individus n'en profitent pas également. Quels que soient les maladies, les populations ou les indicateurs considérés, on observe de grandes différences entre groupes sociaux. (De Saint Pol, 2009, p.65)

L'obésité n'échappe pas à ce constat et connaît une distribution inégale en termes de classes sociales, sexes et zones géographiques (De Saint Pol, 2007). La santé est l'une des dimensions de la

vie pour lesquelles il existe encore aujourd'hui de fortes inégalités sociales dont certaines, comme c'est le cas pour l'obésité, ont tendance à s'accroître.

Si, en France, le cadrage de mise sur agenda politique de l'obésité désigne les facteurs sociostructurels comme étant partiellement à l'origine de la situation, contrairement aux États-Unis où la responsabilité individuelle des personnes concernées est davantage mise en avant (Saguy et *al*., 2010), force est de constater que les instruments déployés visent dans tous les cas principalement à responsabiliser les individus et à prioritairement modifier leurs comportements individuels. Les comportements individuels jugés « à risque » pour l'obésité sont souvent mentionnés pour expliquer les inégalités sociales, notamment dans les études épidémiologiques. Les politiques publiques de santé s'attardent à cibler l'individu et les actions qui visent les inégalités sociales sont moins ambitieuses malgré le lien souligné à maintes reprises entre obésité et inégalités. Pourtant, plus la définition des inégalités sociales de santé met l'accent sur les comportements à risque, plus on s'éloigne d'une définition qui met en cause l'ensemble de la structure sociale.

Tout comme sa mise à l'agenda, l'institutionnalisation de la prise en charge de l'obésité repose sur une logique individualiste, centrée sur la modification des comportements. L'accompagnement thérapeutique des adolescents en situation d'obésité a comme priorité la modification de leurs comportements dans plusieurs domaines : alimentation, activité physique, sédentarité et rythme de vie dont le sommeil (HAS, 2011). L'ETP prend place dans un contexte où les habitudes de vie conditionnent une meilleure santé, ou du moins, une stabilisation de l'état de santé et n'est alors efficace que si le patient est actif dans son changement de mode de vie et prend en charge sa santé. Pour tendre vers cette figure de l'*homo medicus*, tant souhaitée par les politiques publiques et le milieu médical, les adolescents en obésité sont accompagnés par une équipe de professionnels pluridisciplinaires (pédiatre, infirmière, psychologue, diététicienne, éducateur médico-sportif, etc.). Il existe alors « un gouvernement des pratiques qui sert finalement de support de socialisation des [adolescents] au modèle de l'homo medicus ; socialisation au sens du processus par lequel les relations entre tiers conduisent à fabriquer des corps et des esprits […] sains et donc en bonne santé » (Cardon, 2015, p.71). Le jeune patient ne doit plus simplement montrer qu'il écoute ni même apprendre un ensemble de gestes techniques comme cela peut, par exemple, être le cas pour les personnes diabétiques, mais doit être dans une logique de contrôle de soi, d'*empowerment*, de gestion de ses pulsions et doit finalement intellectualiser son rapport à son propre corps et à son

alimentation. L'adolescent en obésité doit repenser et modifier son mode de vie dans son intégralité, tout en faisant preuve d'autonomie et de motivation. Nous sommes dans une culture qui nous fait penser depuis des décennies que les problèmes sociaux peuvent être résolus à un niveau individuel (Cabanas & Illouz, 2018)

Afin de légitimer le fait de chercher à modifier les comportements des jeunes en obésité, c'est l'argument de la « *bonne santé* » qui est mis en avant par les professionnels qui mettent en place une éducation thérapeutique dite « classique ». L'adolescent ne doit pas venir chercher une perte de poids, il doit avant tout veiller à sa santé et anticiper les risques qu'il pourrait y avoir pour son futur s'il continue à être en obésité. C'est avec ce même argument autour de la « *santé* » que les professionnels considèrent que les parents doivent également s'investir dans la démarche car l'éducation thérapeutique, « *c'est bon pour toute la famille* » (Mme Leclercq, Diététicienne, Centre spécialisé). Les professionnels qui s'appuient plutôt sur les recommandations véhiculées par le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et Surpoids (GROS) pour constituer leurs pratiques, révèlent quant à eux la difficulté à répondre à ces différentes injonctions. Ils suivent, d'une part, la logique sur laquelle s'est fondée l'éducation thérapeutique « classique » et s'appuient, d'autre part, sur le modèle biopsychosensoriel inspiré de l'alimentation intuitive. Leur objectif principal est d'équilibrer la balance énergétique, non pas en usant d'arguments autour de la bonne santé physique et en conseillant de privilégier la consommation d'aliments dits « *sains* », mais en veillant à respecter l'écoute des sensations alimentaires afin de ne pas engendrer de « *restriction cognitive* » chez l'adolescent. En se basant sur l'approche biopsychosensorielle, les professionnels souhaitent conduire les familles vers un rapport au corps très développé, réfléchi, intellectualisé, où l'individu, ici l'adolescent, écoute son corps, ses sensations corporelles, s'interroge continuellement sur sa relation à l'alimentation et sur le lien entre son comportement alimentaire et ses émotions. Dans l'imaginaire, les consommateurs intuitifs seraient à l'écoute de leur corps en ce qui concerne l'incorporation des aliments, les signaux alertant la faim, la satiété et ils seraient alors moins focalisés sur la perte de poids. Si l'alimentation intuitive repose sur le fait de ne prioritairement pas avoir de règles alimentaires fixes, une fois qu'elle s'applique à un programme d'éducation thérapeutique au sein de l'hôpital, son objectif semble moins évident à conserver. Les jeunes se retrouvant tout de même contraints de suivre des indications alimentaires concernant les quantités de nourriture conseillées, les aliments à privilégier et ceux à limiter.

Les différentes pratiques des professionnels montrent que nous sommes en train de glisser d'une logique de « manger pour sa santé physique » à « manger pour son bien-être psychologique ». La modification des comportements individuels reste cependant la priorité dans les deux situations, que cela soit pour tendre vers un idéal de santé physique ou de santé mentale/psychologique. Envisager le succès de la modification de comportements implique de concevoir l'individu comme un *homo medicus*, acteur autonome, confiant, rationnel, réflexif, prudent, capable de faire les « bons » choix, ici en matière d'alimentation et de santé au sens large. En considérant que cette cible idéale de l'*homo medicus* existe, l'éducation thérapeutique oublie les déterminismes sociaux, culturels, familiaux qui pèsent sur les individus, ainsi que le poids des groupes de référence. Pourtant, la perception du risque est socialement distribuée et les personnes les plus défavorisées sont les plus éloignées de l'*homo medicus*. Nous pouvons observer des écarts entre les rôles attendus et les rôles effectifs des adolescents en obésité et de leurs parents, des mécanismes de résistance de leur part ou encore des blocages structurels et contextuels. Même si l'argumentaire des professionnels varie, l'éducation thérapeutique ne représente pas moins une imposition des modèles dominants de soins corporels. Les parents et adolescents de classes sociales populaires disposent d'une moins grande « capacité d'action » sur leurs trajectoires, répondent et adhèrent moins facilement aux normes des professionnels. De manière générale, dans les classes moyennes et aisées, l'intériorisation des normes médicales se fait de manière relativement plus facile que dans les milieux populaires et précaires où ce travail remet en question de manière parfois violente le style de vie, c'est-à-dire les pratiques et représentations, mais aussi l'éducation parentale. Les normes médicales viennent heurter des habitudes privées, fortement ancrées socialement. À titre d'exemple, la demande d'autonomie faite par les professionnels à l'égard des jeunes est perçue différemment selon les classes sociales : si les mères[222] de classes moyennes et aisées adhèrent à cette incitation à l'autonomie, les mères de classes populaires peuvent la percevoir comme un manque d'implication de la part des professionnels. À l'inverse, il arrive que les professionnels interprètent comme du désintérêt le fait qu'une mère en grande précarité incite son adolescent à être autonome dans la gestion de sa maladie. Les malentendus socioculturels sont nombreux sur la scène médicale. En ce qui concerne plus spécifiquement la prise en charge qui repose sur le modèle biopsychosensoriel, les mères de classes populaires, souvent habituées à la pratique de régimes depuis de nombreuses années, semblent moins réceptives à ce que leurs adolescents suivent une prise en charge basée sur

[222] Nous préférons parler de « mères » plutôt que de « parents » puisque notre enquête s'est essentiellement basée sur des entretiens et observations auprès de mères, les pères étant relativement absents de la scène médicale. Nous ne voulons ainsi pas généraliser certains propos aux deux parents puisque les discours et pratiques des pères auraient peut-être laissé apparaître des mécanismes différents de gestion des trajectoires. Les pratiques et discours des pères pourraient d'ailleurs constituer une piste de recherche à approfondir.

l'alimentation intuitive, l'écoute du corps, des sensations et des émotions. Que ce soit au nom de la santé physique ou au nom du bien-être mental, les normes médicales peinent à être acceptées, en particulier par les parents de classes populaires. Le fait de passer d'une logique de « manger pour sa santé physique » à « manger pour son bien-être psychologique » ne fait pas disparaître les rapports sociaux inégalitaires qui se jouent au sein des interactions entre professionnels, parents et adolescents. De plus, même si les mères de classes moyennes et aisées adhèrent généralement aux discours des professionnels, les adolescents semblent plus réticents et plus résistants à l'imposition de nouvelles normes, peu importe leurs classes sociales. Si les professionnels visent, par exemple, prioritairement la modification des comportements à long terme, les jeunes conservent tous la perte de poids comme objectif principal, adoptant une vision sur le court terme. Aussi, lors de sorties avec leurs groupes de pairs, les adolescents n'hésitent pas à contourner les normes et à consommer les mêmes choses que les autres, que cela soit recommandé ou non par les parents comme par les professionnels. Enfin, il existe des différences de genre entre les jeunes sur leur manière de s'approprier les normes. Les garçons sont moins sensibles au discours psychologique des professionnels que les filles. Le modèle biopsychosensoriel est particulièrement rejeté par les garçons, encore plus ceux de classes populaires. Nous avons par exemple pu observer le cas d'une jeune fille issue de classes populaires, Claire, qui s'est appropriée les normes de l'alimentation intuitive, au point de réussir à perdre du poids à long terme, et celui d'un garçon de classe moyenne, Baptiste, qui se trouve en difficulté pour adhérer aux normes médicales et a même continué à prendre du poids à la suite du programme ETP.

Nos travaux sont à rapprocher des concepts de « socialisation » et « incorporation » au sens de M. Darmon (2013 [2006]). Les processus de socialisation comportent non seulement l'intériorisation de normes et de valeurs, c'est-à-dire la connaissance de ce qui se fait ou non dans un milieu donné, des idéaux ou des codes sociaux mais c'est aussi l'incorporation, souvent inconsciente et pratique, de dispositions qui peuvent être des dispositions à penser ou à croire et qui sont aussi des dispositions à agir. Ce processus a été conceptualisé par Bourdieu sous le nom d'habitus, concept qui entend désigner un ensemble de conduites sociales intériorisées : « tous les principes de choix sont incorporés, devenus postures, dispositions du corps : les valeurs sont des gestes, des manières de se tenir debout, de marcher, de parler » (1980, p.133-134). C'est parce que la socialisation est plurielle qu'elle façonne un homme pluriel. Les professionnels, et les normes dont ils sont porteurs, sont des instances importantes de socialisation des adolescents dont ils accroissent le caractère pluriel. Les négociations sur la scène médicale peuvent ainsi révéler une mise en tension de dispositions

contradictoires dans le cas où les cadres socialisateurs - familial et médical - sont partiellement ou totalement incompatibles (Lahire, 2005, p.305-307). L'analyse en termes de différenciation des rapports à cette norme fait ainsi apparaître des effets différents en fonction, notamment, de la position sociale de la famille.

Responsabilisation, culpabilisation et stigmatisation

Les épisodes de stigmatisation fortement présents dans les parcours de vie des adolescents viennent bouleverser les interactions entre les parents, les adolescents et les professionnels. Les familles sont sans cesse en train de gérer le stigmate et d'élaborer des stratégies afin de dissimuler l'étiquette de déviant que l'on peut leur attribuer.

Face à une annonce du diagnostic d'« obésité » non-sollicité et faite par un professionnel non-spécialisé, la réponse adoptée par le patient peut être comparable à celle adoptée face au processus de stigmatisation : soit le rejet si le professionnel est jugé non-légitime, soit l'incorporation. Le rejet du stigmate peut se traduire par de la colère, un affrontement, ou une dévalorisation du discours de la personne stigmatisante comme cela peut, par exemple, se produire lorsque les infirmières scolaires annoncent au jeune qu'il est en « obésité ». L'incorporation du stigmate et donc de ses attributs péjoratifs peut, quant à elle, se traduire par une forme de résignation, d'acceptation qui engendre plus ou moins de culpabilité selon la négociation faite entre le stigmatisé et le stigmatiseur. Cela peut, par exemple, se produire lorsque c'est le médecin traitant qui effectue l'annonce. Le rejet ou l'incorporation du stigmate s'observe principalement chez les mères de classes populaires. Les mères de classes moyennes et aisées ne semblent pas vivre l'annonce de l'obésité comme un processus stigmatisant, au contraire, certaines mères encouragent les professionnels, infirmières scolaires ou médecins traitants, à annoncer à leur adolescent son obésité afin de lui faire avoir un « *déclic* » et de lui donner la motivation de suivre une prise en charge.

Les professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité se disent conscients de la forte culpabilité et stigmatisation qu'il existe dans les parcours de vie des jeunes comme de leurs parents. L'accompagnement thérapeutique de l'obésité pourrait même être, selon eux, une manière de participer à leur déculpabilisation, voire à leur déstigmatisation, grâce à l'usage d'un langage proprement médical. La médicalisation de l'obésité participerait alors à atténuer sa moralisation. Pour cela, lors de l'annonce de l'obésité, les spécialistes utilisent un langage propre à la

« *maladie* », aux « *risques de santé* », ils font de la courbe IMC un outil de diagnostic et mobilisent davantage les causes génétiques et psychologiques de l'obésité. Pourtant, sachant que le cœur de l'accompagnement thérapeutique de l'obésité repose principalement par la suite sur des ateliers qui visent le changement de comportement alimentaire et d'activité physique, non seulement de l'adolescent mais aussi de toute la famille, cette volonté de médicaliser pour déstigmatiser s'efface dans les faits.

La logique individualiste sur laquelle repose l'ETP a tendance à renforcer la mise à l'écart des personnes qui n'arrivent pas à mettre en application ces recommandations et se sentent ainsi jugées responsables, voire coupables, de leur obésité. Même si ces recommandations peuvent *a priori* être considérées comme bienfaisantes, le problème est que l'individu qui ne se conforme pas aux normes dictées par la culture du risque et le culte de la santé est qualifié de déviant (Peretti-Watel & Moatti, 2006). Lors de la prise en charge, la vie quotidienne devient le support d'une thérapeutique à moduler en permanence, d'autant plus pour les classes populaires, qui sont déjà, en temps ordinaire, plus éloignées des normes que les classes moyennes et supérieures. L'intimité familiale se retrouve mise à nue sur la scène médicale et assez vite, le sentiment de responsabilité peut se transformer en un sentiment de culpabilité. Sur la scène spécialisée de la prise en charge de l'obésité, les familles ne formulent que rarement le fait de rejeter les normes médicales véhiculées par les professionnels. Les adolescents et parents, en particulier ceux issus de classes populaires, s'éloignent cependant des normes dans leurs pratiques, d'autant plus à long terme. La remise en question des normes médicales se fait discrète sur notre terrain d'enquête. Le fait que les familles soient engagées dans un programme d'éducation les amène à adhérer *a minima* aux normes, ou du moins à essayer d'y adhérer, y compris les familles dites de classes populaires et modestes, qui sont généralement pourtant les plus critiques à l'égard des prescriptions alimentaires et corporelles (Régnier & Masullo, 2009). Si les parents et adolescents de classes populaires ne sont pas particulièrement critiques face aux discours des professionnels spécialisés, les discours des professionnels, éloignés de leurs habitudes de vie, peuvent en revanche être comparés à une forme de violence symbolique. Se sentir en dehors des normes à cause de leurs pratiques, participe, à terme, à renforcer le processus de stigmatisation. L'éducation thérapeutique participe à la diffusion des modèles dominants de soins corporels dans les catégories dominées et ajoute sa propre force symbolique à la stigmatisation morale des plus démunis. Notre enquête met en avant une dévalorisation symbolique de l'obésité et surtout du style de vie qui la produit, principalement celui des classes populaires. Les mères interrogées, en particulier celles de classes populaires, ont cette

impression d'être jugées et accusées d'être responsables du poids de leur enfant par les professionnels. Elles ont l'impression de ne pas le nourrir correctement, de mal choisir les aliments, d'avoir fait une erreur durant la grossesse, de ne pas être assez présentes au domicile, d'être trop présentes, de mal l'éduquer. Les mères de classes moyennes et aisées ont le sentiment d'être trop strictes et donc responsables du sentiment de frustration de leur adolescent, de sa restriction cognitive, et les mères de classes populaires ont davantage le sentiment d'être trop laxistes et de ne pas assez souvent dire « *non* ». Le sentiment de responsabilité se transforme en sentiment de culpabilité dans les deux cas pour ces mères. Si la « résistance » de ces familles ne se fait que peu entendre sur la scène spécialisée car la culpabilité et la honte priment chez elles, elle se donne à voir à travers leurs nombreuses pauses, absences, abandons sur la scène de l'ETP et leurs difficultés d'application des normes.

Si les parents et adolescents entretiennent une culpabilité face à l'échec de la mise en place de nouveaux comportements durables, les professionnels ont tendance à donner une explication psychologique à cet « *échec* ». L'absence de déclic de l'adolescent ou son manque de motivation sont des arguments leur permettant d'expliquer l'échec thérapeutique. Nous avons là une manière de psychologiser un phénomène pouvant être perçu sociologiquement comme un révélateur de « dispositions », au sens de Bourdieu. En souhaitant que le jeune ait un « *déclic* », les professionnels attendent qu'une bifurcation biographique s'opère : ils aspirent à la modification de styles de vie. À force de donner une explication individualisante et psychologisante à l'échec de la modification des comportements, les professionnels prennent le risque de voir le processus de stigmatisation s'accentuer dans la trajectoire des adolescents et font peser une violence symbolique sur les classes populaires. Les professionnels qui s'inspirent de l'alimentation intuitive psychologisent davantage encore les échecs car si le jeune ne réussit pas à changer son comportement alimentaire et continue à prendre du poids, c'est parce qu'il n'est pas, selon eux, à l'écoute de son corps, qu'il n'arrive pas à être attentif aux signaux de faim, rassasiement et satiété.

Au sein des accompagnements thérapeutiques, la stigmatisation incorporée prend la forme de jugements portés à l'égard de représentations et pratiques du patient considérées comme déviantes alors qu'elles sont liées à des thématiques relevant de l'intimité, de l'alimentation, du corps et de l'éducation parentale. Même si les professionnels n'ont pas l'intention d'apposer un stigmate à leurs patients, dans la répétition des interactions, à force de placer la modification du comportement de l'adolescent au centre de l'ETP, d'adopter un argumentaire responsabilisant et de psychologiser des

enjeux sociaux, les discours et pratiques des professionnels finissent par engendrer, chez certains adolescents et parents, ce sentiment d'avoir des pratiques en dehors de la norme.

Ce sentiment de culpabilité d'avoir des pratiques en dehors de la norme vient s'ajouter à cet autre sentiment d'être physiquement en dehors de la norme provoqué par les épisodes antérieurs de stigmatisation. Les jeunes ont en effet, pour la plupart, vécu cette stigmatisation, notamment sur la scène médicale, lors de visites chez le médecin traitant ou aux urgences, ou encore à l'école, par le biais des pairs ou des infirmières scolaires mais également à travers la grossophobie généralisée au sein de notre société et de cette injonction, surtout faite aux femmes, d'avoir un « corps-sur-mesure » (Régnier, 2017), de préférence mince. Au-delà de recouvrir uniquement des agressions verbales ou du harcèlement, la stigmatisation existe sous différents degrés nécessaires à prendre en compte pour comprendre l'intégralité de son fonctionnement, et les « conseils bienveillants » peuvent en faire partie (Carof, 2019). Cette thèse participe à éclairer ce constat et considère, en effet, que même les recommandations véhiculées par des professionnels spécialisés sur la scène de l'ETP peuvent, dans certains contextes, être un vecteur supplémentaire de stigmatisation. Cette thèse considère alors l'affrontement normatif comme une forme de stigmatisation des pratiques alimentaires et, plus indirectement, une stigmatisation de la corpulence qui vient participer à renforcer le processus cumulatif des inégalités.

Perspectives de recherche pour des prolongements

Notre enquête a pris place dans le Nord et le Pas-de-Calais, qui présentent le taux de prévalence de l'obésité le plus élevé de France et se trouvent dans une situation sanitaire et sociale particulièrement marquée par les inégalités, comme on peut le voir à travers l'étude de la distribution des cas de cancer dans la région (Aïach, 2004 ; Loretti, 2017). Un travail comparatif avec une autre région qui présenterait un contexte moins marqué par les inégalités et un taux de prévalence de l'obésité moins élevé pourrait permettre de rendre plus visible le phénomène de cumul des inégalités dans le Nord et le Pas-de-Calais.

De plus, si notre étude en termes de trajectoires d'adolescents permet de mettre en avant le rôle joué par les rapports sociaux de classes sociales et de sexes (genre), l'impact que peuvent avoir d'autres rapports sociaux sur les patients mériterait d'être examiné plus en détail comme ceux de « race » et d'âge. Nous pourrions, par exemple, effectuer des comparaisons avec des enquêtés plus jeunes car

les prises en charge mises en place dans les structures observées proposent généralement des programmes d'ETP distincts selon les âges. Il pourrait alors être intéressant de comparer les différences entre ces programmes, l'implication des parents étant davantage requise par les professionnels dans les cas où ce sont des enfants et non des adolescents qui sont suivis. Nous pourrions ainsi éclairer les différences de réception et d'incorporation des normes médicales selon les âges, en plus de prendre en considération l'importance accordée par les professionnels de santé à l'implication des parents dans le processus de soin, ou encore de questionner si cette volonté de rendre autonome le jeune est aussi prégnante que dans les parcours d'adolescents.

L'école étant, quant à elle, le lieu où la stigmatisation est la plus présente d'après les adolescents et leurs parents enquêtés, ce terrain mériterait également une analyse approfondie afin de saisir la manière dont elle participe au processus de construction de la maladie de l'adolescent. Nous pourrions envisager d'accorder plus d'importance aux discours et pratiques des professionnels scolaires, observer la manière dont ils abordent l'obésité avec leurs élèves, notamment à travers la mise en œuvre de programmes d'éducation à l'alimentation et interroger la manière dont ils font face au harcèlement scolaire que subissent les jeunes en obésité.

Il serait également pertinent d'enquêter sur les personnes âgées en obésité, notamment sur la manière dont elles composent avec les différentes recommandations qui émanent des professionnels intervenants à domicile, comme les aides à domicile, sachant que les pratiques alimentaires sont au cœur des politiques préventives de santé à destination des personnes âgées (Cardon, 2007). D'après l'enquête Obépi (2012), ce sont d'ailleurs les personnes qui appartiennent aux tranches d'âges des 55-64 ans et 65 et plus, qui présentent l'IMC le plus élevé et le plus grand nombre de cas de surpoids et d'obésité.

Nous aimerions plus particulièrement approfondir nos travaux autour des personnes engagées dans une opération de chirurgie bariatrique. La chirurgie bariatrique regroupe les techniques chirurgicales qui ont pour objectif la réduction du volume de l'estomac et des circuits intestinaux en vue d'une perte de poids (*sleeve*, *by-pass*, anneau gastrique). C'est une intervention de « *dernier recours* »[223] qui s'inscrit dans la prise en charge plus générale de l'obésité. Notre recherche a mis en avant un nombre important de parents, en particulier de mères, ayant eu recours à la chirurgie bariatrique. De

[223] Elle se justifie en cas d'échec du traitement médical, quand l'état de santé de la personne souffrant d'obésité sévère ou morbide risque de se dégrader si rien n'est fait pour lui permettre de perdre du poids.

plus, un certain nombre d'adolescents interrogés, en particulier ceux approchants l'âge légal pour se faire opérer (15 ans), envisagent d'avoir recours à ce type d'opération. Le nombre d'opérations de chirurgie bariatrique, en hausse en France, est énoncée comme par les professionnels enquêtés comme une nouvelle pratique qui vient fortement « *parasiter* » les prises en charge et « *préoccupe* » car elle représente cette fameuse « *baguette magique* » tant redoutée (Dr Le Roux, Centre SSR). Nous avons assisté à une scène informelle à l'hôpital durant laquelle une adolescente inscrite dans une démarche ETP mettait fièrement en avant auprès d'une autre jeune le fait qu'elle avait continué à prendre du poids et serait donc bientôt « *éligible* »[224] pour une opération. Le nombre d'opérations chirurgicales est particulièrement important en France, il a triplé ces dix dernières années et concerne 60 000 personnes en 2016 (Emmanuelli J. et *al*. 2018). Le Nord et le Pas-de-Calais recensent un nombre plus important de personnes opérées que la moyenne nationale[225] et, en 2013, la France comptait le troisième plus grand nombre d'opérations de ce type au niveau mondial après les États-Unis et le Canada (Hazart et *al.* 2018). Cette opération n'est cependant pas sans conséquences sur les modes de vie. La mère du jeune Liam, issue de classe populaire, explique qu'elle a souhaité que son fils s'inscrive dans un programme d'éducation thérapeutique pour lui éviter justement l'opération qu'elle a elle-même effectuée et regrette :

> *Moi aussi j'aurai dû aller dans un réseau de soins pour une prise en charge à cause de mon opération de chirurgie bariatrique, mais par rapport au regard des gens je ne l'ai pas fait, mais je me suis dit que mon fils était jeune, qu'il avait la chance de pouvoir le faire* […] *J'ai fait un by-pass*[226] *et je ne veux pas que mon fils passe par là.* (Entretien, Mère de Liam, 12 ans, 6ème)

Depuis, elle doit régulièrement se faire suivre par son médecin et une diététicienne à cause de différents problèmes :

---

[224] Pour être éligible à l'opération, la personne doit avoir un certain IMC. Pour les adultes, les patients doivent avoir un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, etc. 37000 adultes ont été opérés en 2013. D'après la HAS (2016) en ce qui concerne les adolescents, l'opération est autorisée dans de plus rares cas que les adultes et ne peut être envisagée qu'après l'échec d'une prise en charge pluriprofessionnelle. L'adolescent doit présenter un IMC supérieur à 35 kg/m² avec au moins une comorbidité sévère (diabète, syndrome d'apnées du sommeil sévère, hypertension intracrânienne idiopathique, stéatohépatite sévère) ou un IMC supérieur à 40 kg/m² avec une altération majeure de la qualité de vie (physique ou psychologique). 495 mineurs ont subi une chirurgie de l'obésité entre 2009 et 2013 d'après une étude de l'Assurance maladie, dont 114 opérations en 2013.

[225] avec un taux de 9,0 pour 10 000 personnes contre 6,91 pour la moyenne nationale

[226] Le by-pass gastrique est une est une opération chirurgicale proposée sous certaines conditions aux personnes en obésité pour perdre du poids. L'opération permet de réduire la taille de l'estomac et modifie le passage des aliments. Cela permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités. Les mères de classes populaires interrogées lors de notre enquête se plaignent fréquemment des conséquences négatives de ce type d'opération, notamment les problèmes d'assimilation des nutriments. Par exemple la mère de Liam, âgée d'une quarantaine d'années, explique lors de notre entretien être en train de perdre ses dents à cause d'une carence en calcium et vitamine D.

> *C'est important le suivi, car on manque de tout, on perd des cheveux, les dents en prennent un coup, beaucoup de choses, des carences* […] *Je ne savais pas au début que je devais prendre des compléments alimentaires et de toute façon, je ne peux pas tous les acheter, financièrement c'est compliqué.* (Entretien, Mère de Liam, 12 ans, 6ème)

La mère de Liam nous montre ses dents lors de notre entretien en soulignant le fait que ses carences alimentaires sont en train de les détériorer. D'autres témoignages plus informels, en particulier de mères de classes populaires, évoquent ces mêmes difficultés (perte de cheveux, perte de dents, carences, vomissements, fatigue, malaises) au cours de notre enquête. Les carences nutritionnelles sont fréquentes et liées à un certain type d'opération qui rend l'assimilation des aliments difficile. Pour cela, le chirurgien peut être amené à prescrire une complémentation globale en vitamines et minéraux, mais un certain nombre de compléments ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Après avoir observé la difficulté des adolescents, en particulier de classes populaires, à appliquer les normes médicales véhiculées lors de l'ETP sur le long terme, on peut se demander ce qu'il en est pour les adultes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique comme la mère du jeune Liam. Ils doivent en effet veiller à appliquer un certain nombre de recommandations nutritionnelles afin de ne pas se mettre en danger : ingérer de petites quantités, mastiquer lentement, ne pas manger au-delà de la satiété, ne pas boire en mangeant, manger équilibré, conserver un apport suffisant en protéines (viandes, poissons, œufs, produits laitiers) et éviter les boissons gazeuses, les boissons sucrées, les sauces et les fritures, ainsi que les sucreries et les aliments gras. Les personnes opérées ne doivent pas appliquer ces recommandations nutritionnelles uniquement en vue de perdre du poids, mais aussi et surtout, afin d'éviter les complications pouvant suivre l'opération, notamment des carences, le « dumping syndrome »[227] et autres désagréments.

Si les inégalités sociales de santé et la stigmatisation ont leur origine en dehors du système de santé, l'organisation du milieu médical et les politiques de santé publique ont également un rôle important à jouer et peuvent contribuer à les accentuer. Nos travaux futurs ont ainsi l'ambition de contribuer à une sociologie des techniques du corps au prisme des inégalités sociales, de la stigmatisation et de la médicalisation afin de comprendre la complexité de l'emprise du social sur le biologique.

[227] C'est un ensemble de symptômes occasionnés par l'ingestion d'une alimentation trop sucrée et/ou trop grasse chez le patient opéré d'un by-pass.

Bibliographie

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2003). *Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent : Argumentaire*. ANAES. Service des recommandations professionnelles. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Obesite_recos.pdf

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (2012). *Disparités socioéconomiques et apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents*. Avis de l'ANSES, Rapport d'étude. https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012sa0085Ra.pdf

Aïach, P., & Delanoë, D. (1998). *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas.* ECONOMICA.

Aïach, P. (2004). Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. *Santé, Société et Solidarité*, *3*(2), 39−47.

Aïach, P., & Fassin, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, *Revue du praticien*, *54*(20), 2221−2227

Allon, N. (1973). The Stigma of Overweight in Everyday Life, *Obesity in Perspective : Proceeding of the Conference Washington,* 83-102.

Amadieu, J-F. (2002). *Le poids des apparences. Beauté, amour et gloire.* Odile Jacob

Amadieu, J-F. (2016). *La société du paraître. Les beaux, les jeunes et les autres*. Odile Jacob

Amadieu, J-F. (20 novembre 2019). *Place au gros (3/4) Obésité : une maladie de pauvre.* [Émission de radio]. France Culture, La Série Documentaire.

Apfeldorfer, G., Zermati, J-P. & Waysfeld, B. (2010). *Traiter l'obésité et le surpoids*. Odile Jacob.

Arborio, A-M., & Fournier, P. (1999). *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe.* Nathan Université.

Avril, C., Cartier, M., & Serre, D. (2010). *Enquêter sur le travail : Concepts, méthodes, récits.* La Découverte.

Badia, B., Brunet, F., Carrera, A., Kertudo, P., Tith, F., & Caillavet, F. (coll). (2014). *Inégalités sociales et alimentation. Quels sont les besoins et les attentes en termes d'alimentation des personnes en situation d'insécurité alimentaire et comment les dispositifs d'aide alimentaire peuvent y répondre au mieux ?* FORS Recherche Sociale, Rapport final. http://draaf.nouvelle-aquitaine.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/Etude-Inegalites-sociales-et-alimentation-Rapport-final-2_cle026811.pdf

Basdevant, A., & Guy-Grand, B. (2004). *Médecine de l'obésité*. Flammarion, Paris.

Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, *26*(1), 3-27.

Batz, De C., Faucon, F., & Voynet, D. (2016). *Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013*. IGAS, RAPPORT n°2016-020R. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-020R.pdf

Baudry, C. (2016). Laissez-nous manger en paix. *Psychologies,* n°360.

Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain.* La Découverte.

Becker, H. (1985 [1963]). *Outsiders, études de sociologie de la déviance*. Métailié.

Becker, H. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales ?* La Découverte.

Béliard, A., & Eideliman, J. (2009). Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives. *Revue française des affaires sociales*, 99-117.

Benelli, N. (2011). Rendre compte de la méthodologie dans une approche inductive : les défis d'une construction a posteriori. *Recherches Qualitatives*, Hors série, Les défis de l'écriture en recherche qualitative, (11), 40-50.

Bergeron, H. & Castel, P. (2014). *Sociologie politique de la santé*. Presse Universitaire de France.

Bertaux, D. (2010). *Le récit de vie : L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin.

Berthelot, J-M. (1983). Corps et société, problèmes méthodologies posés par une approche sociologique du corps. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, *74*, 19-32.

Berthelot, J-M. (1991). Sociological Discourse and the Body. Dans M. Featherstone, Hepworth M. & B-S Turner. *The Body. Social process and Cultural Theory.* Sage Publications.

Bessin, M., Bidart, C. & Grossetti, M. (2009). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. La Découverte

Best Amy, L. (2007). *Representing Youth : Methodological Issues in Critical Youth Studies.* New York University Press.

Bidart, C. (2006). Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques. *Cahiers internationaux de sociologie*, *120*(1), 29-57.

Bihr, A. & Pfefferkorn, R. (2008). Les inégalités sociales de santé. *¿ Interrogations ? Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, (6), 60-77.

Blanchet, A. & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien.* Nathan.

Blane, D., Kelly-Irving, M., Errico, A., Bartley, M. & Montgomery S. (2013). Social-biological transitions: how does the social become biological ? *Longitudinal and Life Course Studies*, *4*(2), 136-146

Blatgé, M. (2010). Jean-Pierre Poulain, Sociologie de l'obésité. *Lectures* [En ligne].

Boero, N. (2009). Fat kids, working moms, and the "epidemic of obesity" : Race, class, and mother blame. Dans E. Rothblum & S. Solovay, *The fat studies reader* (pp.113-120). New York University Press.

Boero, N. (2012). *Killer Fat: Media, Medicine, and Morals in the American "Obesity Epidemic"*. Rutgers University Press.

Boero, N., & Thomas, P. (2016). Fat kids. *Fat studies*, *2*(5).

Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, *26*(1), 205-233.

Bonnet, M. (2014). La place des sciences humaines et sociales dans les comités de protection des personnes. *Journal des anthropologues*, 136-137, 273-276.

Bonte, M-C. (1997). *Du métier d'écolier au métier de collégien. Approche ethnosociologique de l'entrée au collège.* [Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université de Rouen].

Borys, J.-M. (2007). *L'Obésité*. Idées reçues.

Bossy, T. (2010). *Poids de l'enjeu, enjeu de poids : la mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France.* [Thèse de doctorat en Science politique, Institut d'études politiques à Paris].

Bossy, T., & Briatte, F. (2011). Les formes contemporaines de la biopolitique. *Revue internationale de politique comparée*, *18*(4), 7-12.

Bourdieu, P. (1977). Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. *Actes de la recherche en sciences sociales, 14*(1).

Bourdieu, P. (1979). *La distinction : critique sociale du jugement.* Minuit.

Bourdieu, P. (1980). *Questions de sociologie*. Minuit.

Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Seuil.

Bout, B. (2010). *L'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité.* Sénat, Assemblée nationale. https://www.senat.fr/rap/r10-158/r10-1581.pdf

Bresson, M. (2012). La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux. *Informations sociales*, *169*(1), 68-75.

Brun-Wauthier, A-S., Vergès, E., & Vial G. (2011). L'éthique scientifique comme outil de régulation : enjeux et dérives du contrôle des protocoles de recherche dans une perspective comparatiste. *Droit, sciences et techniques, quelles responsabilités ?* Lexisnexis, 61-83.

Bureau, E,. & Hermann-Mesen, J. (2014). Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. *Anthropologie & Santé*, 8.

Burmeister, J. M., Holt, S., & Musher-Eizenman, D. R. (2016). Active versus inactive portrayals of children with obesity. *Stigma and Health,* 1.

Burton-Jeangros, C. (2006). Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts. *Recherches familiales, 1*(3), 16-25.

Burton-Jeangros, C. (2016). Trajectoires de santé, inégalités sociales et parcours de vie. *Swiss académies communications*, Conférence de l'Académie, Cahier XXVI, 11(8).

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

Cabanas, E. & Illouz, E. (2018). *Happycratie - Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*. Premier Parallèle.

Cahnman, W. J. (1968). The stigma of obesity. *The Sociological Quarterly, 9*(3), 283–299.

Caillavet, F., Darmon, N., Lhuissier, A., & Régnier, F. (2005). *L'alimentation des populations défavorisées en France. Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel*. INRA, Rapport de recherche. https://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/travaux2005-2006-2-1-3-alimentation_synthese-Caillavet.pdf

Canguilhem, G. (1996). *Le normal et le pathologique*, Presse Universitaire de France.

Cardon, P. (2007). Vieillissement et délégation alimentaire aux aides à domicile : entre subordination, complémentarité et substitution. *Cahiers d'économie et de sociologie rurales*, 82-83, 5-32.

Cardon, P. & Gojard, S. (2010). Les habitudes alimentaires des français. *Nouveaux regards*, n°50.

Cardon, P. (2014). Alimentation. Dans A. Bihr. & R. Pfefferkorn, *Dictionnaire des inégalités*, Armand Colin.

Cardon, P. (2015). Gouverner de l'intérieur. La prévention nutritionnelle comme mode de gestion publique du maintien des personnes âgées à domicile. *Questions de communication*, *27*(1), 63-78.

Cardon, P., Depecker, T., & Plessz, M. (2019). *Sociologie de l'alimentation*. Armand Colin.

Carof, S. (2014). Sociologie de la corpulence. *La vie des idées* [En ligne]

Carof, S. (2015a). *Le « surpoids », un stigmate acceptable? Représentations, discriminations et réappropriations des rondeurs féminines en France, en Allemagne et en Angleterre*. [Thèse de doctorat, École des hautes études en sciences sociales à Paris].

Carof, S. (2015b). Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ?. *Journal des anthropologues*, *140-141*(1), 213-233.

Carof, S. (2017). Les représentations sociales du corps "gros". *Anthropologie & Santé*, 14.

Carof, S. (2019). Être grosse: Du corps discréditable au corps discrédité. *Sociologie*, *10*(3), 285-302.

Carricaburu, D. (1997). *Trajectoire collective et gestion individuelle d'une maladie chronique : le cas de l'hémophilie.* [Thèse de Sociologie, Paris, EHESS].

Carricaburu, D. (1999). Les hommes hémophiles face à la médecine : Mise en acte d'une recherche. *Socio-anthropologie*, n°5, Médecine et santé : Symboliques des corps, 9-21.

Castel, R., Enriquez, E., & Stevens, H. (2008). D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? *Sociologies pratiques*, *17*(2), 15-27.

Chamboredon, H., Pavis, F., Surdez, M., & Willemez, L. (1994). S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien. *Genèses,* 16, 114-132.

Chardon, O., & Guignon, N. (2014). *La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième*. DREES, Études et Résultats, n°865. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er865.pdf

Charlap, C. (2015). *La fabrique de la ménopause. Genre, apprentissage et trajectoires.* [Thèse de doctorat de sociologie, Université de Strasbourg].

Chauvel, L. (1999). Du pain et des vacances : la consommation des catégories socioprofessionnelles s'homogénéise-t-elle (encore) ? *Revue française de sociologie*, *40*(1), Fluidité et hiérarchie. L'évolution de la stratification sociale en France, 79-96.

Chauvin, S., & Jaunait, A. (2015). L'intersectionnalité contre l'intersection. *Raisons politiques, 58*(2), 55-74.

Cléret, B. (2017). L'ethnographie comme démarche compréhensive : immersion dans les dynamiques consommatoires du rap en France ». *Recherches Qualitatives*, *32*(2), 50-77.

Cohen-Scali, J. (2014). La maladie chronique comme recomposition du social : diabète, malades, experts. [Thèse de Science politique. Université Montpellier I]

Collière, M-F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Masson.

Collin, J. & Suissa, A. J. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, *19*(2), 25–33.

Collovald, A., & Schwartz., (2006). Haut, bas, fragile : sociologie du populaire. *Vacarme*, n°37, [En ligne].

Commailles, J. (2009). *Catégorie de la pratique, catégorie de la connaissance : "la famille" est-elle une catégorie pertinente pour la production de connaissance en sciences sociales*. [Conférence à la MESHS]. Lille, France.

Conrad, P., & Schneider, J. (1980). *Deviance and Medicalization. From badness to sickness.* St. Louis, Mosby Company.

Conrad, P. (1987). The experience of illness : Recent and new directions. *Research in the Sociology of Health Care*, 6 ,1-31.

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–32.

Cooper, C. (2010). Fat Studies : Mapping the Field. *Sociology Compass*, 4(12), 1020-1034.

Corbeau, J-P (1995). L'imaginaire du gras associé à divers types de consommation de gras et les perceptions de leurs qualités. Dans F. Nicolaïs & E. Valceschini, *Agro-alimentaire : une économie de la qualité*, INRA-Economica.

Corbeau, J-P. (2005). Évolution des modes de vie et des trajectoires sociales d'obésité chez les jeunes enfants. *Enfances et Psy, 2*(27), p.17-23

Court, M., Mennesson, C., Salaméro, É., & Zolesio, E. (2014). Habiller, nourrir, soigner son enfant : la fabrication de corps de classes. *Recherches familiales*, *11*(1), 43-52.

Cramer, P., & Steinwert T. (1998). Thin is good, fat is bad: how early does it begin? *J. Appl. Dev. Psychol.*, 19, 429-451.

Crawford, R. (1977). You are Dangerous to your Health : The Ideology and Politics of Victim Blaming. *International Journal of Health Services*, 7, 663-680.

Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*,*10*(3), 365–88.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex. A Black Feminist Critique of Anti discrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Law Forum*, n°1.

Cresson, G. (1991). La santé, production invisible des femmes. *Recherches féministes, 4*(1), 31–44.

Cresson, G. (1995). *Le travail domestique de santé.* L'harmattan.

Cresson, G,. & Martin, C. (1995). Introduction : Familles et santé : apprécier la diversité des contributions familiales. *Sciences sociales et santé*, *13*(1), 61-63.

Cresson, G. (1997). La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? *Sociétés contemporaines*, 25, 45-65.

Cresson, G. (2001). 4. Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. Dans P. Aïach (éd.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé: Approches sociologiques* (pp. 303-328). Presses de l'EHESP.

Cresson, G. (2006). La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Recherches familiales, 1*(3), 6-15.

Csergo, J. (dir.) (2009). *Trop gros ? L¨obésité et ses représentations*. Éditions Autrement.

Darmon, M. (2005). Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain. *Genèses, 1*(8), 98-112.

Darmon, M. (2008[2003]). *Devenir anorexique: Une approche sociologique.* La Découverte.

Darmon, M. (2013[2006]). *La socialisation.* Armand Colin.

Darmon, N. (2002). Gradient social de l'obésité: facteurs explicatifs et point sur la situation française. *Diabétologie et facteurs de risque, 8*(66), 106-111.

Darmon, N., Briend, A. & Drewnowski, A. (2004). Energy-dense diets are associated with lower diet costs: a community study of French adults. *Public Health Nutr*, n°7, 21-27.

Darmon, N. (2008) Le gradient social de l'obésité se creuse en France : sait-on pourquoi ? *OCL, 15*(1), pp.46-52.

Darmon, N. (20 novembre 2019). *Place au gros (3/4) Obésité : une maladie de pauvre*. [Émission de radio]. France Culture, La Série Documentaire.

Daubigny, L. (2004). Science et bon sens. La prise en charge médicale de l'obésité. *Face à face. Regards sur la santé*, n°6.

Debarbieux, E. (1996). *La violence en milieu scolaire – 1- État des lieux.* ESF.

Déchamp-Le Roux, C. (2002). *L'emprise de la technologie médicale sur la qualité sociale.* L'Harmattan.

Déchamp-Le Roux, C. (2003). Les conséquences de la technicisation de la grossesse. *Recherches et Prévisions*, n°72, 91-97.

Déchamp-Le Roux, C. (2020). La prévention ne représente que 2,5% du budget national de santé. [Interview]. *Que choisir pratique,* 124-125.

Delalande, J. (2014). Devenir préadolescent et entrer au collège. *Revue des sciences sociales,* 51, 112-119.

Delmas, M., & Garcia, S. (2018). Le coût du diagnostic. L'impensé du travail des mères auprès des enfants "dys". *Anthropologie & Santé* [En ligne].

Demailly, L. (2008). 12 – Inégalités sociales et malheur psychique. Dans C. Niewiadomski (éd.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé: Politiques publiques et pratiques professionnelles* (pp. 223-237). Presses de l'EHESP.

Demailly, L. (2013). La santé : affaire privée ? Affaire publique ? De la domination dans la santé à la domination par la santé. *Socio-logo*s, *8*(277).

Demazière, D. (2008). L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens. *Langage & société, 1*(123),15-35.

Derbez, B. (2010). Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale. *Genèses, 1*(78), 105-120

Dericquebourg, R. (1989). Stigmates, préjugés, discrimination dans une perspective psychosociale. *Etudes inter-ethniques,* Université de Lille 3, 65-74.

De Saint Martin, C. (2012). Nommer les violences scolaires. Des incivilités au harcèlement scolaire. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 87*(1), 119-126.

De Saint Pol, T. (2007). *L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent*. Insee Première, n° 1123, Insee.

De Saint Pol, T. (2008a). *Corpulence et genre en Europe : le poids des inégalités d'apparence et de santé*. [Thèse de doctorat en sociologie, Paris, Institut d'études politiques].

De Saint Pol, T., (2008b). Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. *Bulletin Epidémiologique Hebdmadaire*, 20, 175–179.

De Saint Pol, T. (2009). Les inégalités sociales face à la santé en France. *Regards croisés sur l'économie, 5*(1), 65-70.

De Saint Pol, T. (2010). *Le Corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids.* Presses Universitaires de France.

De Saint Pol, T. (2013). Obésité, normes et inégalités sociales. *Martin Média, Le journal des psychologues, 8*(311), 19-22

De Saint Pol, T., Chardon, O. & Guignon, N. (2015). *La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge*. DREES, Études et Résultats, n °0920. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf

De Singly, F. (2006). *Les Adonaissants.* Armand Colin.

Detrez, C. (2002). *La construction sociale du corps.* Édition du seuil.

Devreux, A-M (1985). La mémoire n'a pas de sexe. *Pénélope,* 12, 55-68.

Devreux, A-M. (2004). Autorité parentale et parentalité: Droits des pères et obligations des mères ? *Dialogue, 3*(165), 57-68.

Deydier, G. (2017). *On ne naît pas grosse*. Goutte d'or.

De Peretti, C. & Castetbon, K. (2004). *Surpoids et obésité chez les adolescents des classes de troisième*. DREES, Études et Résultats, n°283. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er283.pdf

Diasio, N., Hubert, A., & Pardo, V. (2009). *Alimentations adolescentes en France : Principaux résultats d'AlimAdos un programme de recherche de l'Ocha*. Les cahiers de l'OCHA, 14.

Diasio, N. (2010). Children and food : ambivalent connections between risk, moral technologies, and fun. Dans I. de Beaufort, S. Vandamme & S. Van de Vathorst (eds.), *Who's weight is it anyway : essays on ethics and eating*, Ghent, Acco Publisher, 55-66.

Diasio, N. (2014). Alimentation, corps et transmission familiale à l'adolescence. *Recherches familiales*, *11*(1), 31-41.

Djaoui, E. (2006). Travailler avec l'intimité des familles. Tensions et paradoxes. *Informations sociales, 133*(5), 20-29.

Djaoui, E. (2011). Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime. *Dialogue*, 192, 7-18.

Donzelot, J. (1977). *La Police des familles.* Éditions de Minuit.

Drewnowski, A. (2003). The role of energy density. *Lipids*, 38, 109-115.

Dubar, C. (2000). *La Crise des identités*. Presses universitaires de France.

Dubar, C. (2020). GOFFMAN ERVING - (1922-1982). *Encyclopædia Universalis* [en ligne]. URL : http://www.universalis.fr/encyclopedie/erving-goffman/

Dubet, F. & Martuccelli, D. (1996). *À l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*. Seuil.

Dupuy, A. (2013). *Plaisirs alimentaires. Socialisation des enfants et des adolescents.* Presses Universitaires de Rennes-Presses Universitaires François-Rabelais.

Eideliman, J.-S. (2008). *« Spécialistes par obligation » – Des parents face au handicap mental : théories diagnostiques et arrangements pratiques*. [Thèse de doctorat en sciences sociales, EHESS, Paris].

Eideliman, JS & Gojard, S. (2008). La vie à domicile des personnes handicapées ou dépendantes : du besoin d'aide aux arrangements pratiques. *Retraite et société, 53*(1), 89-111.

Eideliman, J-S. (2010). Aux origines sociales de la culpabilité maternelle. Handicap mental et sentiments parentaux dans la France contemporaine. *La revue internationale de l'éducation familiale, 1*(27), 81-98.

Emmanuelli J., Maymil, V., & Naves, P. (2018). *Situation de la chirurgie de l'obésité.* Rapport IGAS, n°2017-059R, Tome I. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059R_Tome_I_.pdf

Esterle-Hedibel, M. (2003). *Rapport de recherche, Les arrêts de scolarité avant 16 ans : étude des processus (Roubaix, Nord).* CESDIP/CNRS, IUFM Nord-Pas-de-Calais, FASILD Nord-Pas-de-Calais.

Esterle-Hedibel, M. (2006). Absentéisme, déscolarisation, décrochage scolaire, les apports des recherches récentes. *Déviance et Société, 30*(1), 41-65.

Eyer, J., Favre, R., & Zwick, M. (2004). *Les perceptions sociales de l'alimentation et du corps chez les jeunes.* Fribourg, Université de Fribourg.

Fainzang, S. (2006). *La relation médecins/malades : information et mensonges.* Presses universitaires de France.

Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie.* Presses Universitaires de France.

Fassin, D. (1998). Les politiques de la médicalisation. Dans P. Aïach & D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation* (1-14). Éditions Economica.

Fassin, D. (2000). Qualifier les inégalités. Dans A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski & T. Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé* (123-146). La Découverte.

Fassin, D., & Memmi, D. (2004). *Le Gouvernement des corps*. Éd. de l'EHESS.

Fassin, D. (2008a). Introduction. L'inquiétude ethnographique. Dans A. Bensa (éd.), *Les politiques de l'enquête* (7-15). La Découverte.

Fassin, D. (2008b). L'éthique, au-delà de la règle. Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud. *Sociétés contemporaines, 71*(3), 117-135.

Fassin, D. (2008c). Les impensés des inégalités sociales de santé. Dans C. Niewiadomski & P. Aïach(dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles* (21-28). Rennes, Presses de l'EHESP.

Fassin, D. (2008d). *Faire de la santé publique.* Presses de l'EHESP.

Fauquette, A. (2017). Quand Rancière s'invite chez le médecin : expertise, ignorance et émancipation dans un dispositif participatif de soin. *Participations, 19*(3), 129-162.

Fauquette, A. (2019). Quand les professionnels de santé jouent aux instituteurs. *SociologieS* [En ligne].

Favret-Saada, J. (1977). *Les Mots, la mort, les sorts : la sorcellerie dans le Bocage.* Galimard.

Ferrand, M. (1983). Faut-il nourrir les enfants ? De la nature féminine à la mère nourricière. *Les Temps modernes,* 438, 1271-1286.

Fischler, C. (1979). Gastro-nomie et gastro-anomie. Sagesse du corps et crise bioculturelle de l'alimentation moderne. *Communications*, 31, 189-210.

Fischler, C. (1990). *L'homnivore*. Odile Jacob.

Fischler, C. (1993). Le complexe alimentaire moderne. *Communications,* n°56, 207-224

Foucaud, J., Bury, J.A., Balcou-Debussche, M., & Eymard C., (dir.) (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Éditons INPES, Dossiers : Santé en action.

Fournier, C., Fagot-Campagna, A., Traynard P.-Y., Mosnier-Pudar, H., Halimi, S., Varroud-Vial, M., Aujoulat I., Gautier, A. et *al.* (2009). Démarche éducative, comment les médecins la perçoivent-ils ? Résultats de l'étude Entred 2007. *Concours médical, 131*(20), 810-812.

Fournier, C. (2015). – 6 – Un projet d'éducation thérapeutique en tension entre normes publiques, comportements privés et diversité culturelle. Dans A. Meidani éd., *La santé : du public à l'intime* (pp. 105-121). Presses de l'EHESP.

Fournier, T., Jarty J., Lapeyre, N., & Touraille, P. (2015). L'alimentation, arme du genre. *Journal des anthropologues, 140-141*(1), 19-49.

Fox, R. C. (1977). The medicalization and demedicalization of American society. *Daedalus, 106*(1), 9–22.

Galerand, E. & Kergoat, D. (2014). Consubstantialité vs intersectionnalité? À propos de l'imbrication des rapports sociaux. *Nouvelles pratiques sociales, 26*(2), 44–61.

Galland, O. (2006). Jeunes : les stigmatisations de l'apparence. *Economie et statistique*, 393-394, Histoires de vie, 151-183.

Galland, O. (2008). Une nouvelle adolescence. *Revue française de sociologie, 49*(4), 819-826.

Galland, O. (2010). Introduction. Une nouvelle classe d'âge ? *Ethnologie française, 40*(1), 5-10.

Garcia, M. (2012). Des féminismes aux prises avec l'« intersectionnalité » : le mouvement Ni Putes Ni Soumises et le Collectif féministe du Mouvement des indigènes de la République. *Cahiers du Genre, 52*(1), 145-165.

Garraud, P. (1990). Politiques nationales : l'élaboration de l'agenda. *L'Année sociologique*, 17-41.

Gelly, M., & Pitti, L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 58, 7-18.

Génolini, J., Roca, R., Rolland, C., & Membrado, M. (2011). « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et santé, 29*(3), 81-122.

Génolini, J., & Perrin, C. (2016). La jeunesse au crible des enquêtes de santé: Les figures de l'adolescence dans les rapports HBSC de 1994 à 2010. *Agora débats/jeunesses*, hors série(4), 23-36.

Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity.* Stanford University Press.

Giraud, F., Saunier, E. & Raynaud, A. (2014). Principes, enjeux et usages de la méthodebiographique en sociologie. *¿ Interrogations ? Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société.*

Glaser, B.G., & Strauss, A. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Aldine Publishing Company.

Godfroid, T. (2016). L'autonomie dans les relations soignants-soignés : une approche par le cancer. Dans B. Derbez, N. Hamarat & H. Marche (dir.), *La dynamique sociale des subjectivités en cancérologie* (pp. 41-54), ERES.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* Doubleday Anchor.

Goffman, E. (1975 [1963]). *Stigmates, les usages sociaux des handicaps*. Éditions de Minuit.

Goguel d'Allondans, T., & Lachance, J. (2014). 2. L'allongement de l'adolescence. Dans T. Goguel d'Allondans & J. Lachance (dir.), *Étudier les ados: Manuel* (pp. 29-40). Presses de l'EHESP.

Gojard, S. (2000). L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture. *Revue française de sociologie*, *41*(3), 475-512.

Gojard, S. (2006). Changement de normes, changement de pratiques ? *Journal des anthropologues*, 106-107, pp.269-285.

Gojard, S. (2010). *Le métier de mère*. La Dispute

Gojard, S. (2012). L'alimentation dans la prime enfance, un révélateur de modèles de l'enfance dans la France contemporaine. Dans D. Bonnet, C. Rollet, C-E de Suremain (éd.), *Modèles d'enfances. Successions, transformations, croisements* (pp. 127-140). Éditions des archives contemporaines.

Gori R., & Del Volgo, M.-J. (2005). *La santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence.* Denoël.

Graham, H. (1984), *Women, health and the family.* Wheatsheafs books, Harvester Press.

Grignon, Ch., & Grignon, C. (1980). Styles d'alimentation et goûts populaires. *Revue Française de Sociologie, 21*(4), 531-569.

Grignon, C. & Passeron, J-C. (1989). *Le Savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*. Gallimard.

Guignon, N., Delmas, M-C., Fonteneau, L., & Perrine, A-L. (2017). *La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale*. DREES, Études et Résultats, n°0993. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er993.pdf

Guignon, N., Delmas, M-C., & Fonteneau, L. (2019). *En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale.* DREES, Études et Résultats, n °1122. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1122.pdf

Guillaumin, C. (1972). *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*. Mouton.

Haicault, M. (1984). La gestion ordinaire de la vie en deux. *Sociologie du travail*, n° 3.

Halbwachs, M. (1913). *La classe ouvrière et les niveaux de vie. Recherches sur la hiérarchie des besoins dans les sociétés industrielles contemporaines.* [Thèse de doctorat, Faculté des Lettres de l'Université de Paris].

Hassenteufel, P. (2010). Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics. *Caisse nationale d'allocations familiales, informations sociales*, *1*(157), 50-58.

Haut Conseil de la santé publique (2017). *Pour une Politique nationale nutrition santé en France - PNNS 2017-2021*. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=632

Haut Conseil de la santé publique (2018). *Avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022*. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=648

Haute Autorité de Santé (2007). *Education Thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation*. Recommandations HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

Haute Autorité de Santé (2011). *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003)*. HAS, Recommandation de bonne pratique. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf

Hayden-Wade, H-A., Stein, R-I., Ghaderi, A., Saelens, B-E., Zabinski, M-F., & Wilfley, D-E. (2005) Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obes Res,13*(8), 1381-1392.

Hazart, J., Lahaye, C., Farigon, N., Vidal, P., Slim, K., & Boirie, Y. (2018). Évolution du recours à la chirurgie bariatrique en France entre 2008 et 2014. *Bull Epidémiol Hebd,* 5, 84-92.

Héas, S., & Dargère, C. (dir.), (2014). *Les porteurs de stigmates. Entre expériences intimes, contraintes institutionnelles et expressions collectives*. L'Harmattan.

Hercberg, S., & Tallec, A. (2000). *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France.* Rapport du Haut Comité de Santé Publique.

Herndon, A.M. (2014). *Fat blame: How the war on obesity victimizes women and children*. University Press of Kansas.

Herzlich, C. & Pierret, J. (2010). Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985). *Revue française de sociologie*, *51*, 121-148.

Hoggart, R. (1970). *La Culture du pauvre*. Éditions de Minuit.

Holden, P., & Littlewood, J. (1991). *Anthropology and Nursing.* Holden and Littlewood Editor.

Honta, M. & Haschar-Noe, N. (2011). Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine. *Sciences sociales et santé, 29*(4), 33-62.

Hutchby, I., & Morran-Ellis, J. (1998). Situating Children's Social Competence. Dans I. Hutchby, J. Moran-Ellis (eds), *Children and Social Competence : Arenas of Action* (pp. 1-20). Falmer Press

Inspection générale des affaires sociales (2003). *Santé, pour une politique de prévention durable*. Rapport annuel, IGAS, La Documentation française. https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000331.pdf

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (2018). *Une région fortement touchée par les différentes formes de fragilités sociales*. Insee Analyses Hauts-de-France. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3371858

Ioannidis, JPA. (2005). Why Most Published Research Findings Are False. *PLoS Med 2*(8).

Jacolin, M. (2012). *Dispositifs et dispositions : les conditions de l'engagement et de la réussite de l'amaigrissement de jeunes adultes obèses.* [Thèse en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, Université Paul Sabatier, Toulouse].

Jacolin-Nackaerts, M., & Clément, J-P. (2008). La lutte contre l'obésité à l'école : entre biopouvoir et individuation. *Lien Social et Politiques*, 59, 47-60.

Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France.

Jourdan, D. (dir.) (2015). Comprendre et agir sur les inégalités de santé : un défi pour les chercheurs et les praticiens deschamps éducatif, sanitaire et social. *Revue Éducation Santé Sociétés, 2*(2).

Jourdain Menninger, D., Lecoq G., & Guedj, J. (2010). *Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010*. Inspection générale des affaires sociales. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_et_sommaire_PNNS_.pdf

Jupille, J. (2011). Hyperactivité et troubles des conduites : des diagnostics controversés. *L'information psychiatrique, 87*(5), 409-415.

Kaufmann, J-C. (2005). *Casseroles, amour et crises. Ce que cuisiner veut dire*. Armand Colin.

Keppens, D. (2010). *Comment le médical devient familial : obésité et diabète de l'enfant.* [Thèse de doctorat en Sociologie].

Kehr, A. & Chabrol, F. (2018). L'hôpital. *Anthropologie & Santé,* 16.

Kergoat, D. (2009). Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. Dans E. Dorlin (sous la dir.), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination* (pp. 111-125). Presses Universitaires de France.

Kergoat, D. (2011). Comprendre les rapports sociaux. *Raison présente*, 178, Articuler le rapports sociaux.11-21.

Kergoat, D. (2012). *Se battre, disent-elles.* La Dispute.

Kiefer, B. (2019). Nutrition : tout et n'importe quoi. *Rev Med Suisse, 15*(804).

Kingdon, J. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Little Brown and Company.

Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Finance, M. (dir.) (2016). *Les recherches qualitatives en santé.* Armand Colin.

Lahire, B. (1995). *Tableaux de famille. Heurs et malheurs scolaires en milieux populaires.* Seuil.

Lahire, B. (1998). *L'Homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Nathan.

Lahire, B. (2002). *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles.* Nathan

Lahire, B. (2005). Prédispositions naturelles ou dispositions sociales ? Dans B. Lahire, *L'Esprit sociologique* (pp. 305-307). La Découverte.

Lahire, B. (2013). *Dans les plis singuliers du social : individus, institutions, socialisations*. La Découverte.

Lang, T. (2011). Inégalités sociales de santé. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), 8-9, 73-74.

Latner, J. D. & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 11, 452-456.

Le Breton, D. (2018 [1992]). Introduction. Dans D. Le Breton (éd.), *La sociologie du corps* (pp. 3-12). Presses Universitaires de France.

Lecerf, JM. (2001). *Poids et obésité*. John Libbey Eurotext.

Leclerc-Olive, M. (1997). *Le dire de l'événement (biographique)*. Presses Universitaires du Septentrion.

Leclerc-Olive, M. (2009). 19. Enquêtes biographiques entre bifurcations et événements. Quelques réflexions épistémologiques. Dans M. Grossetti (éd.), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement* (pp. 329-346). La Découverte.

Lemieux, C. (2012). 2 – Problématiser. Dans S. Paugam (éd.), *L'enquête sociologique* (pp. 27-51). Presses Universitaires de France.

Letoux, C. (2015). *L'obésité de l'adolescent : reflet des inégalités sociales de santé. Sa prise en charge par les politiques locales et les familles.* [Mémoire de recherche de Master 2 Pratiques et Politiques Locales de Santé, Université de Lille, sous la direction de Aurélia Mardon].

Lhuissier, A. (2006). Éducation alimentaire en milieu populaire: des normes en concurrence. *Journal des anthropologues*, 106-107, 61-76.

Loretti, A. (2017). *Les inégalités sociales face au cancer dans le Nord–Pas-de-Calais. Étude du processus de mise en forme des inégalités à travers une analyse comparée des trajectoires de malades atteints du cancer.* [Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lille].

Lupton, D. (1996). Your life in their hands: trust in the medical encounter. Dans J. Gabe & V. James (eds.), *Sociology of Health and Illness Monograph Series* (pp. 158-172). Blackwell, Oxford.

Lutz, A. (2017). Les économies morales de l'obésité de l'enfant. *Anthropologie & Santé,* 14. [En ligne].

Lutz, A. (2018). Le poids de la position sociale : les trajectoires inégales de santé des enfants avec un diagnostic de surpoids ou obésité. *Swiss Journal of Sociology, 44*(2), 217-237.

Maillot, M., Darmon, N., Darmon, M., Lafay, L., & Drewnowski, A. (2007). Nutrient-dense food groups have high energy costs: an econometric approach to nutrient profiling. *J Nutr*, 137, 1815-1820.

Marcus, G-E. (1995). Ethnography in/of the world system : the emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology, 24*, 95-117.

Mardon, A. (2006). *La socialisation corporelle des préadolescentes.* [Thèse de sociologie, Université Paris X-Nanterre].

Mardon, A. (2010). Construire son identité de fille et de garçon : pratiques et styles vestimentaires au collège. *Cahiers du Genre, 49*(2), 133-154.

Mardon, A. & Zeroulou, Z. (2015). « Blédard » et « fashion victim »: Du bon usage de la mode chez des adolescents d'un quartier populaire. *Hommes et Migrations, 1310*(2), 101-108.

Maresca, B. & Helmi, S. (2014). Les inégalités territoriales de santé. Une approche des bassins de santé. *Crédoc, Cahier de Recherche*, 320.

Martin, P., Papier, C., & Meyer, J., (1993). *Le handicap en questions: des familles face à la découverte du handicap et à l'accompagnement du jeune enfant à domicile*. Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.

Martín-Criado, E. (2015). L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de famille des classes populaires. *Actes de la recherche en sciences sociales, 208*(3), 74-87.

Marx D., & Perez-Bello, E. (2018). *Gros n'est pas un gros mot.* Librio Memo.

Masclet, O. (2018). *L'invité permanent: La réception de la télévision dans les familles populaires.* Armand Colin.

Massé, R. (2001). La santé publique comme projet politique et projet individuel. Dans B. Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie* (pp. 41-66). Les Éditions Karthala.

Maurice, A. (2010). Une seule norme en vigueur pour de multiples pratiques : comment le vivent les adolescents ? *Le mangeur Ocha.* [En ligne].

Maurice, A. (2012). Que font les adolescents des programmes d'éducation alimentaire proposés aux niveaux national et local ? *Aliss Working Paper*.

Maurice, A. (2014). *Les préadolescents comme ressorts des actions de santé publique Analyse d'un projet d'éducation alimentaire en collège*. [Thèse pour le Doctorat en Sciences de l'Éducation, Université Paris Descartes].

Mauss, M. (1934). Les techniques du corps. *Anthropologie et Sociologie*. Presses Universitaires de France.

McLaren, L. (2007). Socioeconomic status and obesity. *Epidemiol Rev*, 29, 29-48.

Ménoret, M. (1997). *Temps et cancer dans l'hôpital : les trajectoires de l'expectative.* [Thèse pour le Doctorat de Sociologie, Paris, EHESS].

Ménoret, M. (1999). *Les temps du cancer*. CNRS éditions.

Ménoret, M. (2015). La prescription d'autonomie en médecine. *Anthropologie & Santé.* [En ligne].

Merlaud, F. (2014). *La médecine de l'obésité en France : sociologie des engagements experts dans la normalisation de la corpulence*. [Thèse de doctorat en STAPS, Sociologie, Toulouse 3].

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.* [En ligne]

Morel, S. (2016). La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé. *Agone, 58*(1), 73-88.

Moreno Pestaña, JL. (2015). Le poids des corps. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *208*(3).

Mougel, S. (2009). *Au chevet de l'enfant malade. Parents/ professionnels, un modèle de partenariat.* Armand Colin.

Neyrand, G. (2004). La dynamique d'un réseau de prévention psychique précoce : Résistances et perspectives. *Revue Française des Affaires Sociales*, 103-125.

Nocerino, P. (2017). Trois ficelles du métier d'ethnographe. *Recherches Qualitatives - Hors-Série,* 22, 59-75.

Obépi Roche (2009). Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Institut national de la santé et de la recherche médicale, TNS Healthcare : https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche_france/fr_FR/doc/AttachedFile_10160.pdf

Obépi Roche (2012). Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Institut national de la santé et de la recherche médicale, TNS Healthcare : https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

Olivier de Sardan, J-P. (2000). Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie, 41*(3), 417-445.

Olweus, D. (1993). *Bullying in Schools : what we know and what we can do.* London, Blackwell.

Organisation Mondiale de la Santé (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. Rapport d'une consultation de l'OMS, Genève : OMS, Série de rapports techniques n °894. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42734

Pasquier, D. (2005). *Cultures lycéennes: La tyrannie de la majorité*. Autrement.

Peneff, J. (2009). *Le goût de l'observation.* La Découverte.

Pequet, S., & Simon, C. (2009). Obésité, les normes en question. *Service éducation permanente Question Santé ASBL,* Bruxelles.

Peretti-Watel, P. (2000). *Sociologie du risque.* Armand Colin.

Peretti-Watel, P. (2001). *La société du risque.* La Découverte.

Peretti-Watel, P. (2005). La culture du risque, ses marqueurs sociaux et ses paradoxes. Une exploration empirique. *Revue économique, 56*(2), 371-392.

Peretti-Watel, P., & Moatti, J-P. (2006). Understanding risk behaviours : how the sociology of deviance may contribute ? The case of drug-taking. *Social Science & Medicine, 63*(3), 675-679.

Peretti-Watel, P., & Constance, J. (2009). Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ?, *Déviance et Société, 33*(2), 205-219.

Peretti-Watel, P. (2013). L'*homo medicus*, cible idéale, mais introuvable, des campagnes de prévention. *Actualité et dossier en santé publique. Principes et mise en œuvre de la prévention*, 83, 29-31.

Peretti-Watel, P. (2017). L'homo medicus, cible fictive de la prévention des conduites à risque. Dans R. Crespin (éd.), *Se doper pour travailler* (pp. 47-58). ERES.

Peretti-Watel, P. (2020). Sociologie du risque et crises sanitaires : un éclairage sur la pandémie du coronavirus. *Ressources en Sciences économiques et sociales, SES.ENS*. [En ligne].

Pestana, D. (2013). Chapitre 3. Une face cachée de la violence scolaire, le school bullying ou harcèlement entre pairs. Dans D. Pestana, *Le harcèlement au collège: Les différentes faces de la violence scolaire* (pp. 63-76). Karthala.

Pfefferkorn, R. (2007). *Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes.* La Dispute.

Pierret, J. (2008). Entre santé et expérience de la maladie. *Psychotropes, 14*(2), 47- 59.

Pierru, F. (2002). Fassin D., L'espace politique de la santé. Essai de généalogie. *Politix, 15*(59), 197-207.

Pinell, P. (1992). *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940.* Métailié.

Piquet, E. (2017). *Le harcèlement scolaire en 100 questions.* Tallandier.

Pluies, J. (2018). De l'hôpital à la maison : le travail invisible des enfants et de leurs parents dans leurs trajectoires thérapeutiques. *Anthropologie & Santé,* 17. [En ligne].

Plumauzille, C., & Rossigneux-Méheust, M. (2014). Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique ». *Hypothèses, 17*(1), 215-228.

Poulain, J-P., (2000). *Les dimensions sociales de l'obésité. Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant.* Expertise collective INSERM.

Poulain, J-P. (2002a). *Sociologies de l'alimentation.* Privat.

Poulain, J-P. (2002b). *Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques*. Editions Privat.

Poulain, J-P. (2009). *Sociologie de l'obésité.* Presses Universitaires de France.

Poulain, J-P. (2009). *Obésité : sociologie d'une « épidémie mondiale »*. [Interview de J-P. Poulain par M. Bieulac-Scott]

Poulain, J-P. (2012). *Dictionnaire des cultures alimentaires*. Presses universitaires de France.

Rail, G. (2014). Femmes, "obésité" et confessions de la chair : regard critique sur la Clinique de l'obésité. *Labrys, Études féministes/Estudos feministas*, [En ligne].

Rastoin, JL., & Ghersi, G. (2010). *Le système alimentaire mondial. Concepts et méthodes, analyses et dynamiques*. Editions Quæ.

Réa, A. (2020). Covid-19 et inégalités sociales : "Il faut en finir avec la moralisation des conduites ». *Sciences et Avenir, Santé, Cerveau et Psy*, [En ligne].

Régnier, F. (2005). Obésité, corpulence et statut social : une comparaison France/États-Unis (1970-2000). *INRA Sciences Sociales Recherches en Economie et Sociologie Rurales*, 1, 1-4.

Régnier, F., Lhuissier, A., & Gojard S. (2006). *Sociologie de l'alimentation*. La Découverte.

Régnier, F., & Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie, 50*(4), 747- 773.

Régnier, F. (2017). Vers un corps féminin sur mesure : l'alimentation et les techniques de la corpulence en France et aux États-Unis (1934-2010). *L'Année sociologique, 67*(1), 131-162.

Rizet, S. (2007). De la reconnaissance de l'implication du chercheur à sa mise au travail. Dans V. de Gaulejac éd.*, La sociologie clinique* (pp. 287-300). ERES.

Roca, R., Génolini, JP. & Neyrand, G. (2011). *Les moments de négociation dans le jeu des interactions médecin-patient en consultation médicale*. [Colloque] La santé, quel travail!? Santé et maladie, entre définitions savantes et pratiques professionnelles.

Rochedy, A. (2017). *Autismes et socialisations alimentaires. Particularités alimentaires des enfants avec un Trouble du Spectre de l'Autisme et ajustements parentaux pour y faire face.* [Thèse de sociologie, Toulouse, Université de Toulouse II – Jean Jaurès].

Rollet, C. (2008). *Les carnets de santé des enfants*. La Dispute

Rothblum, E., & Solovay, S. (dirs.) (2009). *The Fat Studies Reader.* New York University Press

Rousseau, A. (2016). L'institutionnalisation des fat studies : l'impensé des « corps gros » comme modes de subjectivation politique et scientifique. *Recherches féministes, 29*(1), 9–32.

Rusch, E. (2017). Éducation thérapeutique du patient et éthique : de l'impératif de santé publique aux droits des personnes et des usagers. *Santé Publique, 29*(5), 601-603.

Saguy, A.C. (2013). *What's Wrong with Fat?* Oxford University Press.

Saillant, F. (1999). Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique. *Anthropologie et Société, 23*(2), 15-39.

Sakoyan, J. (2008). L'éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel. Dilemmes relationnels d'une ethnographie des migrations sanitaires. *Ethnographiques.org,* 17.

Satter, E.M. (2007). Hierarchy of food needs. *J Nutr Educ Behav,* 39.

Séraphin, G. (2014). Introduction : Famille et corps : identité et transmission. *Recherches familiales*, *11*(1), 3-8.

Shilling, C. (1993). *The Body and Social Theory*. Sage.

Skeggs, B. (2015 [1997]). *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire*. Agone.

Sobal, J. (1991a). Obesity and nutritional sociology: a model for coping with stigma of obesity. *Clinical sociology review*, 9, 21-32.

Sobal, J. (1991b). Obesity and socioeconomic status : a frame work for examining relationships between physical and social variables. *Medical Anthropology,* 13, 231-247.

Sobal, J. (1995). The Medicalization and Demedicalization of Obesity. Dans D. Maurer & J. Sobal, *Eating Agendas. Food and Nutrition as Social Problems* (pp. 67-90), Adeline de Gruyter.

Sobal, J., (2001). Social and Cultural Influences on Obesity. Dans P. Björntorp (eds.), *International Textbook of Obesity* (pp. 305-322), Wiley.

Sobal, J., & Stunkart, A.J (1989). Socioeconomic Status and Obesity: A Review of the Literature. *Psychological Bulletin, 105*(2), 260-275.

Solbes, I., & Enesco, I. (2010). Explicit and Implicit Anti-Fat Attitudes in Children and Their Relationships with Their Body Images. *Obesity facts,* 3, 23-32.

Soulière, M. (2013). La construction de soi chez les adolescents : Une histoire d'ouverture et de temps. *Service social, 59*(1), 108–128

Strauss, A. (1978). *Negotiations : Varieties, Contexts, Processes and Social Order*, Jossey-Bass.

Strauss, A. [textes réunis par Baszanger I.] (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan.

Tibère, L., Poulain, J-P., Pacheco Da Costa Proenca, R. & Jeanneau, S. (2007). Adolescents obèses face à la stigmatisation. *Obésité, 2*(2), 173-181.

Tillard, B. (2008). Introduction et présentation du dossier: La santé des enfants au cœur des relations entre familles et autres instances éducatives. *La revue internationale de l'éducation familiale, 24*(2), 9-18.

Tillard, B. (2011). Temps d'observation ethnographique et temps d'écriture. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, 44*(4), 35-50.

Tillard, B. (2014). l'espace domestique des familles populaires: l'enfant vu comme acteur du groupe familial. *Le Télémaque. Philosophie, Education, Société.* Presses universitaires de Caen, 135-151.

Tobias, A.L., & Gordon, J.D. (1980). Social Consequences of Obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 76, 338-342.

Tounian, P. (2007). *L'obésité de l'enfant*. John Libbey - Eurotext.

Tounian, P., & Amor, S. (2008). Obésité infantile : Pourquoi on fait fausse route. Bayard.

Tourette-Turgis, C. (2013). L'effet Framingham en éducation thérapeutique : de l'enquête épidémiologique à l'enquête sur soi : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, *31*(2), 31-38.

Tourette-Turgis, C., & Thievenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*, *35*(2), 9-48.

Tronto, J. (2009 [1993]). *Un monde vulnérable : pour une politique du care*. La Découverte.

Turner, B., (1984). *The Body and Society: explorations in social theory*. Oxford, Eng. B. Blackwell.

Vandebroeck, D. (2015). Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique. *Actes de la recherche en sciences sociales, 208*(3), 14-39.

Veith, B. (2004). De la portée des récits de vie dans l'analyse des processus globaux. *Bulletin de méthodologie sociologique*, 84, 49-61.

Vienne, P., (2004). Au-delà du stigmate : la stigmatisation comme outil conceptuel critique des interactions et des jugements scolaires. *Éducation et sociétés*, *13*(1), 177-192.

Vigarello, G. (2009). L'obésité et l'épreuve du Moi. Dans J. Csergo (dir.), *Trop gros ? L'obésité et ses représentations* (pp. 123-135). Éditions Autrement.

Vigarello, G. (2010). *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Seuil.

Waysfeld, B. (2006). *Le Poids et le Moi : quête de la minceur, régimes, anorexies, boulimie, obésité. Pourquoi tant d'échecs et de vies brisées ? Enfin une réponse globale*. Armand Colin.

Weinstock, J., & Krehbiel, M. (2009). Fat youth as common targets for bullying. Dans E. Rothblum & S. Solovay, *The fat studies reader* (pp. 120-126). New York University Press.

Weinstein, R. J. (2014). *Fat kids: Truth and consequences*. Beaufort.

Zermati, JP. (2004). *Maigrir sans régime.* Odile Jacob.

Ziegler, O., Bertin, E., Jouret, B., Calvar, R., Sanguignol, A., Avignon, A., & Basdevant A. (2014). *Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse ». Référentiel et organisation*. Rapport à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'offre de soins. https://www.sportsanteconseil.com/wp-content/uploads/2014/08/Art.-OZ-AB-14.pdf

Zotian, E. (2010). Les dimensions sociales de la pratique du football chez les garçons de milieux populaires. Dans S. Octobre & R. Sirota (dir.), *Actes du colloque Enfance et cultures : regards des sciences humaines et sociales.* [En ligne].

Annexes

Annexe n°1 : Mon corps : une arme de résistance massive 508

Annexe n°2 : Formation à l'Éducation thérapeutique du patient 510

Annexe n°3 : Guide d'entretien semi-directif avec les professionnels 511

Annexe n°4 : Une journée de bilan multidisciplinaire avec la famille Mostefi 513

Annexe n°5 : Consultation de suivi et consultation de bilan après séjour de Quentin 519

Annexe n°6 : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au sujet d'Inès 524

Annexe n°7 : Journée Européenne de l'Obésité à l'hôpital de Lille 526

Annexe n°8 : 3ème Journée Régionale Diabète et Obésité 527

Annexe n°9 : Programme du congrès du GROS 2018 528

Annexe n°10 : Programme du congrès du GROS 2019 533

Annexe n°11 : Classer les enquêtés selon les Professions et Catégories Sociales (PCS) 536

Annexe n°12 : Guide d'entretien auprès des parents et adolescents 538

Annexe n°13 : Parcours de soins de l'enfant et adolescent en surpoids ou obèse 540

Annexe n°14 : Journée de bilan multidisciplinaire avec Iris 541

Annexe n°15 : Atelier de cuisine en CSSR avec Ambre, Aline, Evan et Kilian 549

Annexe n°16 : Consultation avec Djamal : mise en visibilité de la violence symbolique 553

Annexe n°1 : Mon corps : une arme de résistance massive

Retranscription partielle de la conférence Gesticulée du 03 décembre 2018, à Lille, sur la thématique de l'obésité, intitulée « Mon corps : une arme de résistance massive ». Lors de cette conférence, Léna, une femme en obésité, témoigne, avec humour, de différentes expériences de vie où la stigmatisation est particulièrement visible. Quelques extraits ont été retranscrits ci-dessous.

- « *Une grosse dans un autre endroit qu'en France, elle peut devenir normale. Moi je suis allée en Inde, et pour la première fois je me suis sentie femme là-bas, à 23 ans* »

- « *À mon repas de Noël, du côté de ma maman, à ma gauche il y a mon oncle qui est médecin du travail, sa femme qui est infirmière, leurs filles sont en droit et en médecine, à ma droite, du côté de mon père, mon autre oncle est médecin du travail, sa femme médecin de la transfusion sanguine, leurs filles sont radiologue et sage femme. Voilà ma famille. J'ai commencé à bosser en éducation pour la santé, je me suis dit que c'était la thématique de la santé, comme eux, mais d'un autre point de vue. Durant ces repas, dès que tu reprends un chocolat sur la table, tu as toujours le tonton qui te fait une remarque.* »

- « *À un moment donné, ce sont les autres qui ont commencé à m'affoler, les médias, les magasines, les médecins, ma famille, j'ai commencé à m'affoler, j'ai vu un premier spécialiste, un deuxième et finalement j'ai fait un véritable chemin de croix médical* »

- « *Quand tu prends du poids il y a toujours quelqu'un pour te donner un conseil "moi je connais quelqu'un qui a été voir sa gynécologue pour perdre du poids ça a super bien marché!" Le regard des autres sur la prise ou perte de poids est pesant.* »

- « *Un jour l'endocrinologue m'a dit : "vous êtes jeune mais la stabilité c'est important pour votre santé, pour la perte de poids, et faire des études en ethnologie ce n'est pas quelque chose qui va vous conduire à la stabilité, mon fils par exemple est en prépa de maths". Pour moi c'était du mépris de classe sociale.* »

- « *Qui est ce corps médical pour juger ? On te juge en permanence quand tu as un problème de poids, c'est fatigant et culpabilisant.* »

- « *Un jour le nutritionniste m'a dit : "j'ai lu dans votre dossier que vous étiez enceinte, et quand les femmes obèses sont enceintes elles prennent énormément de kilos, et les perdent difficilement, moi je vous propose une interruption volontaire de grossesse (IVG), pour d'abord perdre du poids, ça serait plus prudent". Ce qui m'a beaucoup touché c'est qu'il ne m'a pas demandé comment j'allais pouvoir réagir face à l'avortement, si j'avais eu des difficultés à tomber enceinte ou non, je dirais qu'il ne m'a pas vu comme une personne mais le pire c'est qu'il m'a menti, en me disant que toutes les femmes obèses prenaient du poids, moi j'ai à peine pris du poids durant mes deux grossesses, trois kilos. Alors, pourquoi les médecins nous mentent ? pour nous faire "prendre conscience ? nous faire "culpabiliser ?"* »

- « *Un jour mon médecin généraliste a voulu aborder la question de mon poids, sans que je lui demande. Il m'a dit : "je ne peux pas m'empêcher de vous imaginer devant votre télévision en train de manger des cacahuètes". Alors, déjà je n'aime pas les cacahuètes, et en plus, je n'ai pas la télévision !* »

- « *J'ai fait du diabète gestationnel durant ma grossesse. J'arrive devant la diabétologue de l'hôpital en pleurant et en lui disant qu'à la maternité on m'avait dit que c'était de ma faute, parce que j'étais trop grosse, que je n'aurai pas dû avoir de bébé, parce qu'il va être gros. La diabétologue prend son téléphone, de rage, pour appeler le service maternité : "j'en ai marre que vous racontiez n'importe quoi aux patientes, je vous ai formé il y a six mois, vous dites toujours n'importe quoi". Elle m'explique qu'on ne sait pas comment le diabète arrive dans le corps, on sait le réguler, mais on ne peut pas dire que les gens ont du diabète parce qu'ils sont gros, on ne sait pas. On rend les gens malades à les inquiéter comme ça. Quand t'es enceinte et grosse, on ne te parle que de ton poids, jamais de ton bébé, à tel point que j'étais très mal informée sur la grossesse, j'ai vécu un accouchement terrible, tout a été compliqué.* »

Annexe n°2 : Formation à l'Éducation thérapeutique du patient

EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Année : 2017, 2018

Education thérapeutique du patient : Module e-learning - FORMATION

Réf. : ECTET01A

GRIEPS
Formation Conseil Santé

Compétences Visées

S'approprier les concepts et savoir-faire fondamentaux en matière d'éducation thérapeutique du patient.

Objectifs, Contenus

Module 1 : Situer l'éducation thérapeutique du patient dans son contexte

- Le contexte socio-économique.
- Le contexte politique et juridique.

Module 2 : Introduire les modèles d'éducation thérapeutique existants

- La transmission de l'information.
- La communication et le choix du patient.
- Les interactions dans le groupe.

Module 3 : Présenter la démarche éducative, du diagnostic au contrat éducatif

- Le diagnostic éducatif.
- Les freins et facteurs favorables à l'éducation du patient.
- Le contrat de sécurité et le contrat spécifique.

Module 4 : Engager une évaluation thérapeutique avec le patient

- Le concept d'évaluation et ses logiques.
- L'évaluation de la transmission d'informations et de techniques.
- L'évaluation de l'autonomie du patient et de son interdépendance aux autres.

Formation E-learning

Personnes concernées

Tout professionnel de santé

Méthode

Le e-learning permet à tous les professionnels d'actualiser leurs connaissances au moment où ils le souhaitent dans n'importe quel lieu disposant d'une connexion internet, avec ordinateur ou tablette et d'une manière ludique et interactive.

Valeur ajoutée de la formation

La formation intègre l'état de l'art en matière de modèles d'éducation et de nombreux cas concrets. La conception des modules s'inspire de 12 années de recherche en ETP.
La démarche d'apprentissage est prise en charge par Louise. Cette dynamique jeune femme est présente tout au long de la formation afin d'aider, de guider et d'accompagner l'apprenant dans son parcours de formation. Cette étape est accompagnée de nombreuses présentations animées et d'interactivités permettant de capter au maximum l'attention du sujet apprenant. Confronté à des situations réelles, l'apprenant adopte un comportement proactif. Il met immédiatement en oeuvre ses nouvelles connaissances et intègre, de ce fait, la démarche à opérer ainsi que les compétences à développer sur le terrain.

Annexe n°3 : Guide d'entretien semi-directif avec les professionnels

Contexte : L'entretien commence en garantissant l'anonymat au professionnel, puis en lui demandant l'autorisation d'enregistrer l'échange. Cinq thématiques principales sont abordées durant l'entretien, en posant une unique question par thématique. Le but est de ne pas interrompre le professionnel, qu'il parle librement, et ainsi, que le terrain m'emmène là où cela est riche de sens. En revanche, je suis parfois obligée de relancer le professionnel avec une question précise lorsqu'il ne l'aborde pas de lui-même mais que cela semble important. Nous allons décrire les cinq thématiques ayant guidé les entretiens, c'est-à-dire la question initiale posée, et les informations que j'ai souhaité recueillir pour chaque thématique. La liste des informations permet de relancer le professionnel mais en aucun cas je ne demande systématiquement et dans un ordre précis l'ensemble des informations souhaitées. Aussi, cette grille d'entretien devait être adaptée non seulement au type de structure (réseau de santé, hôpital, CSSR) mais en plus devait s'adapter au poste exercé par le professionnel (assistante sociale, coordinateur, médecin, infirmière, etc.)

1. Portrait du professionnel

Question posée : pouvez-vous vous décrire en quelques mots ? Par exemple, votre position actuelle dans la structure, votre rôle, votre parcours professionnel et universitaire.

Données recueillies souhaitées :

- Sexe - Âge
- Parcours universitaire - Diplôme - Parcours professionnel
- Profession actuelle et rôle dans la structure actuelle
- Autres activités médicales ? (Enseignement, Recherche, prévention)
- Motivations à exercer cette profession

2. Offre de soins proposée

Question posée : pouvez-vous me décrire la prise en charge actuelle au sein de votre structure, son fonctionnement, les acteurs qui y participent, ou encore une journée type ?

Données recueillies souhaitées :

- Déroulement de la prise en charge
- Liste des professionnels qui prennent part à la prise en charge
- L'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire pour « soigner » l'obésité
- La manière dont un patient est choisi/accepté dans la prise en charge
- Le rôle du patient et du médecin dans cette prise en charge
- La structure appartient-elle à un réseau ?

3. Objectifs de la prise en charge, pendant et après

Question posée : Quels sont les objectifs de la prise en charge et que se passe-t-il après ?

Données recueillies souhaitées :

- Les objectifs de la prise en charge
- Signification d'une prise en charge réussie, d'un échec
- Le suivi proposé à l'issue de la prise en charge
- Les informations prioritairement transmises aux patients
- Les habitudes primordiales que les patients doivent acquérir
- Comment changer un comportement, une habitude de vie ?

4. Les familles

Question posée : Pouvez-vous faire un portrait des parents et des adolescents ? Par exemple, quel milieu social vient le plus fréquemment en consultations, quel parcours de santé antérieur ont-ils connu, quelles problématiques sont récurrentes ?

Données recueillies souhaitées :

- Informations recueillies sur les familles (CSP, pratiques alimentaires quotidiennes, activités physiques, diplômes, composition de la famille)
- Le parcours de santé/soins des familles
- La place du père dans la prise en charge, de la mère, des grands-parents.
- Les « autres problématiques » que le poids pour les adolescents
- Les motifs d'abandons en cours de séjours

5. Obésité, causes et définition

Question posée : Pouvez-vous me donner une définition de l'obésité et ses causes, et me dire la représentation des familles autour de ces questions ?

Données recueillies souhaitées :

- Les représentations associées à la maladie
- Les causes de l'obésité
- Est-ce que les parents parlent également de « maladie » ?
- Comment les parents identifient les causes ?
- Difficulté du médecin généraliste et des infirmières scolaires à aborder les soucis liés au poids (constat de Master 2) : sujet tabou : tension. Quel avis ?

Question ouverte pour conclure : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter sur la prise en charge de l'obésité ? Sur les personnes en situation d'obésité ? Sur le réseau ?

Annexe n°4 : Une journée de bilan multidisciplinaire avec la famille Mostefi

Extrait du journal de terrain, journée de bilan multidisciplinaire à l'hôpital E, observations des consultations avec la famille Mostefi.

Contexte : Ce portrait s'intéresse à trois membres d'une même famille, deux jeunes sœurs et leur mère âgée d'une trentaine d'années. Samia, l'aînée, est âgée de 10 ans, elle est en CM2 et sa petite sœur Anissa est âgée de 8 ans, elle est en CE2. Je décide de nommer la mère par son prénom, Nadia, et non par un nom de famille pour nous approcher au plus près des réalités du terrain. En effet, d'un commun accord, Nadia et moi-même avons décidé de nous tutoyer et de nous appeler par nos prénoms. J'ai suivi la famille lors de plusieurs observations étalées sur trois mois, au sein du centre hospitalier E. Lors des moments d'observation participative, j'ai chaque fois été invité par les professionnels à me mettre en équipe avec Nadia, et/ou ses filles, suivant si nous étions dans un atelier réservé aux parents ou aux jeunes. J'ai assisté à différents moments de la prise en charge, en amont et pendant. En avril, j'ai observé les différentes consultations de la journée de bilan, en juin j'ai participé à deux ateliers réservés aux parents, et enfin, en juillet, j'ai pris part au dernier jour de la prise en charge qui s'est déroulé sur une journée durant laquelle un déjeuner a été pris à l'extérieur avec les professionnels et les familles. Je me suis mise en équipe avec Anissa, qui exprimait avec humour une certaine jalousie envers ma proximité avec Samia. Pour clôturer cette journée de synthèse j'ai observé la consultation finale de Samia et Anissa réalisée avec la psychologue, Mme Delannoy, également coordinatrice du programme ETP.

Cinq jeunes sont présents lors de cette journée bilan. Ils sont catégorisés « en obésité » selon leur IMC. Ils sont accompagnés uniquement de leur mère. Nadia est la seule qui n'est pas en obésité parmi les mères. Le Dr Maes, pédiatre, m'invite à suivre la même famille dans chacune de ses différentes consultations. Cela est plus simple en ce qui concerne l'organisation pour l'équipe pluridisciplinaire et intéressant pour mon travail de thèse. Il me propose de suivre Nadia venue avec ses filles Samia et Anissa, toutes les deux concernées par l'excès de poids. L'IMC de Samia est beaucoup plus élevé que celui d'Anissa. L'équipe pluridisciplinaire qui va réaliser le bilan est composée de cinq professionnels. Nadia est invitée à emmener ses deux filles en même temps lors des consultations avec la diététicienne et l'éducateur médico-sportif, en revanche, il est proposé aux deux filles de réaliser séparément les consultations avec l'infirmière, le pédiatre et la psychologue.

La mère est présente aux côtés de Anissa, pour toutes ses consultations. Pour des raisons d'organisation qui s'imposent aux professionnels et aux familles, elle ne pourra pas être toujours présente pour Samia. Le Dr Maes suggère que j'accompagne Samia toute la journée afin de lui éviter d'être seule lors de ces trois consultations citées. Le Dr Maes formule cette proposition à Nadia et Samia qui acceptent. Nadia me remercie d'être présente et d'accompagner sa fille aînée.

Nous attendons toutes les quatre (Nadia, Samia, Anissa et moi-même) dans la salle d'attente dédiée aux familles. La psychologue Mme Delannoy vient chercher Nadia et Anissa. Je reste à attendre quelques minutes dans la salle avec Samia, puis l'infirmière vient nous chercher. L'infirmière commence par demander à Samia si elle connaît la raison de sa présence à l'hôpital aujourd'hui. Samia lui répond timidement « *oui* ». L'infirmière prend alors l'initiative de m'expliquer la raison de sa venue, en regardant le dossier de la jeune fille où il est écrit qu'elle a été adressée à la suite d'une consultation avec son pédiatre, travaillant dans ce même hôpital. La professionnelle calcule son IMC à différents âges de sa vie en se servant des données disponibles dans son carnet de santé. La consultation est plutôt silencieuse. L'infirmière est concentrée sur les calculs plusieurs minutes puis elle invite Samia à se peser et se mesurer. Elle monte sur une balance spécifique qui permet d'analyser différents éléments et non uniquement le poids. J'aperçois sur la courbe réalisée par l'infirmière que l'IMC de Samia est bien dans la catégorie en « *obésité* ». L'infirmière lui demande ensuite si elle est gênée par son poids, mais Samia ne répond pas. Elle est intimidée, mais reste malgré tout souriante. L'infirmière l'interroge sur la composition de sa fratrie. Samia explique qu'elle a trois sœurs et un frère. Ses réponses sont brèves. L'infirmière lui demande si elle aimerait bien participer à des ateliers en groupe, avec son autre sœur concernée. Samia montre son accord par un signe de tête et un sourire. L'infirmière la questionne sur la quantité de ses assiettes, si elle se ressert, si elle mange rapidement, comment elle se sent après avoir mangé et enfin comment se passe l'école en général, mais les réponses de Samia sont toujours très courtes. Elle ne répond rien concernant l'école. Lors des repas, elle explique se resservir souvent, avoir parfois mal au ventre après et manger rapidement par rapport à ses sœurs et son frère. L'infirmière nous invite à retourner en salle d'attente.

Ensuite, c'est au tour du Dr Maes, pédiatre, de venir chercher Samia et moi-même en salle d'attente. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire commencent à me nommer la « *maman de substitution* » sur le ton de l'humour, ce qui fait rire Samia. Le Dr Maes commence par interroger Samia sur chaque membre de la fratrie afin de savoir leur âge et leur niveau scolaire. Samia développe

davantage ses réponses par rapport à la consultation précédente. Le Dr Maes lui demande la profession exercée par sa mère. Samia répond qu'il n'y a que son père qui travaille. Nous comprenons qu'il est ouvrier dans la signalisation et régulation de la circulation. Le Dr Maes rebondit en expliquant que s'occuper de ses enfants est également un vrai travail pour la mère. Il questionne ensuite Samia sur son rapport à l'école. À nouveau elle développe davantage. Elle explique par exemple que le français à l'école est la matière la plus difficile, et qu'à la maison, le français n'est pas toujours la langue majoritairement parlée. Elle n'exprime pas de grandes difficultés scolaires. Le Dr Maes s'intéresse alors à sa santé et à son rapport au corps. Elle exprime n'avoir aucune gêne par rapport à son poids. Le Dr Maes lui fait part de son étonnement puisqu'en général, les enfants viennent à l'hôpital uniquement s'ils sont gênés par leur poids. Elle répond timidement en souriant qu'elle ne sait pas pourquoi sa mère l'a emmené. Le Dr Maes reprend la courbe de poids tracée précédemment par l'infirmière et explique comment la décrypter. Il lui dit que « *normalement* » les enfants de son âge ont un IMC plus bas qu'elle, et qu'elle fait une vingtaine de kilos de plus que la moyenne. Il ajoute qu'au niveau de la taille elle est dans la « *moyenne* » des enfants de son âge puisqu'elle fait 1m46, mais qu'au niveau du poids elle fait partie des plus « *costauds* » étant donné qu'elle fait 65 kilos. Il n'utilise pas encore le mot obésité. Il lui dit alors que, peut-être, sa mère l'a emmené ici parce qu'elle a remarqué tout cela. Samia reprend qu'en effet « *maman a l'air inquiète des fois* ». Constatant que Samia ne répond que très peu aux questions concernant son apparence physique, le Dr Maes lui fait remarquer que malgré qu'elle dise que son poids ne la gêne pas, elle semble finalement très gênée à parler de celui-ci. Il ajoute que c'est son droit, que ce n'est pas grave et qu'il respecte cela. Reprenant la courbe de poids, il lui explique qu'elle est « *en obésité de grade 2* », mais que si elle n'a pas de soucis avec cela tant mieux, en revanche, si un jour elle est gênée, elle pourra revenir au centre hospitalier. Nous assistons alors à la première annonce de l' « *obésité* » de Samia. Lorsque le Dr Maes lui demande qui est « *costaud* » dans la famille, elle n'ose pas répondre. Après plusieurs relances, nous comprenons donc que ses grands-parents et son père sont « *costauds* ». Il continue à poser une succession de questions où Samia ne répond que par oui ou non. Elle comprend qu'il existe un lien entre le poids et l'alimentation, en revanche elle ne voit pas de rapport entre l'activité physique et le poids. Elle reprendra cet élément lors de la consultation suivante avec la psychologue ce qui montre que la prise en charge fonctionne comme une certaine socialisation. Le Dr Maes fait quelques blagues pour rassurer Samia et dédramatiser l'entretien. Si elle est plutôt sur la réserve, elle reste souriante.

Nous retournons toutes les deux en salle d'attente pour attendre la prochaine consultation. Les mères présentes en salle d'attente me demandent combien de professionnels et lesquels elles vont devoir consulter durant la journée. J'explique donc brièvement aux mères le déroulement de cette journée puisque j'ai déjà observé plusieurs journées de ce type. Nadia et Anissa nous rejoignent en salle d'attente. Nadia me demande comment les consultations se sont déroulées avec Samia. Je la rassure et, par déduction, l'informe des professionnels qu'il reste à consulter tant pour Anissa que pour Samia. Anissa est plutôt agitée dans la salle d'attente. Elle fait beaucoup de blagues et fait rire toutes les mères et les jeunes présents avec nous. C'est la plus jeune. Nadia m'explique qu'elle ne s'ennuie pas à la maison grâce à Anissa qui fait tout le temps des « *sketches* », elle voudrait l'inscrire à des cours de théâtre. Anissa, de manière très spontanée, se dirige vers moi et m'explique que parfois à l'école elle voit des enfants qui se moquent de Samia à cause de son poids. Nous constaterons par la suite que Samia affirme plusieurs fois aux professionnels qu'elle ne subit pas de moqueries sur son poids, ce que sa petite sœur ne va pas manquer de contredire lorsque l'occasion se présentera.

Mme Delannoy, psychologue, vient chercher Samia, Nadia et moi-même. Elle invite Anissa à patienter seule calmement en salle d'attente. Durant la consultation, Nadia complète plusieurs fois les réponses plutôt courtes formulées par Samia. Nadia commence par expliquer à Mme Delannoy que sa présence à cette journée bilan est due aux conseils de sa pédiatre. La psychologue demande à Samia si elle est gênée par son poids. Contrairement aux précédentes consultations, elle ne répond pas systématiquement non, mais « *je ne sais pas*. » Nous constatons une première évolution dans ses réponses. La psychologue essaye de savoir si elle a déjà reçu des moqueries sur son poids. Samia répond spontanément « *non* » en souriant, mais Nadia la contredit et explique que ses frères et sœurs se moquent d'elle. Samia rétorque que c'est « *c'est pour rigoler, ça ne compte pas* », mais Nadia insiste sur le fait que « *ce n'est tout de même pas gentil* ». La psychologue interroge ensuite l'histoire du poids de Samia. Comme elle ne répond pas, Nadia prend la parole. Elle a toujours été « *costaud* », mais cela commence à se voir de plus en plus. Contrairement à d'autres consultations, aucun professionnel ne questionne la mère ou la jeune sur un possible événement déclencheur de cette prise de poids. Cela s'explique certainement par le fait que la courbe de poids augmente de manière très progressive, sans laisser apparaître de rebond particulier. La psychologue demande à Samia si elle a déjà essayé de mettre en place des choses pour son poids. Elle répond qu'elle a déjà essayé de faire du sport alors qu'elle a précédemment dit au Dr Maes ne pas faire le lien entre poids et activités physiques. La mère rétorque qu'elle ne fait du sport que dans le cadre scolaire. Nous

pouvons alors constater que Samia met à profit ce qu'elle vient d'apprendre dans la consultation précédente. Elle commence à se socialiser avec diverses connaissances. La psychologue interroge l'alimentation de Samia, le nombre d'assiettes, les grignotages, etc. Nadia essaye de détendre l'atmosphère en regardant sa fille et lui dit « *oui t'es une chipette* ». Samia et sa sœur Anissa « *fouillent* » régulièrement dans les placards la journée pour grignoter. Samia rigole. La psychologue questionne ses sensations de faim, mais Samia ne sait pas répondre aux questions. Finalement, nous pouvons constater qu'elle essaye de formuler ce qui lui semble être la meilleure réponse en reprenant quelques éléments entendus lors des consultations précédentes. Elle s'adapte progressivement au langage des professionnels. Samia mange systématiquement matin, midi, 4h et soir, elle finit toujours son assiette et se ressert même presque systématiquement. Cela est un signe pour la psychologue qu'elle ne fait pas attention à sa sensation de faim. Nadia ajoute que Samia dit souvent avoir mal au ventre le soir après manger comme si elle mangeait en trop grande quantité, ou trop vite. La psychologue questionne Samia sur son rapport au corps, mais cette dernière est à nouveau gênée à parler de son corps et de son poids. La mère répond que sa fille se trouve en effet trop grosse. Si Anissa rigole et « *fait la folle* » tout le temps, Samia est « *différente* », elle est « *dans son monde* », elle ne se « *plaint jamais* », elle ne dit jamais quand quelque chose la gêne, et parle peu souvent de ses ressentis. La psychologue lui demande si elle veut être aidée pour son poids ou si elle ne veut pas. Samia répond seulement « *oui* ».

Nous attendons à nouveau dans la salle d'attente. Pour la dernière consultation, c'est l'éducateur médico-sportif qui nous invite à le suivre. Cette fois, Anissa et Samia font la consultation ensemble. Il annonce son objectif de faire le point sur leurs activités physiques et sportives et de sédentarité. Les deux filles expliquent faire trois fois du sport par semaine à l'école, à raison d'une heure à chaque fois. Elles n'ont pas d'activités sportives extérieures à l'école. Nadia reprend Anissa à plusieurs reprises pour qu'elle se calme car elle est « *agitée* ». Anissa fait du football et du handball à l'école, et Samia fait de la natation et du tennis de table. Elles ont eu l'occasion de choisir elles-mêmes leurs activités. Le professionnel cherche ensuite à connaître les autres activités de la famille afin de quantifier les moments où les filles sont en mouvement et les moments où elles sont sédentaires. L'éducateur médico-sportif explique à la mère la différence entre l'activité physique et le sport. Selon lui, Nadia devrait encourager ses filles à bouger davantage même sans que cela soit par le biais d'une activité sportive intense. Il tente tout au long de l'entretien d'adapter la norme à leur mode de vie, mais cela semble parfois difficile. Nadia explique que le mercredi après-midi est consacré aux rendez-vous médicaux comme l'orthophoniste. S'occuper seule de cinq enfants ne lui

permet pas de les inscrire, en plus, à des activités extra-scolaires. Financièrement cela est également compliqué. Après l'école, les enfants font leur devoir et ensuite ils jouent entre eux ou regardent la télévision ou jouent sur la tablette. L'éducateur médico-sportif conseille aux enfants de faire le trajet de l'école à pieds, mais elles le font déjà puisque l'école est située à 500 mètres du domicile familial. La fratrie est dite « *sédentaire* ». Le samedi l'ensemble de la fratrie est occupée à prendre des cours de langue arabe, la langue maternelle des parents. L'éducateur médico-sportif semble avoir des difficultés à effectuer des recommandations qui s'inscrivent dans leur mode de vie. Il demande aux jeunes filles comment elles se sentent après le sport. Anissa explique qu'elle adore le sport. Samia répond exactement la même chose. Anissa rétorque que Samia ment parce qu'elle est toujours essoufflée après le sport. Constatant que les filles apprécient le sport, le professionnel conseille finalement à Nadia de les inscrire à une activité en dehors de l'école alors qu'il avait précédemment encouragé les activités physiques et non les activités sportives. Il questionne ensuite l'alimentation des jeunes filles. Nadia explique que Samia mange vite, en dix minutes, et qu'Anissa parle en mangeant et donc est inattentive. Anissa parle beaucoup durant la consultation, et répond souvent aux questions par des blagues, à tel point que le professionnel revient sur l'idée déjà formulée de l'inscrire au théâtre. Par exemple, lorsqu'il demande comment elle se sent après avoir mangé son repas du soir, Anissa répond en rigolant « *bah musclée* ». Il interroge ensuite leur sommeil et constate qu'elles se couchent tard malgré les recommandations de Nadia. Finalement, comme l'infirmière, la psychologue et le pédiatre, il pose des questions assez générales. Les interactions sont plus fluides que les précédentes. Samia semble plus à l'aise. Le professionnel achève la consultation en demandant aux filles si elles savent la raison de leur présence à l'hôpital. Anissa répond spontanément : « *pour travailler un régime* ». L'éducateur médico-sportif la contredit aussitôt et lui explique qu'il ne faut pas parler de régime. Il questionne leur rapport au corps. Anissa explique qu'elle n'a pas de soucis de poids, mais par contre que « *Samia a un problème* ». L'excès de poids de Samia est plus visible que celui d'Anissa et son IMC est en effet plus élevé, néanmoins, Anissa entre quand même dans la catégorie obésité. Samia avoue au professionnel que son poids la gêne, alors que jusqu'à présent, elle avait nié et répondu « *je ne sais pas* » à la psychologue. Nous pouvons constater l'évolution de son discours au fil des consultations. En revanche, Samia affirme toujours que même si elle est gênée par son excès de poids, elle ne subit aucune moquerie. Selon Anissa, sa sœur Samia ment puisque non seulement leur grande sœur l'insulte de « *sac à patates* » à la maison, mais en plus à l'école plusieurs camarades se moquent d'elle souvent. Samia rétorque que ça la fait rigoler que c'est « *juste pour rire* ». Le professionnel conclut l'entretien en donnant des « *stratégies* » pour que Nadia bouge davantage avec ses filles.

Annexe n°5 : Consultation de suivi et consultation de bilan après séjour de Quentin

Extrait du journal de terrain, Centre spécialisé B, Consultation de suivi de Quentin avec l'infirmière référente de la prise en charge.

Contexte : L'objectif des consultations dites de suivi est de faire un bilan de manière ponctuelle de l'évolution de l'adolescent, après une prise en charge de type ETP. Aussi, avant d'entrer en séjour d'hospitalisation de plusieurs semaines en Centre SSR, un jeune peut être aussi amené à réaliser plusieurs consultations individuelles. C'est ce type de consultations que nous allons décrire dans cet exemple. La consultation se déroule en avril 2018 avec Quentin, âgé de 14 ans, qui réalise ponctuellement des consultations depuis plusieurs années au sein du centre B. Lors de cette observation, il n'a encore jamais réalisé de séjour d'hospitalisation, uniquement des consultations individuelles.

La mère et la tante sont présentes au côté de Quentin. C'est la première fois que la tante est présente sur la scène médicale. Depuis peu de temps, l'adolescent habite chez son oncle et sa tante durant la semaine et rentre chez sa mère chaque week-end. C'est une décision familiale, et non judiciaire. L'ambiance est plus détendue que lors des observations réalisées au sein des centres hospitaliers. L'infirmière, Mme Andreas, s'adresse à l'adolescent, mais comme il ne répond pas systématiquement, la mère et la tante complètent les réponses. L'infirmière pose des questions dans plusieurs domaines de la vie de Quentin afin de faire le bilan. Elle interroge ses activités physiques, son alimentation, son sommeil, son comportement à l'école, etc. Elle débute alors l'entretien en questionnant cette décision d'habiter chez son oncle et sa tante. Quentin répond : « *c'est à cause de l'école, parce que je n'y allais plus* ». La mère ajoute : « *depuis la dernière fois que l'on vous a vu, il n'a pas été souvent à l'école, malgré les objectifs que l'on s'était fixés ensemble* ». La scolarisation est un objectif à part entière pour cette structure. C'est plus souvent le cas pour les Centres SSR que pour les Centres Hospitaliers. Depuis son emménagement chez son oncle, Quentin va à l'école tous les jours. L'infirmière ne manque pas de le féliciter. Un temps assez long est dédié à ce sujet. Chacun prend la parole. Elle oriente ensuite la discussion sur le poids : « *comme on est quand même ici pour le poids, dis-moi comment ça se passe depuis que tu as changé d'habitation ?* » Beaucoup de changements ont l'air d'avoir eu lieu. Quentin raconte une journée

type. Il se lève maintenant tôt, il va à l'école à pied et en bus, il a repris le badminton, et il refait de l'EPS au collège. Grâce à sa nouvelle montre connectée, il sait qu'il fait beaucoup de pas chaque jour. L'infirmière le met en garde sur les applications de ce genre qui peuvent être parfois décourageantes. En particulier, lorsqu'il s'agit d'évoquer les calories. Par exemple, pour éliminer les calories d'un pain au chocolat, il faut faire une dose d'exercice considérable : « *nous on ne travaille jamais avec les calories, c'est décourageant* ». Quentin explique qu'il ne reste jamais assis très longtemps chez son oncle contrairement à avant. Il joue avec ses cousins dehors ou il « *bricole* » avec son oncle. L'infirmière rebondit là-dessus : « *du moment que tu n'es pas sédentaire ça compte comme une activité physique, alors faible, mais c'est bien quand même, pendant que tu jardines, que tu bricoles, que tu passes l'aspirateur, tu n'es pas dans ton fauteuil, sur un écran* ». L'infirmière conclut qu'au niveau des activités physiques, tout se déroule au mieux. Elle enchaîne en questionnant l'alimentation. La tante, responsable de la préparation des repas, prend la parole. Il n'y a pas de boissons sucrées à son domicile. Quentin emmène de l'eau à l'école. Ce changement est considérable déjà selon l'infirmière. Il déjeune le matin avec toute la famille des petits pains au lait. Auparavant, il ne mangeait rien le matin. Le midi il mange à la cantine et le soir il mange « *une assiette normale, comme tout le monde et en même temps* ». L'infirmière interroge la tante sur la composition de l'assiette le soir. La tante répond qu'il n'y a « *pas toujours des légumes, parce qu'en général tout le monde en a mangé le midi* ». Elle ajoute : « *et souvent on prend un dessert le soir, yaourt ou compote, mais plus tard après le repas* ». L'infirmière rebondit en félicitant à nouveau Quentin : « *c'est bien avant tu n'arrivais pas à décaler le dessert comme je te l'avais conseillé, pour éviter de grignoter, mais surtout, tu ne mangeais plus à table en famille* ». Quentin voyant l'infirmière prendre des notes ajoute fièrement : « *et je ne grignote plus aussi* ». La mère rétorque : « *oui, mais c'est parce que tu dors maintenant la nuit* ». La tante explique qu'elle demande à Quentin de se lever à 06h tous les matins ce qui l'oblige à se coucher plus tôt. L'infirmière explique l'importance d'un bon sommeil pour le poids, et notamment le lien avec la leptine, une hormone sécrétée lorsque l'on a un bon sommeil et qui nous aide à ne plus avoir faim. La mère ajoute : « *oui puis aussi il ne se permet pas d'aller fouiller la nuit dans les placards chez son oncle alors que chez moi oui.* » L'infirmière donne quelques éléments nutritionnels à la tante. Par exemple, le nombre de produits laitiers à consommer par jour, le sucre contenu dans les jus d'orange, etc. L'infirmière est satisfaite des « *changements radicaux* » effectués par Quentin.

L'infirmière questionne ensuite la scolarité. En effet lors de la précédente consultation, Quentin avait expliqué subir du harcèlement. Le changement est également radical de ce côté. Il est devenu

violent pour se défendre. La tante explique qu'il est actuellement exclu deux jours de l'école à cause de cela. L'infirmière répond : « *c'est l'éternel problème, ce n'est pas normal de se battre bien sûr, mais c'est normal de se défendre, il va falloir trouver des façons de s'affirmer sans se battre Quentin.* » La mère se met à défendre son fils : « *le problème c'est que tout le monde est sur son dos à l'école, le CPE surtout, le problème c'est qu'ils savent qu'il est harcelé, ils attendent trop longtemps avant d'agir* ». Le cas de cette mère n'est pas un cas isolé. Il n'est pas rare que les adolescents en obésité subissent des moqueries qui déclenchent au fil du temps et de répétions des comportements de défense allant jusqu'à des comportements de violence. Les mères dénoncent souvent un manque de réaction du côté de l'école. Dans cette famille, les conséquences pourraient être bouleversantes, puisque la mère explique qu'elle « *frôle le signalement* ». Entre les absences à répétition et maintenant la violence sur la scène scolaire, le CPE a « *menacé* » la mère de « *signaler* » Quentin. La mère a donc demandé au CPE de « *patienter encore avant de faire le signalement* » puisqu'il allait vivre chez son oncle, et qu'il allait peut-être changer. Nous comprenons donc à ce stade de l'entretien, que si ce déménagement est une décision familiale, c'est dans l'objectif d'éviter un placement judiciaire. La mère semble démunie. Quentin est devenu violent verbalement avec les surveillants et « *il a pété un plomb, et il a tapé dans les vitres* ». La mère est triste. Son fils n'a jamais été « *méchant* » auparavant. L'infirmière prend spontanément la parole et propose à la famille de le changer de collège, de recommencer sa vie dans un autre collège « *pour être un peu blanc* ». Elle se tourne vers Quentin « *il faudrait démarrer une nouvelle 3ème en étant mieux, parce que si la procédure judiciaire est déclenchée, tu risques d'être placé en foyer ou famille d'accueil, est-ce que tu te rends compte ?* ». La tante dit qu'il pourrait pourtant aller dans le même collège que son cousin et se faire de nouveaux amis grâce à lui. Quentin ne répond plus. Nous sommes actuellement en avril, et la mère demande à ce que son fils soit hospitalisé dès le mois de mai afin d'éviter le collège jusqu'à la fin d'année scolaire. L'infirmière explique qu'elle n'a plus de places. Il doit attendre cet été ou le mois de septembre. L'infirmière revient à ses questions. Elle lui demande s'il accepte de se peser. Non seulement il a grandi, mais en plus il a perdu un kilo. L'infirmière l'encourage. Elle nuance son propos. L'important n'est pas de perdre du poids à son âge, mais uniquement de stabiliser. Elle ajoute : « *c'est la première fois depuis que je te suis que tu n'as pas pris, tu peux être fière de toi* ». Elle est étonnée qu'il veuille être hospitalisé alors qu'avant il refusait et préférait les consultations ponctuelles. Quentin explique qu'il veut venir « *pour sécher* ». L'infirmière rigole et lui demande pour l'embêter : « *pour sécher quoi ? l'école ?* » Elle sait très bien qu'il est en train d'utiliser un terme de musculation qui signifie vouloir perdre de la masse grasse. Elle explique que l'hospitalisation n'est pas systématique après les consultations

individuelles. La famille doit avant tout participer à une journée de bilan. Elle s'adresse à Quentin pour lui détailler cette journée bilan : « *toi tu fais des bilans avec tous les membres de notre équipe, tu connais la diététicienne, mais on a aussi une psychomotricienne, une assistante sociale, un kiné, une psychologue, un éducateur sportif, un médecin, et une équipe éducative en plus de moi* […] *et les parents voient l'assistante sociale, vous allez pouvoir parler du risque lié à l'information préoccupante, vous avez un atelier sur l'obésité et la santé, et un atelier sur l'équilibre alimentaire et les pistes de changement, ensuite nous entre professionnels on fait une synthèse sur chaque jeune et on vous reçoit pour voir ensemble quelle est la meilleure solution, hospitalisation ou continuer les consultations.* » La mère insiste sur l'urgence de l'hospitalisation. Selon elle, jusqu'à maintenant, Quentin ne voulait pas être hospitalisé, car il avait peur de se séparer d'elle, mais maintenant, il est habitué puisqu'il habite chez son oncle et sa tante en semaine. L'infirmière prend la parole en regardant Quentin qui a la tête baissée : « *il ne voulait pas quitter maman parce qu'il avait peur pour elle, maintenant il voit que maman peut se débrouiller, qu'il ne se passe rien, et il peut s'occuper de lui maintenant et de sa santé* ». Cette infirmière prend en considération les problèmes de scolarité, et de risque de placement, sans mettre en avant le problème initial du poids. Cette situation est très représentative des consultations auxquelles nous avons assisté au sein de Centre SSR. La mère et la tante se confient aisément à l'infirmière. Un lien de confiance s'est tissé entre elles. L'infirmière expose une alternative à Quentin. Elle lui explique que le Centre SSR met prochainement en place une hospitalisation qui ne dure qu'une semaine. Elle essaye de résumer les possibilités du jeune. Soit une longue hospitalisation à la rentrée de septembre, ou de janvier, soit une courte hospitalisation d'une semaine, en mai, dans quelques jours, pour « *tester* ». L'infirmière s'absente de la salle de consultation quelques minutes. Aussitôt la mère s'empresse de me demander mon avis. L'infirmière revient en disant : « *le mieux selon moi c'est que tu changes de collège maintenant pour ne pas risquer de finir devant le juge, tu dis à ton nouveau directeur que tu subis du harcèlement à cause de ton problème de poids, tu lui dis que tu veux te prendre en charge pour ça en parlant de nous* ». Quentin explique qu'il accepte de réaliser une semaine d'hospitalisation et qu'il décidera par la suite de faire ou non une hospitalisation plus longue. L'infirmière clôture l'entretien en énonçant toutes les activités que Quentin s'apprête à réaliser en s'inscrivant pour la semaine : spectacle de théâtre, tir à l'arc, match de hand, cinéma, balade dans la nature, piscine, pique-nique, ateliers psychomotricité, diététique, repas thérapeutique avec les parents, etc.

Extrait du journal de terrain, Centre spécialisé B, Consultation de bilan de Quentin

Ces consultations dites de « *bilan* » ont lieu au sein des différentes structures, à la fin d'un séjour d'hospitalisation en Centre SSR, ou à la fin d'un programme de prise en charge au sein des hôpitaux ou réseaux de santé. Ces consultations servent à faire un bilan de la prise en charge et évoquer les « *pistes d'actions* » futures. Je vais évoquer le cas de Quentin puisque j'ai assisté à la consultation de bilan, qui a suivi sa semaine d'hospitalisation. Cette consultation a donc lieu quelques semaines après la consultation de suivi, début mai 2018.

La consultation est réalisée avec l'infirmière, Mme Andreas. Elle commence par demander à Quentin comment s'est déroulée la semaine. Il répond spontanément : « *bien j'ai tout aimé, sauf le premier plat avec du poulet à la vanille* ». L'infirmière enchaîne par quelques questions sur l'alimentation. Elle lui demande par exemple s'il a eu faim entre les repas, s'il a eu des douleurs dans son corps suite aux activités, etc. Elle lui annonce qu'il a perdu deux kilos. Quentin est très fier de lui. Il a un grand sourire. Son comportement est très différent de celui observé moins d'un mois plus tôt lors de la consultation de suivi. Si Quentin prenait très peu la parole auparavant, maintenant il est spontané dans ses réponses, semble à l'aise et en confiance. L'infirmière le questionne sur cette perte de poids. Elle souhaite connaître ce qui en est la cause selon lui. Quentin répond que c'est parce qu'il n'a pas arrêté de bouger qu'il a tout le temps fait quelque chose, il ne s'est jamais ennuyé. Il ajoute que son comportement était différent de celui qu'il a chez sa mère lorsqu'il reste assis des heures. Mme Andreas, sachant qu'il habite maintenant chez son oncle et donc bouge davantage que chez sa mère, essaye de cibler l'alimentation. Elle l'interroge alors ce qu'il souhaite changer avec sa tante dans son alimentation. Quentin rétorque : « *les portions au repas, chez tata je prends plus de féculents que de légumes, ici c'était l'inverse, il faut une demi-assiette de légumes, un quart de féculent et un quart de viande.* ». Quentin explique qu'il aimerait revenir en hospitalisation plus longuement. La mère explique qu'elle va essayer de le faire changer de collège dès que possible. L'infirmière confirme donc qu'une hospitalisation en septembre serait trop tôt parce qu'il risque de ne pas bien s'intégrer à son nouveau collège. Elle recommande donc d'attendre un peu après septembre. Elle lui demande quels sont ses objectifs en attendant de revenir le voir en consultation. Quentin souhaite « *diminuer les féculents et augmenter les légumes* ». Il ajoute qu'il va essayer de marcher dehors au moins une fois par semaine. Quentin souhaite marcher 45 minutes réparties sur deux jours dans la semaine, alors que les recommandations conseillent aux jeunes d'être actifs une heure par jour minimum. Mme Andreas le souligne. La maman conclut la consultation en soulignant le fait qu'elle est très heureuse de le voir enfin souriant et content.

Annexe n°6 : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au sujet d'Inès

Extrait du journal de terrain, hôpital C, journée de bilan multidisciplinaire, RCP.

Contexte : Les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital C sont réunis autour d'une table, il y a une pédiatre, un éducateur médico-sportif, une infirmière, une diététicienne et une psychologue. Ils échangent sur les différents adolescents (cinq) qu'ils viennent de voir en consultation de manière individuelle pour cette journée « *bilan multidisciplinaire* ». Les adolescents sont tous venus accompagnés de leur mère. Aucun père n'est présent à cette journée.

Nous ciblons le portrait d'Inès puisque nous l'avons observé non seulement ce jour en consultation à l'hôpital C, mais aussi parce que nous la retrouverons dans d'autres contextes par la suite. Les professionnels vont prendre la parole à tour de rôle pour faire un compte rendu de leur consultation avec Inès. La pédiatre commence par prendre la parole, en annonçant, le nom de famille d'Inès, son âge, son poids, sa taille. La pédiatre souligne le fait que le grand-frère aurait été en obésité lorsqu'il avait l'âge d'Inès, selon la mère, « *mais maintenant ça va, enfin il paraît, bon on n'en sait pas plus, qu'est-ce que ça veut dire pour eux ça va ? Peut-être qu'il est toujours en surpoids* ». Ensuite, elle passe à la description du père, anciennement en obésité, il serait en léger surpoids maintenant. La pédiatre ajoute « *c'est pareil, je ne sais pas ce qui est vrai…* » La diététicienne l'interrompt : « *je te confirme, le papa a été suivi dans notre hôpital il y a 8 ans, et il avait perdu 30 kilos, mais il n'a jamais repris* ». La pédiatre reprend la parole. Elle résume l'état de santé des parents : « *la maman a un IMC normal, mais son père était obèse, sinon la gamine est suivie pour une allergie aux acariens, elle a eu du lait maternisé, des petits pots, des repas faits à la maison, la maman dit qu'elle a toujours été potelée, mais qu'elle a particulièrement commencé à grossir vers six ou sept ans, elle se fait moquer à l'école, d'ailleurs elle a arrêté le sport à cause de cela, elle a une bonne moyenne à l'école, elle a des amis, elle aime aller à l'école, le père est chauffeur routier donc souvent absent, la maman est mère au foyer et maintenant je vous laisse dire pour l'alimentation et l'activité physique* ». La situation sociale de la famille est donc abordée brièvement, et uniquement par la pédiatre. D'ailleurs, durant l'observation de la consultation avec la pédiatre, cette dernière a questionné la mère au sujet de la profession en soulignant le fait que ces données allaient m'intéresser uniquement moi, en tant que sociologue. Elle semble considérer ces informations comme plus utiles pour moi que pour sa propre évaluation et m'explique ne pas les demander

souvent. La diététicienne prend à son tour la parole. Elle considère que les repas familiaux ne sont pas « *structurés* », « *ils manquent de légumes et de desserts », Inès mange « les mêmes quantités à table que ses parents* », elle ne grignote pas, « *les parents sont perdus au niveau des quantités* ». La diététicienne ajoute que la mère semble très motivée pour revoir les quantités lors des repas pour sa fille. L'infirmière ajoute de manière brève qu'Inès semble « *très sociable* » en revanche elle est difficile à table, car elle refuse de manger des fruits et légumes, cuits ou crus. L'éducateur médico-sportif qui lui a fait réaliser quelques exercices pour tester ses aptitudes, ajoute qu'elle a « *des capacités pas mauvaises en sport* », qu'elle peut reprendre le sport car il n'y a aucune contre-indication, qu'elle semble curieuse de découvrir de nouvelles activités sportives, ou faire plus de balades à vélo les week-ends. Les professionnels concluent que la jeune pourrait être orientée au sein du réseau de santé D pour suivre un programme ETP avec d'autres jeunes de son âge étant donné qu'elle semble sociable et ouverte à pratiquer diverses activités. Elle est trop jeune pour être orientée au sein du Centré spécialisé B.

Annexe n°7 : Journée Européenne de l'Obésité à l'hôpital de Lille

Annexe n°8 : 3ème Journée Régionale Diabète et Obésité

3ème Journée Régionale Diabète et Obésité

Éducation - Enfance - Formation - Prévention - Recherche - Traitement - Société - Vécu

JEUDI 21 JUIN 2018

Mégacité

Avenue de l'Hippodrome à Amiens

Comité d'organisation :

Jean-Daniel LALAU (CHU Amiens-Picardie et COPEPPI), coordonnateur, avec : Muriel BOYARD (IREPS de Picardie et Centre spécialisé de l'obésité), Maryse BURGER (Académie d'Amiens), Catherine HUETTE (PMI Amiens), Michèle CARPENTIER (CHU Amiens-Picardie), Raïfah MAKDASSI et Patrick KERROS (Ville d'Amiens), Philippe POUILLART (UniLaSalle, Beauvais) et Hinde TIZAGHTI (ARS Hauts-de-France).

RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS

8h30 - 9h : Accueil

9h - 10h30 : Plénière

Modérateur : Jean-Daniel LALAU

- Éducation : Maryse BURGER, Amiens
- Enfance : Catherine HUETTE, Amiens
- Formation : Michèle CARPENTIER, Amiens
- Prévention : Annie Delcourt, Lille
- Recherche : Philippe POUILLART, Beauvais
- Traitement : Jean-Daniel LALAU et Salha FENDRI, Amiens, et Lionel REBIBO, Paris

10h30 - 11h : Pause

11h - 12h30 : Ateliers, session 1

Ateliers simultanés prolongeant les thèmes de la plénière, avec les mêmes intervenants et la participation aussi de : Sabine ABGRALL, Beauvais ; Isabelle BEAUDOIN, Laon ; Muriel BOYARD, Amiens ; Monique ROMON, Lille ; Claire TAUTY, Amiens ; les pôles de prévention et d'éducation du patient de Picardie et la participation exceptionnelle d'une animation culinaire dans un camion-école (Anny PAROT-MONPETIT, Vannes).

12h30 - 14h au choix :

1/ Symposia avec déjeuner :

- « Diabète : le futur annoncé », Sanofi
- « L'accompagnement du patient au pluriel », Santélys (et la Maison du diabète)
- « Le jeune enfant », Nestlé

2/ Visite de l'exposition et déjeuner (avec une sensibilisation à l'alimentation bio par le collectif *Les pieds dans le plat*)

14h - 15h : Ateliers, session 2

15h - 16h : Ateliers, session 3

16h - 16h30 : Pause

16h30 - 17h30 : Plénière

- Restitution des ateliers par leurs animateurs
- En route vers l'équilibre : Patrick KERROS, Amiens

OUVERT À TOUS

14h - 15h : Conférences

- Les aspects de prévention : Bastien AFFELTRANGER, Bobigny ; Muriel BOYARD, Amiens et Marie VAN DER SCHUEREN-ETÉVÉ, Caen
- Les professionnels de santé de proximité : Caroline DE PAUW, Lille
- L'implication de la ville : Patrick KERROS et Raïfah MAKDASSI, Amiens
- Le vécu de la maladie : Laurent VALOT, Amiens et Lydie BOURY (Association de patients *Les petits poids*)
- La politique de santé : Hinde TIZAGHTI, Lille (ARS)

15h - 16h : Table ronde avec les conférenciers et échanges avec l'assistance

ENTRÉE LIBRE

INSCRIPTION GRATUITE MAIS OBLIGATOIRE :

- Connectez vous à cette adresse bit.ly/chuamiens-21-juin-2018
- Avec votre téléphone, flashez le flashcode
- Cliquez sur cet encadré
- Connectez vous au site du CHU / rubrique agenda

CHU AMIENS PICARDIE

COordination pour la Prévention et l'Éducation du Patient en Picardie

REF12-2018 - Service Communication CHU Amiens-Picardie - Mars 2018

Annexe n°9 : Programme du congrès du GROS 2018

GROS | Jeudi 22 Novembre 2018

8:00 ACCUEIL

9:00 **Histoire du GROS**
Dr Gérard Apfeldorfer, psychiatre, Paris

9:30 **Système exécutif vs systèmes de régulation : régimes amaigrissants vs alimentation intuitive**
Sabrina Julien-Sweerts, psychologue clinicienne, diététicienne-nutritionniste, Asnières-sur-Seine

10:00 **De la restriction à l'alimentation intuitive - Présentation d'un cas clinique**
Chantal Boutet, diététicienne-nutritionniste, Chambéry et **Cécile Séron**, diététicienne-nutritionniste, Hôpital de Forcilles, Férolles-Attilly

10:30 PAUSE

11:00 **Contrôle métabolique et hédonique de la prise alimentaire : apport des modèles pré cliniques**
Serge Luquet, directeur de recherche DR2 CNRS-UMR 8251, Paris Diderot Paris 7

11:30 **De la répression du désir à la compulsion**
Dr Marc Valleur, psychiatre, Centre Médical Marmottan, Paris

12:00 DÉJEUNER

13:30 **Jeux de maux**
Violaine Lavis, diététicienne-nutritionniste et **Séverine Romanet**, musicienne, comédienne, Lyon

13:45 **Lauréat GROS et Diabète**
Dr Édouard Ghanassia, endocrinologue diabétologue, Sète

14:00 TABLE RONDE
Modérateur : **Pr Jean-Michel Lecerf**, chef du service de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille

- **Sucre et obésité**
  Pr Bernard Guy-Grand, professeur honoraire de nutrition, ancien chef du service de nutrition de l'Hôtel-Dieu de Paris
- **Sucre et addiction**
  Sophie Nicklaus, directrice de recherche INRA, Centre des sciences du goût et de l'alimentation, Dijon
- **Sucre et diabète**
  Pr Antoine Avignon, professeur de nutrition, chef de service nutrition diabète, CHU de Montpellier
- **Histoire de la saccharophobie**
  Claude Fischler, sociologue, Paris
- **Les pratiques du GROS**
  Dr Gérard Apfeldorfer, psychiatre, Paris

15:00 **Trauma, évènements de vie et obésité**
Damien Fouques, psychologue clinicien, psychothérapeute, maître de conférences de psychologie clinique, Paris Nanterre

15:30 **Traumatisme du régime : régime infantile / maltraitance et traumatisme à l'âge adulte / Traumatisme de la stigmatisation**
Anouch Chaldjian, membre du collectif Gras Politique.

16:30 **ATELIERS**

18:00 CLÔTURE DU PREMIER JOUR

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président **Dr Gérard Apfeldorfer**, Vice-présidente **Sylvie Benkemoun**, Secrétaire générale **Florence Urbain**, Trésorière **Marie-Carmel Detournay**, Responsable pôle Formation **Ulla Menneteau**, Responsable pôle Communication **Vincent Gerbault**, Responsables pôle Vie associative **Aurore Taccoen** et **Florence Urbain**, **Alexandra Chaouat Palao**, **Cécile Séron**, **Dr Jean-Philippe Zermati**, Président d'honneur **Dr Bernard Waysfeld**

GROS 2 ans | Vendredi **23** Novembre 2018

8:00 ACCUEIL

9:00 **Calmer les émotions de l'enfant vulnérable ou de l'adulte sain**
Mélanie Fouré, psychologue clinicienne, psychothérapeute, docteur en psychologie, Chartres

9:30 **L'envie, la vie, la peur. Reflexions sur les obstacles à l'amaigrissement**
Dr Claude Arnaud, psychiatre, Perpignan

10:00 Projection du film **Un régime ça fait grossir (Psychocouac)**
Pierre Bordaberry, psychologue psychothérapeute, Marmande

10:30 PAUSE

11:00 Vignettes cliniques

- **Alimentation intuitive, GROS et neuroleptique**
  Christelle Jacquis, diététicienne-nutritionniste, GH Mondor-Chenevier, Créteil
  Sylvie Barouhiel, diététicienne-nutritionniste, Paris
- **Alimentation intuitive, GROS et anorexie**
  Dr Anne Bargiacchi, pédo-psychiatre, Paris
- **Alimentation intuitive, GROS et alcool**
  Dr Christian Amouzou, médecin coordinateur, Clinique Château de Villebouzin
  et **Marie-Laure Desaissement**, diététicienne-nutritionniste, Thiais

12:10 **Les femmes en obésité et leurs gynécologues : résultats inattendus d'une première enquête exploratoire**
Dr Véronique Fournier, médecin de santé publique, cardiologue, responsable de l'unité fonctionnelle d'éthique clinique à l'hôpital Cochin, Paris et **Perrine Galmiche**, philosophe, centre d'éthique clinique

12:40 DÉJEUNER

14:00 **De la satiété au rassasiement : la place du plaisir sensoriel**
Dr Odile Viltart, enseignant-chercheur en neurosciences, Université de Lille

14:30 Attention et rassasiement

- **Comment développer l'attention sur les sensations alimentaires ? Exercices pratiques**
  Vincent Gerbault, diététicien-nutritionniste, Saintes
  Intervenant en attente
- **Mangez moins en se rassasiant plus : les facteurs psychologiques du rassasiement**
  Sylvie Benkemoun, psychologue clinicienne, Paris et **Marie-Carmel Detournay**, infirmière psychothérapeute, St Mammès

15:30 **20 après, Gros changement : évolutions du modèle biopsychosensoriel**
Dr Jean-Philippe Zermati, médecin nutritionniste psychothérapeute, Paris

16:30 **ATELIERS**

18:00 CLÔTURE DU DEUXIÈME JOUR

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Directeur du Comité : **Pr Jean-Michel LECERF** (Institut Pasteur Lille) • **Jean-Pierre CORBEAU**, sociologue (Tours) • **Dr Francine DURET-GOSSART**, médecin nutritionniste (Paris) • **Dr Marc FANTINO**, physiologiste (Lyon) • **Sylvie ISSANCHOU**, ingénieur agronome (Dijon) • **Katherine KURETA-VANOLI**, diététicienne-nutritionniste (Clamart) • **Dr Anne LAURENT-JACCARD**, médecine interne (Lausanne) • **Natalie RIGAL**, psychologue (Paris) • **Dr Bernard WAYSFELD**, psychiatre nutritionniste (Paris)

GROS 2 ans | ATELIERS

Préinscription aux ateliers sous réserve des places disponibles
(1 atelier par jour)

Jeudi 16h30 - 18h00

ATELIER 1

20 ans après : GROS changements

Jean-Philippe Zermati, médecin nutritionniste, psychothérapeute, Paris

Le modèle biopsychosensoriel a évolué sur le plan théorique au cours des dernières années.
- Comment mettre en œuvre ces évolutions sur le plan pratique ?
- Comment travailler l'attention et construire un hyperobjet attentionnel ?
- Comment diminuer les envies de manger ?
- Comment distinguer un trouble du récontant d'une anesthésie émotionnelle ? Quelles approches proposer ?

ATELIER 2

La place des émotions dans l'approche du GROS

Aurore Taccoen, psychologue clinicienne, Lille

Lutter contre ses émotions, les éviter, les accepter, que de choix auxquels sont soumis nos patients sans même le savoir. Notre rôle en tant que praticien du GROS est d'amener les patients à prendre conscience de ces différentes possibilités, de les aider à comprendre quelles sont les émotions qui entrent en jeu dans la régulation de leur comportement alimentaire.
Nous verrons lors de cet atelier que l'approche dans la gestion des émotions a beaucoup évolué depuis 20 ans que le GROS existe.

ATELIER 3

Profitons, profitons, demain c'est fini ! Travailler sur la peur de manquer chez les patients

Ulla Menneteau, diététicienne-nutritionniste, Clermont-Ferrand

Avoir sans cesse envie d'aliments interdits, craquer dès qu'on en voit, ne pas pouvoir s'arrêter quand on a commencé. Voilà des difficultés que nous voyons souvent chez nos patients. Souvent vécus comme des traits de caractère, ces difficultés sont fortement en lien avec la peur de manquer. Nous aborderons dans cet atelier les façons de diminuer la peur de manquer et/ou ses effets négatifs.

Vendredi 16h30 - 18h00

ATELIER 4

La gestion du temps dans une consultation du GROS : défis et outils

Nathalie Maréchal, médecin de famille, Blois

La gestion du temps dans une consultation aussi complexe qu'une consultation autour du comportement alimentaire et tous les facteurs qui l'influencent est souvent difficile. Comment terminer à temps tout en respectant le patient et tout en lui apportant des éléments utiles pour progresser ?

ATELIER 5

Cesser d'obéir à des règles pour suivre son expérience

Sophie Cheval, psychologue clinicienne, Paris

L'environnement et les apprentissages alimentaires favorisent les comportements pilotés par les pensées (règles alimentaires) au détriment de la prise en compte de l'expérience en contexte (qu'est-ce qui fonctionne pour moi, à tel moment, en présence de tel besoin, telle envie et/ou telle contrainte).
Dans cet atelier, seront exercées les habiletés à :
- aider les patients à observer toutes les conséquences du suivi des règles alimentaires (leurs effets sur l'ensemble des dimensions de leur alimentation et, plus largement, sur ce qui compte pour eux),
- les amener à pouvoir davantage choisir de faire ce qui fonctionne pour eux, quoi que racontent leurs pensées (adapter leur comportement alimentaire à leurs besoins et priorités, en fonction du contexte).

ATELIER 6

Le poids dans le couple

Claire-Marie Best, psychologue clinicienne, Paris

La préoccupation autour du poids peut impacter la relation de couple. Que ce soit en lien à des sujets autour de la santé, de l'éducation ou bien relatifs aux injonctions sur l'apparence, la volonté de contrôler son poids ou celui de son conjoint peut affecter la relation de couple.
Comment appréhender cette variable dans l'intimité du lien ? Quelles peuvent être les conséquences du poids dans le rapport à l'autre ? Le couple offre-t-il un contexte de confit autour de cette question ou au contraire la possibilité d'un accueil bienveillant et sécurisant ?
Les pensées et les émotions induites par le vécu de son propre poids engendrent des comportements vis-à-vis de l'autre. Selon les cas, cela provoque un rapprochement ou un éloignement, agissant ainsi sur la relation de manière bénéfique ou délétère.
La prise de conscience de l'impact du poids sur la représentation de soi d'une part et sur la réaction du conjoint d'autre part permet une première étape pour appréhender la problématique. Ensuite l'observation de ses propres comportements donne l'occasion d'avancer différemment sur cette question et d'envisager une autre relation au poids dans la vie de couple, si nécessaire.

GROS 2 ans | ATELIERS

Préinscription aux ateliers sous réserve des places disponibles
(1 atelier par jour)

Samedi 9H00 - 10H30

ATELIER 7

De l'éducation thérapeutique à l'approche du GROS, il n'y a qu'un pas

Isabelle Labbé, diététicienne-nutritionniste, Montpellier

Redonner les fondamentaux sur ce qu'est l'ETP : aider le patient à acquérir les nouvelles compétences dont il a besoin pour mieux gérer ses comportements problèmes et améliorer son mode de vie

- Faire le lien entre les différentes étapes ETP et les outils proposés par le GROS pour rendre le patient acteur de son évolution : travail sur l'alliance thérapeutique, les croyances alimentaires, l'identification des comportements problèmes, de sa maladie (obésité et/ou TCA) et leurs conséquences, sur les objectifs réalisables , sur les ressources dont il dispose et sur ses sensations alimentaires et le plaisir alimentaire (etc.)

ATELIER 8

La peur de maigrir : repérage et prise en charge

Claude Arnaud, Psychiatre, Perpignan et **Sandrine Gabet-Pujol**, diététicienne-nutritionniste, Perpignan

Nous constatons tous que malgré une apparente motivation à la perte de poids, nombre de nos patients vont être en difficulté avec celle-ci. Et même, depuis l'avènement de la chirurgie bariatrique, nous voyons des patients, mal préparés, qui après avoir perdu du poids vont "s'effoncer" dies reprendre. Nous allons essayer dans cet atelier, au travers de l'histoire de patients, de proposer ensemble des outils pour repérer et faire face à la peur de maigrir. Il serait souhaitable que chacun des participants à l'atelier vienne avec une "histoire de patients" traduisant cette peur de maigrir.

ATELIER 9

Comment utiliser la thérapie online Linecoaching pour améliorer la prise en charge en direct des personnes demandeuses d'amaigrissement

Gérard Apfeldorfer, psychiatre, Paris

L'utilisation d'une thérapie online fondée sur l'approche biopsychosensorielle, conjointement à la prise en charge en présentiel, permet au thérapeute de consacrer les séances aux difficultés spécifiques du patient, et éventuellement d'espacer les séances, ce qui peut être utile pour les patients habitant à distance.

Samedi 11h00 - 12h30

ATELIER 10

Vivre gros - 20 ans après

Sylvie Benkemoun, psychologue clinicienne, Paris

Est-ce que les préjugés à l'égard des personnes grosses ont évolué ? Est-il plus facile de les vivre au fil des connaissances sur l'obésité ? Comment accueillir la honte et la culpabilité d'être gros et dynamiser les capacités d'adaptation des personnes en difficulté avec leur poids ?

ATELIER 11

Facteurs à prendre en compte avant et après chirurgie bariatrique

Bernard Waysfeld, psychiatre nutritionniste, Paris

Le by-pass ou la sleeve, interventions bariatriques majeures, consiste à remplacer une maladie par une autre : l'obésité morbide par une restriction associée ou non à une malabsorption. Cette chirurgie obéit donc à des indications, contre-indications, principes de surveillance, connaissance des effets secondaires, comme pour toute thérapeutique majeure. À ce titre, la décision de l'intervention implique une connaissance approfondie des situations rencontrées.

ATELIER 12

(Re)Prendre contact avec son corps

Nicole Gratier de Saint-Louis, kinésithérapeute, sophrologue, hypnothérapeute, Paris

Lorsque le corps n'est pas ou n'est plus aimé, comment composer avec, comment mieux vivre sa présence au quotidien ? En travaillant sur le sensoriel, la respiration, la posture et le mouvement, pouvoir le ré investir différemment. En apprenant à revenir vers lui autrement, en étant guidé pour le ressentir, prendre conscience de sa peau, de ses muscles, de sa structure osseuse, des organes qu'il protège. Puis en venant y respirer, redevenir acteur de nos sensations avec la respiration, celle-ci permettant aussi de mettre en place des solutions face à l'anxiété de ce contact souvent redouté. Ensuite, la perception de la position, de la structure, immobile d'abord puis en mouvement. À l'aide d'exercices issus de la kinésithérapie, de la sophrologie caycédienne et sophrologie ludique, du Qi Gong, vous vous familiariserez avec des outils qui aideront vos patients à (ré)apprivoiser leur corps, et recréer du lien avec celui-ci, dans une dimension bienveillante.

Annexe n°10 : Programme du congrès du GROS 2019

PLÉNIÈRE - JEUDI 21 NOVEMBRE

08:00 Accueil des participants / émargement

09:00 **Définition d'une addiction : aspects cliniques, dépendance et toxicomanie**
Dr Bernard WAYSFELD, psychiatre nutritionniste, Paris

09:30 **Neurophysiologie des addictions de manière générale : quand l'agmygdale est activée, pas de satisfaction**
Pr Jean-Pol TASSIN, neurobiologiste, directeur de recherche Inserm, Paris

10:00 **Addiction, émotions et alimentation : y a-t-il du nouveau ?**
Giuseppe GANGAROSSA, docteur en Pharmacie et en Sciences Biomédicales, maître de Conférences en Physiologie et Neurosciences à l'Université de Paris

10:30 **Saynète**

10:40 Pause

11:10 **Baclofène : intérêts et mécanismes d'actions dans la prise en charge de l'alcoolo-dépendance, spécificité des TCA**
Dr Nicolas DUSSÈRE, psychiatre coordonnateur, Centre de Psychiatrie Ambulatoire de Cenon (33)

11:40 **Sommes-nous tous devenus *accro* aux écrans ?**
Lucia ROMO, Université Paris Nanterre, EA CLIPSYD, CMME, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

12:10 **Addiction au sucre : de l'expérimentation animale à l'homme**
Peut-on franchir le pas ?
Dr Jean-Michel LECERF, chef du service de nutrition, Institut Pasteur de Lille

12:40 **Saynète**

12:50 Déjeuner

14:15 **Du régime à l'addiction : de la physiologie à la clinique**
Serge LUQUET, directeur de Recherche DR2 CNRS-UMR 8251 Paris Diderot Paris 7
Dr Jean-Philippe ZERMATI, médecin nutritionniste, psychothérapeute, Paris
Interviews par **Gérard APFELDORFER**, psychiatre Paris

15:00 **Comment aider le patient quand les peurs liées à la restriction cognitive s'en mêlent ?**
Aurore TACCOEN, psychologue, Lille
Anne-Sophie DUMORTIER, psychologue, Compiègne

15:30 **Saynète**

15:45 Pause

16:15 **Trouble du réconfort et anesthésie émotionnelle : comment faire la différence ?**
Dr Jérôme CARRAZ, psychiatre, Grenoble

16:45 **Addiction : essai de synthèse et point de vue du GROS**
Dr Jean-Philippe ZERMATI, médecin nutritionniste, psychothérapeute, Paris

17:05 **Saynète**

17:15 **Clôture**

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Président : **Pr Jean Michel LECERF** (Institut Pasteur Lille) ● **Jean-François AMADIEU**, sociologue ● **Dr Gérard APFELDORFER**, psychiatre psychothérapeute (Paris) ● **Jean-Pierre CORBEAU**, sociologue (Tours) ● **Dr Marc FANTINO**, physiologiste (Lyon) ● **Sylvie ISSANCHOU**, ingénieur agronome (Dijon) ● **Serge LUQUET**, directeur de recherche (Paris) ● **Katherine KURETA-VANOLI**, diététicienne nutritionniste (Clamart) ● **Natalie RIGAL**, psychologue (Paris) ● **Dr Bernard WAYSFELD**, psychiatre nutritionniste (Paris)

ATELIERS - VENDREDI 22 NOVEMBRE

Pré-inscription nécessaire sur la plateforme d'inscriptions (sous réserve des disponibilités)

08:15 Accueil des participants / émargement

08:45 **Plénière**
Gérard APFELDORFER, psychiatre Paris

09:15 **Prix de recherche du GROS**
Sabrina JULIEN-SWEERTS, psychologue clinicienne, diététicienne-nutritionniste, Asnières-sur-Seine

09:40 1A **Hyperphagie : vide d'émotions, trop d'émotions** (1h30)
Dr Jérôme CARRAZ, psychiatre, Grenoble

09:40 1B **Addictions après chirurgie bariatrique** (1h30)
Aurore TACCOEN, psychologue, Lille

09:40 1C **Les émotions ça se mange sans faim. Comment aider les patients qui *craquent* et compulsent ?** (1h30)
Ulia MENNETEAU, diététicienne-nutritionniste, Clermont-Ferrand

11:10 Pause / Changement d'atelier

11:30 2A **Manger attentivement, des pistes pour accompagner le patient avec plus d'attention** (1h30)
Vincent GERBAULT, diététicien-nutritionniste, Jarnac

11:30 2B **Face aux commentaires médicaux autour du surpoids de leur enfant, comment réagissent les parents et comment les accompagner avec l'approche du GROS ?** (1h30)
Anne-Sophie DUMORTIER, psychologue, Compiègne

11:30 2C **Présentation du programme MB-Eat : comment intégrer cet outil à la démarche du GROS ?** (1h30)
Savéria GARCIA, diététicienne-nutritionniste, Nice

13:00 Déjeuner

14:00 3A **Je mange pour oublier, mais je ne sais plus quoi. Cheminer vers un nouvel équilibre** (1h30)
Sylvie BENKEMOUN, psychologue clinicienne, Paris

14:00 3B **Approche du GROS : découverte** (3h00)
Florence URBAIN, diététicienne-nutritionniste, Pérenchies

14:00 3C **L'alliance thérapeutique ou comment nouer une bonne relation de collaboration avec nos patients** (1h30)
Anne-Françoise CHAPERON, psychologue clinicienne, Montrouge

15:30 Pause / Changement d'atelier (sauf 3B)

16:00 4A **Miroir, mon beau miroir, dis moi qui je suis ! Insatisfaction corporelle, ACT et miroir** (1h30)
Élodie ADAM, psychologue clinicienne, Saint-Pourçain

16:00 4B **Comment mettre en place un programme ETP avec l'approche du GROS en établissement hospitalier ?** (1h30)
Cécile SERON, diététicienne-nutritionniste, Hôpital de Forcilles
Laurent WEIBEL, diététicien-nutritionniste, Parigné L'Évêque

CONFÉRENCE - SAMEDI 23 NOVEMBRE

10:00 **Addictions alimentaires : mythe ou réalité ?**
Sylvie BENKEMOUN, psychologue clinicienne, Paris
Marie-Laure DESAISSEMENT, diététicienne-nutritionniste, Thiais
Dr Jean-Philippe ZERMATI, médecin nutritionniste, psychothérapeute, Paris

12:00 **Clôture**

Annexe n°11 : Classer les enquêtés selon les Professions et Catégories Sociales (PCS)

J'ai demandé la profession des deux parents de l'adolescent lors des entretiens au domicile, mais parfois l'information était manquante, notamment dans les situations où le père est absent de la vie des jeunes et qu'ils n'ont plus de contact avec eux. Dans le cas où le père est absent de la vie du jeune, je ne prenais en compte alors que la profession de la mère, et éventuellement celle du beau-père lorsqu'ils habitaient tous ensemble.

La profession recueillie m'a permis ensuite de coder à partir de la classification des professions et catégories sociales (PCS) de l'Insee. J'ai cherché à déterminer le premier niveau de la nomenclature des PCS à savoir le groupe socio-professionnel : agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers. Dans certaines situations, notamment pour le groupe *employés* (CS 5), j'ai dû déterminer également le second niveau à savoir la catégorie socio-professionnelle afin de mieux répartir les individus entre *classe populaire* et *classe moyenne*.

La « classe sociale » est un concept conflictuel au sein de la sociologie mais aussi d'autres disciplines (économie, politique, histoire) notamment parce que les enjeux ne sont pas seulement théoriques mais également politiques (Bihr, 2012). Aussi il a été parfois difficile de déterminer où placer telle ou telle catégorie socio-professionnelle. Cela peut s'expliquer en effet parce que les transformations de la société ces quatre dernières années ont pu participer à rendre flou leur délimitation (Loretti, 2017)[228].

Pour déterminer la classe sociale, je prenais la profession la plus élevée du couple. Lorsque la personne était au chômage depuis de longues années cela nous amené à la classifier comme appartenant à la *classe populaire*, sinon, si la situation était récente, je prenais en compte l'emploi occupé précédemment, comme pour les retraités. La *classe populaire* est principalement composée d'ouvriers (CS 6), et de personnes en situation de chômage longue durée. La catégorie des *employés* (CS 5) est un exemple des difficultés à définir leur appartenance (Chenu, 2005). C'est pour cela que

[228] À ce sujet, selon Loretti (2017), se référer à Dumartin, 1996 ; Coutrot, 2002 ; Chenu, 2005 ; Cayouette-Remblière, 2015. De manière générale pour réaliser ce travail de classification, je me suis inspirée du protocole mis en place par la sociologue Loretti lors de sa thèse (2017) au sujet des inégalités sociales de santé et trajectoires de cancer.

j'ai pris en compte la catégorie socio-professionnelle : « *Les personnels des services directs aux particuliers (CS56), employés de commerce (CS 55) et agents de service de la fonction publique (CS 52) ont été rattachés à nos classes populaires. Les employés civils de la fonction publique (CS 52) ; policiers et militaires (CS 53) et employés administratifs d'entreprise (CS 54) ont été assimilés à nos classes moyennes.* » (Loretti, 2017, p.83). Les membres des « *professions intermédiaires* » (CS 4) ont été considérées comme appartenant aux *classes moyennes*, et le seul « *cadre »* de notre corpus a été considéré comme appartenant à la *classe supérieure*. Aussi, le couple de « *commerçants »* (sans employés) a été classé comme appartenant à la *classe moyenne*. De manière générale, le niveau de diplôme des parents et leur lieu d'habitation pouvaient également constituer des éléments d'informations qui venaient solidifier la logique de notre découpage ou au contraire nous amener à nous interroger davantage.

Annexe n°12 : Guide d'entretien auprès des parents et adolescents

Contexte : Nous rappelons qu'il ne s'agit pas d'un questionnaire. Les questions posées sont limitées afin de laisser la famille libre de s'exprimer. Ce guide d'entretien représente ainsi l'ensemble des thématiques abordées par les parents et adolescents eux-mêmes et en aucun cas une liste de questions administrées durant les entretiens.

1. Parcours de soins

<u>En amont</u>

- Le motif de consultation pour le poids ? La personne à l'initiative
- L'histoire du poids du jeune
- Les conséquences au quotidien de l'obésité dans la vie du jeune
- Harcèlement scolaire
- Le professionnel ayant orienté l'adolescent dans la structure spécialisée (médecin traitant/ infirmière scolaire etc.)
- Les autres professionnels rencontrés pour cette problématique
- Les échanges autour du poids avec le médecin traitant ou les infirmières scolaires
- L'investissement de l'entourage dans cette prise en charge

<u>Opinions sur la prise en charge</u>

- Déroulement de la prise en charge / déroulement des consultations / acteurs rencontrés
- Délais des rendez-vous / moyens de transport
- Représentations sur la prise en charge / échec / réussite
- Les changements depuis la prise en charge, pour le jeune, pour les parents, pour la fratrie
- Les difficultés dans la prise en charge
- Prise en charge financière de l'ETP et coût financier des changements demandés
- Socialisation avec des pairs « comme eux »

<u>Opinions relation professionnels-familles</u>

- Implication des professionnels dans l'ETP
- Culpabilité des mères
- Tensions avec les professionnels non-spécialisés (infirmières scolaires, médecin traitant, etc.)
- Vécu de l'annonce de l'obésité
- Pauses durant le parcours de soins à cause de la stigmatisation de certains professionnels

<u>Et après</u>

- Quel suivi après la prise en charge ? Poursuite des consultations ?
- Difficultés à maintenir les changements dans le temps long
- Reprise de poids après la prise en charge

- Retour du harcèlement à la sortie de l'ETP

2. Alimentation

- Les repas sont-ils partagés en famille ? Est-ce le même repas pour tout le monde ?
- Qui cuisine ? Pourquoi ?
- Représentations autour d'un repas « équilibré »
- Représentations autour des slogans que l'on peut entendre comme « manger 5 fruits et légumes par jour », « manger, moins gras, moins salé, moins sucré » etc ?
- Sorties restaurants/fastfood en famille

3. Activités physiques - loisirs

- Les activités physiques et sportives de l'enfant, de la famille.
- Les difficultés de la pratique sportive à l'école
- Les difficultés à montrer son corps lors des cours de piscine à l'école
- Les sorties en famille
- Les sorties entre ami(e)s
- Les loisirs du jeune, de la famille

4. Conditions de vie

- Lieu d'habitation
- Profession des parents
- Situation conjugale des parents
- Membres de la fratrie
- Parcours scolaire du jeune, résultats scolaires, harcèlement scolaire

Annexe n°13 : Parcours de soins de l'enfant et adolescent en surpoids ou obèse

Annexe n°14 : Journée de bilan multidisciplinaire avec Iris

Contexte : Nous allons décrire les différentes consultations réalisées lors d'une journée bilan en Centre Hospitalier. Lors de ces journées, les jeunes sont en moyenne six à réaliser des bilans et sont âgés de 10 à 16 ans. Nous évoquons le cas d'une jeune adolescente, que l'on nommera Iris. Nous l'avons suivi tout au long de la journée lors de ses différents entretiens avec l'équipe pluridisciplinaire. Iris, âgée de 12 ans, est accompagnée uniquement par sa mère. Quelle que soit la structure où se déroulent les entretiens, des questions « types » reviennent systématiquement. C'est ce que nous allons mettre en avant dans la description de ces consultations. En effet, il est intéressant de voir la manière dont se dessine le portrait de l'adolescente au fil des différentes consultations. Suivre le même patient nous permet de voir les relations différentes qui se nouent d'un professionnel à l'autre pour le même patient. La différence est nette pour le cas d'Iris. Cette jeune fille a connu des épisodes de vie difficiles. Durant la journée au sein de l'hôpital, elle reste discrète. Souvent, elle communique par des hochements de tête avec certains professionnels et seulement quelques mots sont verbalisés. Avec d'autres professionnels, elle se met à sourire ou encore à pleurer comme c'est notamment le cas avec l'infirmière, lorsqu'elle se remémore son passé. Cela nous permet également de constater que la succession de ces entretiens avec différents spécialistes oblige la famille à se répéter de nombreuses fois dans la même journée. À l'occasion de la « journée bilan obésité » chaque professionnel se voit attribuer une chambre de l'hôpital en guise de bureau. Les familles et moi-même attendons dans une salle d'attente entre chaque rendez-vous.

- La consultation avec une diététicienne

Je suis installée dans une chambre de l'hôpital avec une diététicienne âgée d'une quarantaine d'années. Elle me montre le dossier de la patiente avant son arrivée. J'apprends qu'Iris a été récemment hospitalisée dans ce même hôpital suite à une tentative de suicide (TS). Il semblerait qu'elle ait vécu un événement particulièrement marquant il y a quatre années. Cet événement est à l'origine de compulsions alimentaires fréquentes et de cette TS. Mais à ce stade des consultations, je n'avais pas compris de quel événement il s'agissait. Les parents sont en cours de divorce. Lors de l'hospitalisation pour TS, Iris a vu une diététicienne. C'est cette dernière qui a laissé des notes dans le dossier patient. L'adolescente et la mère entrent dans la pièce. Plutôt que de réaliser une consultation classique et de poser des questions qui ont déjà été posées par sa collègue, la

diététicienne spécialisée dans la prise en charge de l'obésité fait le choix de reprendre les points énoncés dans les notes du dossier patient d'Iris et d'interroger son évolution depuis la TS. L'entretien est très court. La mère et la fille répondent très peu. La diététicienne n'évoque pas particulièrement cette récente tentative de suicide ni les quelques événements de vie notés dans le dossier patient. Les grignotages et les quantités sont les deux éléments soulevés. La diététicienne lui demande alors si elle a réussi à atteindre son objectif de diminuer les quantités. Iris hoche la tête en guise de non. La professionnelle poursuit en lui demandant si elle a diminué les grignotages. L'adolescente répond simplement « *c'est un peu mieux* ». La diététicienne questionne alors la diversité de sa nourriture, les quantités, la fréquence à laquelle elle se ressert, etc. La dernière question de cet entretien, posée par chaque professionnel, concerne le choix d'Iris pour un futur suivi individuel ou en groupe. La jeune semble peu enthousiaste et ne répond pas. La mère l'encourage à faire un atelier de groupe. Les réponses sont évasives à ce stade de l'entretien. Peut-être que ma présence vient également bouleverser la famille, ajouter une gêne supplémentaire. Cela va progressivement évoluer au fil des consultations. La diététicienne ne prend que peu en compte la situation particulière de la jeune qui a récemment fait une TS. Derrière ces compulsions alimentaires semblent se cacher des problématiques de grande envergure que la professionnelle n'aborde pas. Aucune question n'est posée sur l'environnement social de la jeune filles. Cela peut expliquer la durée très courte de l'entretien. Une vingtaine de minutes, et beaucoup de moments de silence.

- Consultation avec une infirmière

Cette infirmière a une cinquantaine d'années. Durant la consultation elle rebondit toujours sur l'histoire de vie de la famille pour poser des questions. L'ambiance est beaucoup plus décontractée que lors de la consultation précédente. Les questions prennent en compte davantage l'histoire de la famille. Un lien de confiance commence à se créer. L'infirmière commence par tracer la courbe IMC de la jeune, en reprenant les données inscrites dans son carnet de santé par le médecin traitant. Elle commence par calculer. À 6 ans Iris pesait 27 kilos et faisait 1m23, à 8 ans, 40 kilos et 1m38, à 10 ans, 52 kilos et 1m45, à 11 ans 60 kilos et 1m53, et actuellement à 12 ans, 1m57 et 66 kilos. L'infirmière prend ensuite différentes mesures, comme la tension, la taille, et le poids. Tout en continuant ses calculs et en traçant la courbe IMC de l'adolescente, l'infirmière rebondie sur ce qu'elle a lu dans le dossier patient. Elle évoque par exemple la séparation des parents. Elle pose quelques questions à la mère à ce sujet afin de créer un premier contact : « *vous êtes séparé*

maintenant ou c'est encore en cours ? » La mère rigole : « *non pas encore, c'est long, trop long même* [rire]. L'infirmière s'adresse ensuite à Iris : « *Et toi, comment vas-tu depuis ton hospitalisation ?* » Iris répond timidement un simple « *mieux* », la tête baissée. L'infirmière essaye de poser d'autres questions pour en savoir plus, elle prend une voix douce et calme pour s'adresser à la jeune fille. Toujours en s'appuyant sur son dossier patient, elle demande si Iris est suivie par une psychologue au sein de l'hôpital depuis sa TS. La mère prend la parole à la place de la jeune qui semble trop mal à l'aise : « *Oui elle est suivie à l'extérieur, par une psychologue en libéral* ». Revenant sur la courbe IMC qu'elle a tracée, l'infirmière fait un compte rendu à la mère et la jeune : « *donc son poids a décroché depuis ses 3 ans* ». La maman répond : « *oui mais ça fait surtout 3 ans que ça a décollé* ». En effet si Iris a très tôt été considérée en « surpoids », ce n'est que depuis trois ans qu'elle est passée dans la « zone obésité ». L'infirmière questionne cette soudaine et rapide prise de poids. La mère explique à demi-mot qu'elle est en procédure judiciaire avec son propre père, soit le grand-père d'Iris, depuis justement 3 ans. La mère explique que « *les compulsions alimentaires viennent de là, l'hospitalisation aussi, parce qu'en fait, c'était le moment où ça devait être jugé, mais ça a été reporté de cinq mois* ». Nous comprenons à ce stade des consultations, qu'Iris a subi des attouchements sexuels par son grand-père il y a quatre ans qui expliquent le procès en cours avec ce dernier depuis trois ans. Si elle a récemment fait une TS c'est en apprenant que le procès était repoussé. L'infirmière interroge alors la jeune sur les motifs de sa venue aujourd'hui, ce qu'elle souhaite, ce dont elle a réellement envie, ce qu'elle attend de l'équipe. La jeune ne répond toujours pas. L'infirmière demande alors si elle est venue ici volontairement ou si c'est sa mère qui le voulait. La mère prend la parole pour expliquer qu'il s'agit en effet d'une décision parentale. L'infirmière essaye de creuser les ressentis de la jeune à cet égard. L'objectif des professionnels est en effet d'évaluer la motivation du jeune à être présent et à entrer dans un processus thérapeutique. Si la motivation n'émane que des parents, le jeune n'est généralement pas accepté de suite. Elle interroge alors Iris sur la perception qu'elle a de son poids, son éventuelle gêne ou non. Iris hoche la tête pour signifier qu'elle est complexée. L'infirmière questionne l'environnement scolaire, les résultats, les moqueries à l'école, etc. Encore une fois, peu de réponses de la part de la jeune. Face à ce silence, la mère prend la parole afin d'expliquer à l'infirmière la principale problématique et le motif de cette visite : « *on s'en est rendu compte un an après, elle commençait à cacher de la nourriture dans la chambre, et on a fait le lien avec ça, maintenant ce sont des pulsions alimentaires* ». L'infirmière interroge alors Iris sur son suivi psychologique, mentionné dans le dossier patient. La mère explique qu'il n'y a eu aucun retentissement sur la scolarité, uniquement sur son comportement face à l'alimentation. L'infirmière essaye de creuser son comportement

alimentaire sur la scène scolaire. Iris explique qu'elle mange à la cantine le midi mais ne se ressert jamais une autre assiette là-bas. L'infirmière questionne ensuite les activités physiques et sportives. La jeune est très gênée, et n'ose pas avouer qu'elle ne fait aucune activité en dehors de l'école. Iris reconnaît en souriant qu'elle aime « *plus la tablette que le sport.*» La mère ajoute qu'auparavant elle aimait le basket, mais plus rien ne semble l'intéresser ces trois dernières années. Il existe beaucoup de silences durant la consultation, la mère évitant, tant que possible, de répondre à la place de la jeune. L'infirmière semble vouloir questionner davantage la motivation de l'adolescente et lui demande alors ce qu'elle veut faire, ce qu'elle attend de l'équipe pluridisciplinaire. La mère embrasse sa fille qui ne répond pas, à nouveau, pour l'encourager. Iris se met à pleurer. L'infirmière demande calmement à Iris si elle pense que venir ici pourrait l'aider à avancer dans sa vie. Il ne s'agit pas ici de cibler le poids comme avec la précédente consultation. La jeune répond « *oui* » timidement. La mère explique qu'Iris fait des compulsions alimentaires tous les jours. La mère retrouve des paquets de gâteaux « *partout, dans son sac, dans son manteau, dans sa chambre* ». L'infirmière demande alors à Iris comment elle se sent après avoir mangé de manière compulsive. Elle lui demande si elle se sent mieux ou non. Iris répond « *non* ». Elle essaye de faire prendre conscience à la jeune que les compulsions ne font pas disparaître ses émotions de tristesse. L'infirmière conclut l'entretien en demandant à la jeune si elle préfère suivre un programme en groupe ou seule. Iris répond simplement « *groupe* ». Elle semble néanmoins toujours peu convaincue. L'infirmière propose alors à la famille de retourner dans la salle d'attente. Pour ma part, je suis la famille dans la salle d'attente.

- Consultation avec une pédiatre

Le médecin interne, est une jeune femme âgée d'une vingtaine d'années, elle est chargée de remplacer le Dr Maes, pédiatre. Elle commence par interroger les antécédents du côté parental en s'adressant dans un premier temps à la mère : « *vous n'avez jamais eu de problèmes de poids vous ?* » Cela ne semble pas être une réelle question, mais plutôt une affirmation. La mère répond qu'elle n'a perdu du poids que très récemment, mais qu'elle avait des problèmes auparavant, avant son divorce : « *j'ai fait attention à ce que je mangeais et j'ai fait du sport, j'ai perdu 23 kilos, trop vite, en deux ou trois mois, sans le vouloir, mais à cause de ma procédure de divorce avec le papa, et j'en perds encore maintenant alors que je ne veux pas* ». La pédiatre demande alors si du côté du père il y a des problèmes de poids. La mère d'Iris répond qu'en effet, « *il a aussi des soucis* ». Il fait de l'hyper tension, et actuellement essaye aussi de perdre du poids. La pédiatre

questionne alors la situation des grands-parents. La mère répond qu'« *ils ne sont tous pas minces, personne n'est fin* », selon elle, personne n'est en obésité, mais simplement « *costauds* ». La pédiatre interroge alors la prise de poids récente de la jeune fille et son motif. La mère explique que cela fait quatre années qu'elle prend du poids, depuis que « *ça* » s'est passé. Cela semble lourd pour la mère d'en parler et de poser des mots sur cet événement. La pédiatre rebondit : « *depuis l'inceste ?* » La mère répond : « *c'est ça, et la prise de poids est continue depuis* ». Contrairement à l'infirmière et la diététicienne, le médecin pose le mot « inceste », sans paraître gêné par le terme. Le médecin questionne la puberté d'Iris, son rapport à l'alimentation, les moments où la jeune considère manger « trop », etc. La pédiatre, comme l'infirmière, questionne les démarches liées au procès avec le grand-père. La mère répète à nouveau la même chose. Le médecin, comme sa collègue infirmière demande également à Iris si elle va mieux moralement depuis sa TS, si elle voit une psychologue, à quelle fréquence, comment se passe l'école, le sport, etc. Les questions sont sensiblement identiques, en dehors de la partie sur les antécédents médicaux. La jeune répond la même chose que lors de l'entretien avec l'infirmière, seuls quelques mots sont verbalisés. La différence réside dans le fait qu'elle répond aussitôt, sans marquer de longs silences. La pédiatre en vient à questionner sa motivation mais la jeune est très silencieuse à ce sujet. Comme l'infirmière, elle essaye de creuser son rapport au corps, savoir si elle est à l'aise avec son poids, si le regard des autres la gêne, si elle a des moqueries à l'école, etc. La jeune répond « *non* ». La pédiatre revient alors sur son comportement face à l'alimentation. Elle questionne le nombre de repas par jour, la fréquence des compulsions, le petit-déjeuner, si elle a faim le matin quand elle mange ce petit-déjeuner, comment elle sait reconnaître qu'elle a faim, si elle est difficile, si elle se ressert souvent plusieurs assiettes, pourquoi, la durée de ses repas, les grignotages en dehors de repas, etc. Les réponses sont succinctes. La jeune explique surtout qu'elle a des compulsions « *une fois tous les deux jours* » actuellement et parce qu'elle est « *triste* ». Contrairement à ce qu'elle a dit à l'infirmière en fin d'entretien, elle explique que ça lui fait du bien de manger. La pédiatre lui explique que si elle garde le même poids mais qu'elle continue à grandir, elle va mincir, « *ça se régule comme une balance, d'un côté ce que tu apportes d'énergie en mangeant, et de l'autre ce que tu dépenses d'énergie suivant le fonctionnement de ton corps, l'activité que tu fais* ». La pédiatre demande alors comment son équipe peut l'aider. Comme avec les autres professionnels, Iris ne sait pas répondre à cette question. La pédiatre essaye de poser la question différemment mais sans succès. Elle en vient alors à lui demander si elle veut un « *suivi groupe ou individuel ?* ». Cette question fermée ne lui laisse pas la place de refuser le suivi. La mère explique qu'elles ont finalement que très peu d'informations sur ces suivis et donc que le choix est difficile. La pédiatre

explique alors brièvement. Face au silence d'Iris, la pédiatre explique qu'il est important qu'elle soit motivée, que personne ne peut la forcer, que ce n'est pas grave de ne pas être prête tout de suite. Le risque de venir sans être motivé est de ne pas appliquer les conseils. Elle regarde Iris et lui dit calmement : « *si tu as trop de choses dans la tête en ce moment et que tu veux attendre un peu, c'est comme tu veux, j'ai l'impression que c'est plus maman qui a envie, mais tu n'es obligée de rien* ». La mère ajoute : « *et je ne t'en voudrais pas* ». La mère avoue que c'est plus elle qui anticipe les choses : « *le surpoids c'est mal perçu, ça peut lui porter préjudice, je n'ai pas envie que ça empire […] et moi je ne sais pas quoi faire face aux compulsions je ne peux rien gérer* ». La pédiatre tente d'être rassurante, elle conseille d'en parler à la psychologue d'Iris, de continuer à proposer une nourriture équilibrée à côté des grignotages et elle se tourne vers Iris en lui disant : « *il faudrait trouver autre chose qui te fasse te sentir bien, autre que la nourriture* ».

Nous pouvons noter qu'à ce stade des consultations, aucun professionnel n'a interrogé la situation sociale de la famille. Nous ne savons même pas quel métier ils exercent. Le problème psychologique d'Iris semble accaparer l'attention. Finalement, cette situation est plutôt rare permis les familles suivies durant mes observations. Iris est le seul cas où la famille évoque une problématique liée à un attouchement sexuel. Il existe toujours un événement, cité comme responsable de la prise de poids, mais majoritairement il s'agit d'un divorce entre parents par exemple, ou du décès d'un grand-parent. La situation sociale de la famille n'est pas toujours soulevée par les professionnels dans tous les cas lors de nos observations.

- Consultation avec une psychologue

La psychologue commence par des questions concernant l'école, les résultats scolaires, les camarades, les moqueries éventuelles, etc. La jeune donne toujours la même réponse qu'avec les autres professionnels. En revanche, la psychologue est la première à poser des questions sur la fratrie. L'ambiance devient plus détendue qu'avec les professionnels précédents. La mère rigole durant cette consultation. Face au constat des nombreux silences d'Iris, la psychologue demande rapidement si la motivation à venir ici ne viendrait pas surtout de la mère. La mère explique alors à nouveau qu'en effet, elle est à l'initiative de cette démarche. Son discours est de plus en plus fluide au fil des consultations. Cette habitude de répétition se fait sentir. Nous avons l'impression d'entendre un résumé des entretiens précédents, et quelques éléments supplémentaires à chaque fois. La mère argumente qu'elle anticipe pour l'avenir de sa fille et ne veut pas qu'elle ait de soucis

face à son poids plus tard. Elle ajoute : « *tout est fait pour culpabiliser, tout ce qu'on voit à la TV […] comme elle n'est pas bien maintenant, je ne veux pas que ça empire* » La psychologue questionne son rapport au corps, le regard des autres, elle essaye de creuser les ressentis de la jeune, comme l'ont fait l'infirmière et la pédiatre. Iris reste silencieuse, et la tête baissée. La mère et la jeune se regardent. La mère propose à sa fille d'expliquer à sa place. La jeune acquiesce avec soulagement. La mère se tourne vers la psychologue et explique la situation : « *elle est suivie par une psychologue depuis trois ans, on a porté plainte contre mon papa, une procédure judiciaire est en cours, on devait passer en jugement là mais l'audience a été reportée, ça a été une période compliquée. Moi aussi j'ai subi en étant petite, et donc tout m'est remonté quand j'ai appris pour elle il y a trois ans, et après on a appris qu'il y avait aussi ses petites cousines, mon frère […] j'ai été hospitalisée j'ai essayé d'en finir, donc une mauvaise période. Donc depuis 4 ans elle a des compulsions alimentaires au moment où les faits ont commencé finalement.* » La psychologue écoute avec attention la mère et demande à Iris si cette future audience l'angoisse. Iris acquiesce. La mère reprend la parole et raconte la lourdeur de la situation, le procès, le système judiciaire français compliqué, les soucis financiers, la difficulté à payer un bon avocat, etc. La jeune formule le fait d'avoir besoin que la vérité soit jugée. C'est la première fois qu'elle se confie autant. La mère explique à quel point le grand-père l'a manipulée pour qu'elle se sente responsable, il lui a dit qu'il serait séparé de sa famille si elle le dénonçait, et que ça serait sa faute. La psychologue revient sur des questions déjà formulées, sur les compulsions alimentaires, les quantités, la fréquence, combien d'assiettes à l'école, à la maison, si elle sait reconnaître sa sensation de faim, de satiété, etc. La jeune répond de manière courte et évasive comme à chaque fois. Selon la psychologue, accompagner Iris à réduire ses « *compulsions alimentaires* » n'est pas forcément le meilleur choix. Elle pense que sans ces compulsions, elle pourrait subir un mal-être encore plus important. Elle ajoute : « *quand on n'est pas bien, on fait ce qu'on peut, peut-être qu'un jour elle trouvera comme s'apaiser autrement* ». Elle lui affirme qu'elle a le choix, qu'elle peut refuser la prise en charge, ou revenir plus tard. La psychologue fait comprendre à la mère qu'elle ne l'aurait pas mis dans un programme de groupe dans tous les cas : « *dans le groupe on est plus dans les sensations de faim et satiété, je ne pense pas qu'on lui apporte ce dont elle a besoin, vous allez vous retrouvez à parler avec d'autres mères et je ne veux pas qu'Iris soit embêtée dans le groupe, je vais en parler avec mes collègues* ». La psychologue conclut en disant à Iris : « *tu as le choix de garder tes compulsions parce que c'est rassurant aussi, on verra après, comme tu veux, et vous pouvez garder un pied ici en mettant un rendez-vous avec la pédiatre dans un an histoire de tracer la courbe* ».

- Consultation avec un professeur d'Activité Physique Adaptée (APA)

En attendant la prochaine consultation, j'échange quelques phrases avec la mère et la fille dans le couloir de l'hôpital. Iris devient bavarde l'espace de quelques minutes. Elle parle spontanément. Elle me demande ce qu'il va se passer dans la prochaine consultation et se met à me parler des activités qu'elle fait au sein du lieu d'accueil pour les jeunes dans lequel elle va régulièrement.

Ce professionnel place l'humour au centre de ses consultations. Il débute alors la consultation en disant à Iris : « *alors comme ça on n'aime pas le sport, mes collègues m'ont tout dit !* » Il ajoute, toujours avec humour : « *alors tu ne penses pas que c'est important pour fortifier ton corps ? Pour avoir des muscles et des tendons plus fort ? Améliorer ta tête ? Ton cœur ? Tes poumons ? Ton corps n'est pas fait pour bouger ?* » Iris éclate de rire. Le professeur d'APA essaye de comptabiliser les moments où elle est active. Iris explique qu'elle fait 4h de sport grâce à l'école, par semaine. Le professionnel explique que même la pétanque est une activité physique : « *à partir du moment où tu dépenses plus d'énergie qu'au repos, tu es en activité physique, donc même la pêche, le ping-pong… il y a une différence entre sport et activité physique. Donc moi jamais je ne vais t'obliger à faire du sport. Mais un enfant doit bouger une heure par jour au moins, en bonne intensité, pas juste une balade pépère dans les champs, mais par exemple, rentrer à pied de l'école.* » Il lui explique le principe de la balance énergétique. Il lui explique que grâce à l'école elle fait déjà deux activités par semaine, et qu'à l'idéal, il faudrait qu'elle en fasse une à l'extérieur. Il essaye de savoir quelle activité pourrait lui plaire mais elle ne semble pas savoir, elle sourit, mais rien ne semble lui plaire. Il continue de calculer ses dépenses énergétiques. Pour cela il lui demande, en plus de l'EPS, combien de temps elle marche par jour, ce qu'elle fait le week-end, avec ses amis, est-ce qu'elle a des escaliers chez elle, est-ce qu'elle va à pied à l'école, est-ce qu'elle participe au ménage, etc. Le professionnel ajoute : « *tu vois, si tu n'aimes pas les activités en association, le sport, tu peux trouver des stratégies, tu peux marcher jusqu'à l'école, prendre les escaliers et pas l'ascenseur, te garer loin avec maman quand tu fais les courses* ». Il calcule ensuite sa sédentarité, pour faire la balance énergétique. Il finit par conclure qu'il est essentiel qu'elle fasse du sport à l'école sinon elle aurait « *bien plus de poids que maintenant* ». Il essaye de lui proposer des noms de structures adaptées, de questionner sa motivation, etc. La jeune reste majoritairement silencieuse, même si elle est souriante lors de cette consultation. Elle n'aime pas le sport et ne s'en cache pas. Elle est plutôt amusée par le professionnel.

Annexe n°15 : Atelier de cuisine en CSSR avec Ambre, Aline, Evan et Kilian

Les ateliers de cuisine sont des moments « *ludiques* » durant la prise en charge où les professionnels mettent en pratique ce qu'ils ont appris aux jeunes lors des ateliers sur l'alimentation. Nous allons mettre un extrait de notre carnet de terrain sur un atelier de cuisine entre adolescents au sein d'un centre SSR pour illustrer les pratiques des professionnels et la verticalité persistante dans la relation professionnels-adolescents.

Mme Andreas, infirmière, est chargée ce jour-là de cuisiner avec les adolescents. Pour encadrer l'atelier, elle est accompagnée d'une étudiante, infirmière en stage. Mme Andreas m'a proposé de participer à cet atelier, organisé ponctuellement lors du séjour d'hospitalisation. Il a pour but de cuisiner avec les jeunes et partager un repas avec eux. Quatre adolescents sont présents, deux garçons, Evan et Kilian et deux filles, Ambre et Aline. Ils ont entre 14 ans et 17 ans et sont tous en obésité dite morbide. Ce groupe d'adolescents est jugé « *difficile* » selon l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire parce qu'ils parlent peu et semblent peu enthousiastes par les activités proposées. Notons qu'il y a également eu deux départs en cours d'hospitalisation sur six adolescents présents initialement. L'équipe pluridisciplinaire évoque aussi l'aspect social et l'aspect psychologique de la maladie particulièrement présents dans les trajectoires de ces adolescents. Ils ont des histoires de vie « *compliquées* », ils sont « *déscolarisés* », souffrent de « *d'anxiété sociale* », font l'objet de mesure AEMO, etc.

Nous sommes jeudi, il est 17h30. J'arrive dans la salle réservée aux adolescents à l'heure que Mme Andreas m'avait indiquée. Quatre adolescents sont présents, deux garçons, Evan et Kilian et deux filles, Ambre et Aline. Je suis tout d'abord étonnée par leur grande taille. Ils ont entre 14 ans et 17 ans et mesurent minimum 1m70, puisqu'ils sont tous plus grands que moi qui mesure 1m69. Ils sont tous les quatre en obésité morbide. Malgré ma présence récurrente au sein de cette structure, je n'avais encore jamais eu l'occasion de voir ces quatre jeunes. Leur prise en charge a débuté il y a deux semaines. Habituellement ils sont six, mais une adolescente est à l'hôpital au moment de l'atelier, car elle fait un malaise, Floriane. Nous la rencontrons plus tardivement lorsqu'elle intégrera à nouveau le centre. De plus, un adolescent a décidé d'arrêter le séjour à cause de la distance avec les parents trop difficile à vivre. Ambre hésite également à quitter le séjour depuis le début de la semaine. Les professionnels lui ont conseillé d'attendre vendredi, demain, avant de

prendre sa décision. C'est une adolescente qui échange peu, tant avec les autres adolescents qu'avec les professionnels. Au début de l'atelier elle a le regard fuyant et la tête baissée fréquemment. Lorsque je retournerais au centre le lendemain de cet atelier, j'assisterais finalement à sa sortie, à sa consultation dite de « bilan ». Elle sera restée deux semaines en hospitalisation au lieu de six semaines. La famille d'Ambre connaît actuellement une mesure d'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO). Ambre me confiera lors de l'atelier cuisine, discrètement, qu'elle est préocccupée, peu concentrée car elle est inquiète pour ses petits frères et préfère rentrer chez elle. Mme Andreas m'expliquera en effet que les parents sont actuellement suspectés de violence envers les frères d'Ambre. Quant à Kilian et Evan, ils sont déscolarisés et souffrent de phobie scolaire selon l'équipe pluridisciplinaire. Ce groupe de jeunes est considéré comme « *difficile* » par les professionnels car peu « *communicatif* ».

J'arrive dans la salle réservée à tous les adolescents du centre, et non uniquement à ceux suivis pour leur obésité. Elle fait environ 20 à 30m2, elle est colorée et spacieuse. Elle est divisée en quatre espaces : un bureau avec un ordinateur, un salon avec un canapé, un baby-foot et des jeux de société et enfin une grande cuisine équipée avec un îlot central et une table pour y manger. Lors de mon entrée dans la salle, Ambre, Aline, Kilian et Evan sont en train de jouer au baby-foot. Les infirmières discutent entre elles dans le salon. Je vais me présenter auprès des adolescents ce qui déclenche la fin de leur partie de jeux et le début de l'atelier de cuisine. Ils sont accueillants et réservés. Les professionnelles et les jeunes se tutoient. Mme Andreas apporte à tout le monde des charlottes pour couvrir les cheveux, des gants et des tabliers. Tout le monde rigole en s'habillant. Nous nous mettons tous autour de l'îlot central où le repas du soir est détaillé sur une fiche. Au menu, une entrée de crudités et oléagineux, des pâtes carbonara avec jambon, champignons et oignons, et pour finir un *cheese-cake* au citron et spéculoos. Mme Andreas sépare les équipes en deux. D'un côté Ambre, Aline et moi-même, de l'autre Evan, Kilian et l'infirmière stagiaire. Lorsque j'échange de manière non officielle par la suite avec cette infirmière stagiaire, elle m'expliquera avoir noué une relation particulière avec Evan. C'est la seule professionnelle du centre à qui le jeune se soit confié. Evan semble souffrir d'« *anxiété sociale* » pour reprendre les termes de cette infirmière. Après avoir pris connaissance du menu, Mme Andreas nous guide sur les recettes au fur et à mesure. Les jeunes prennent peu d'initiatives. Je constate qu'à chaque fois qu'ils ont fini de réaliser une tâche, ils ne le signalent pas et attendent les prochaines directives. Mme Andreas m'avait précédemment décrit Ambre et Aline comme des adolescentes particulièrement réservées. En effet au début de l'atelier cuisine, lorsque nous sommes toutes les trois, l'ambiance est

plutôt silencieuse. Nous nous appliquons à suivre les conseils de Mme Andreas. N'ayant pas un caractère expressif, cela participe probablement à rendre l'ambiance calme et studieuse. Au fil de la séance, Mme Andreas est cependant de moins en moins présente à nos côtés, elle doit surveiller les cuissons des oignons et des champignons pendant que nous continuons à couper des aliments pour composer les desserts, et disposons les aliments dans des plats. L'effacement de Mme Andreas m'oblige à reconsidérer mon attitude et je décide de m'impliquer davantage et de laisser de côté la posture neutre de chercheuse. Les adolescentes ont du mal à réaliser certaines tâches, elles sont peu habituées à cuisiner et je me retrouve à les conseiller et les aider. Au fur et à mesure de l'atelier Ambre s'ouvre à moi.

Mme Andreas profite de cet atelier cuisine pour faire passer quelques messages nutritionnels. Elle explique aux jeunes qu'ils peuvent remplacer les lardons par du jambon lorsqu'ils font des pâtes carbonara, pour avoir « *moins de gras* », le mascarpone par du fromage blanc dans leur *cheese-cake,* ou encore qu'ils peuvent ajouter une cuillère d'eau dans la vinaigrette pour la rendre plus « *légère* ». Elle pèse les pâtes pour que la dose choisie corresponde aux recommandations. Même si elle explique qu'il n'est pas « *obligatoire* » de peser ses aliments à chaque repas au gramme près, elle pèse les pâtes sous leurs yeux attentifs en expliquant que comme ça, ils verront maintenant à quoi correspond une quantité « *normale* » pour une personne. Il s'agit de socialiser le jeune à de nouvelles normes par le biais de l'expérimentation. Des messages sont glissés tout au long de la préparation du repas. Nous pouvons apercevoir déjà que ces professionnels se réfèrent à une certaine quantité d'aliments, et veillent à limiter l'apport en matière grasse en remplaçant plusieurs aliments par d'autres, plus « *allégés* », au nom de la santé.

Il est 19h30 lorsque nous avons fini de préparer le repas. Les adolescents s'occupent de mettre la table pour tout le monde. Je suis assise entre les filles et les garçons. Durant la dégustation de l'entrée de crudités, Mme Andreas explique que ne pas manger un unique plat principal comme repas permet de « *varier* » son alimentation. Elle leur explique que s'ils avaient juste les pâtes carbonara, sans l'entrée, ils en mangeraient deux fois plus, alors que l'entrée de crudités est composée de peu de calories, mais elle est « *rassasiante* » et permet de « *diversifier* » les apports nutritionnels. Les jeunes ne sont pas particulièrement heureux de cette entrée, ils en prennent quand même en petite quantité. Ils n'aiment pas les crudités de manière générale, mais font l'effort de gouter. Mme Andreas explique également qu'ils peuvent ajouter des légumes à leurs plats favoris, comme les champignons et oignons qui ont été ajoutés aux pâtes ce soir-là. Cela leur permet

d'intégrer davantage de légumes à leur alimentation, sans s'en rendre compte puisqu'ils disent ne pas aimer les légumes. Le repas prend fin, les jeunes ont mangé un peu de tout. Sous les directives de Mme Andreas, ils débarrassant la table, font la vaisselle, la rangent et préparent la table du petit-déjeuner du lendemain. Les adolescents semblent tous fatigués et plutôt silencieux durant le repas. Le moment où ils interagissent le plus sera lorsque l'infirmière stagiaire évoque le prochain match de foot qui sera disputé à la télévision. À 20h30, je les accompagne à l'étage où se situent leurs chambres, Mme Andreas leur donne leur téléphone portable et ils vont se coucher.

Je ne reverrais l'ensemble de ces adolescents que lors de leur consultation individuelle de « bilan » en fin de séjour, quatre semaines après cet atelier, à l'exception d'Ambre que je revois dès le lendemain lorsqu'elle décide d'interrompre son hospitalisation. Lors de la fin de l'hospitalisation de ces adolescents, les échanges entre les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire sont intéressants à aborder. J'assiste en effet à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire qui réalise un dernier bilan avant que chaque jeune s'entretienne individuellement avec l'infirmière référente et le Dr Le Roux. Ce groupe d'adolescents est jugé « *difficile* » selon l'ensemble des professionnels. Ils sont difficiles parce qu'ils ne parlent presque pas et semblent peu enthousiastes par les activités proposées. Il y a également des disputes au sein de ce groupe. Notons qu'il y a également eu deux départs en cours d'hospitalisation sur six adolescents. L'équipe pluridisciplinaire évoque l'aspect social et l'aspect psychologique de la maladie particulièrement présents dans les trajectoires de ces adolescents. Ils ont des histoires de vie « *compliquées* », ils sont déscolarisés, font l'objet de mesure AEMO, etc. Les professionnels se questionnent à ce sujet. Au-delà de ce dernier groupe, de nombreuses familles ont finalement des problématiques sociales et psychologiques importantes. Ils se demandent alors si c'est parce que de plus en plus de familles sont concernées par cela, ou si c'est parce qu'ils y prêtent davantage attention ces derniers temps. Ma présence régulière en tant que sociologue sur ce terrain d'enquête depuis plusieurs mois, les entretiens semi-directifs réalisés auprès de plusieurs professionnels de l'équipe, et nos échanges non-officiels, ont potentiellement pu modifier leurs représentations. En effet, lors des entretiens avec ces professionnels, nous abordons systématiquement ces aspects de l'obésité comme nous l'avons exposé précédemment, à l'image de Skeggs (1996) je les interroge par exemple sur la classe sociale des familles. De plus, ces professionnels étant dans une démarche de faire reconnaître leur prise en charge comme de l'ETP depuis plusieurs mois, ils sont amenés à se questionner continuellement sur leurs pratiques et représentations.

Annexe n°16 : Consultation avec Djamal : mise en visibilité de la violence symbolique

Contexte : Djamal est un adolescent de 16 ans. Il mesure 1m70 et pèse 105 kilos. Les parents sont tous les deux diabétiques, et en obésité morbide. La fratrie est composée de 15 enfants, tous « *costauds* » pour reprendre les termes utilisés par la mère. La consultation se déroule au sein du CSSR B avec l'infirmière référente, Mme Andreas et la diététicienne, Mme Leclercq. Djamal a déjà effectué une première consultation deux mois auparavant au sein du centre avec le Dr Le Roux, pédiatre, pour un premier diagnostic. La consultation est réalisée en vue d'une prochaine hospitalisation. L'adolescent est accompagné de sa mère et de « *l'assistante sociale de la famille* » pour reprendre ses propres mots.

Pratiques alimentaires et pratiques sociales en concurrence

La mère prend la parole et explique que lors de la consultation précédente, le Dr Le Roux avait conseillé à Djamal de se rendre à l'hôpital le plus proche au sein du service pneumologie pour effectuer des examens pour Djamal. Mme Andreas constate en effet dans le dossier transmis par le Dr Le Roux, qu'il avait été conseillé à Djamal de réaliser une polysomnographie[229]. Le Dr Le Roux soupçonnait l'adolescent de faire de l'apnée du sommeil. L'infirmière explicite cela à la famille qui ne semblait pas avoir compris qu'il était principalement question de diagnostiquer une éventuelle apnée du sommeil. Dès le commencement de l'entretien, les différences de langage entre professionnels et patients entraînent des incompréhensions dues au langage. La mère explique que ces démarches ont été « *compliquées* ». En effet, l'hôpital l'a redirigé vers un autre centre hospitalier qui se situe à 70 kilomètres du domicile familial. L'assistante sociale intervient pour souligner que cette distance est handicapante pour la famille. Il est fréquent lors des observations que les familles, en particulier celles appartenant à la classe populaire, abandonnent les démarches en cours dans le domaine de la santé, car elles sont jugées trop compliquées. Mme Andreas propose de téléphoner elle-même au centre hospitalier le plus proche afin de se renseigner sur les possibilités. Elle se met à investiguer de ce côté pendant que Mme Leclercq prend le relais de la consultation.

[229] C'est un examen médical consistant à enregistrer, au cours du sommeil du patient, plusieurs variables physiologiques.

La diététicienne pose la question au sujet des démarches effectuées pour le poids. La mère tourne son regard vers son fils et lui signifie tout en rigolant qu'elle le laisse répondre lui-même aux questions. Cette réponse pourrait être considérée de deux manières différentes par les professionnels. D'un côté on pourrait y percevoir une volonté de la part de la mère de rendre son fils autonome en le laissant prendre la parole, d'un autre côté, on pourrait juger cela comme un manque d'investissement de la part de la mère qui « *délaisse* » la parole à son fils, car elle ne veut pas s'impliquer. Ces différentes représentations qui émanent des professionnels autour de l'autonomie ou du manque d'investissement des parents sont souvent corrélées à la classe sociale des parents. Ainsi, un parent de classe populaire sera davantage perçu comme insuffisamment investi, comme nous le verrons avec la mère de Djamal. La diététicienne reformule alors la question en direction de Djamal : « *est-ce que tu as déjà essayé de perdre du poids avant de venir ici ?* » Djamal répond simplement « *non* ». La mère prend la parole pour apporter des précisions. En effet lorsque Djamal avait 8 ans et sa sœur 10 ans, l'assistante sociale de l'époque les avait accompagnés dans une démarche de prise en charge de poids. Les deux enfants réalisaient des consultations individuelles ponctuellement avec une pédiatre. Djamal et sa sœur avaient fini par arrêter les consultations assez rapidement. La mère connaissait donc la structure puisqu'une première tentative de prise en charge avait été envisagée. Nous n'aurons pas plus de détails sur l'arrêt de cette prise en charge à l'époque, mais cette situation est prépondérante dans la prise en charge de l'obésité comme nous l'avons souligné en 8.1. Aujourd'hui Djamal pèse 105 kilos, et sa sœur pèse 124 kilos. Leur IMC a continué de progresser avec les années. L'assistante sociale qui accompagne la famille précise que c'est elle-même qui a encouragé cette nouvelle démarche de prise en charge de poids pour l'adolescent. Elle ajoute que même si Djamal n'est pas à l'initiative de cette demande, il semble être « *motivé* ». Nous pouvons à ce stade de la consultation nous questionner sur un lien éventuel entre la démarche de poids et le fait que la famille soit accompagnée d'une assistante sociale. C'est la deuxième fois que la famille se fait « *recommander* » cette prise en charge par les services sociaux[230].

Mme Leclercq demande ensuite à Djamal s'il a réussi à mettre en place des changements. Il répond à voix basse qu'il marche davantage et aussitôt l'assistante sociale se permet d'expliciter qu'il était

[230] En effet il arrive que certaines familles viennent consulter pour l'obésité de leurs enfants pour éviter un placement, ou une autre mesure éducative. Il n'est pas rare que cette situation se produise sur la scène hospitalière. Nous avons observé plusieurs enfants qui semblent être présents pour des raisons plus ou moins masquées, tabous, pour éviter des placements judiciaires. L'extrait d'entretien de l'assistante sociale en témoigne : « *Après c'est vrai que certains parents arrivent en nous disant « le juge nous a dit qu'il fallait qu'on vienne sinon notre enfant va être placé donc on vient car le juge le dit ».* De plus dans certains documents institutionnels comme les recommandations de la HAS « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » une association est faite entre obésité et maltraitance infantile (violence physique ou violences psychologiques.)

prévu initialement qu'il fasse du vélo mais qu'il n'en possède pas. Nous pouvons constater à nouveau un obstacle dû à la situation socio-économique de la famille que la famille n'avait pas osé dire au Dr Le Roux. L'assistante sociale réplique qu'en revanche il n'a pas réussi à tenir le second objectif qui était de réduire ses quantités en matière d'alimentation. Djamal se défend et explique qu'il a parfois « *sauté des repas* » pour compenser. Nous pouvons constater que l'adolescent adapte les recommandations des professionnels à son mode de vie, il se les approprie. Mme Leclercq réagit pour signaler que s'empêcher de manger pendant les repas est fortement déconseillé même si ça montre qu'il a envie de changer des choses.

Proximité avec l'infirmière et prise en compte de la composante sociale

Mme Andreas, après avoir passé quelques appels téléphoniques, reprend le fil de l'interaction. Elle demande à Djamal combien de frères et sœurs il a. Djamal semble hésitant et finit par annoncer qu'il a 14 frères et sœurs. La mère prend la parole pour ajouter en précision. En effet, elle a quatre enfants avec le père de Djamal, et de son côté il en a eu onze avec d'autres femmes. L'assistante sociale explique que Djamal n'est en contact qu'avec trois de ses frères et sœurs. Mme Andreas s'exclame en souriant : « *ah oui heureusement que j'ai posé la question, ce n'est pas rien tout ça* ». Lors des consultations menées uniquement par Mme Andreas, elle amorce toujours l'entretien en questionnant la situation de la famille, la fratrie, la profession des parents, les éventuelles difficultés, ou encore la scolarité du jeune. Elle souhaite comprendre l'histoire familiale dans sa globalité et établir un lien de proximité. Lors de cette consultation, comme c'est sa collègue diététicienne qui entame la discussion, l'évocation de la situation familiale s'est faite plus tardivement. Après avoir interrogé Djamal au sujet de la fratrie, elle questionne sa scolarité. Djamal explique qu'il est en CAP cuisine actuellement et cherche à s'orienter en boulangerie. L'infirmière questionne ensuite l'assistante sociale sur son rôle au sein de la famille. Elle explique qu'au départ la famille faisait l'objet d'une mesure AEMO, mais que maintenant c'est « *simplement un accompagnement secteur* ». D'un côté la diététicienne aborde les questions liées à l'alimentation et à l'activité physique, et de l'autre côté, l'infirmière aborde les questions qui prennent en compte les habitudes de vie du jeune, son environnement social, familial et scolaire.

Mme Andreas demande à Djamal comment elle peut faire pour l'aider. Djamal ne sait pas quoi répondre. Mme Andreas lui explique les différentes manières de l'aider, soit grâce à des consultations individuelles soit grâce à une hospitalisation de sept à huit semaines. Djamal répond

aussitôt qu'il veut venir en séjour. Elle explique notamment qu'une hospitalisation ne pourra se faire qu'en été pendant les vacances scolaires compte tenu de son CAP cuisine. En effet le centre ne propose de donner que des cours de niveau collège ou lycée d'enseignement général. Mme Andreas explique qu'il aura accès à son téléphone et à sa tablette uniquement entre 20h et 22h30. Le sommeil et l'apprentissage d'un rythme sont des éléments primordiaux pour les professionnels. Djamal ne répond pas. L'assistante sociale rassure Djamal en lui disant qu'il ne va pas s'ennuyer s'il se fait des amis durant le séjour. Djamal rétorque que de toute façon son téléphone, qui n'est pas un smartphone dans tous les cas, est cassé actuellement et qu'il a l'habitude de ne pas l'utiliser durant de longues périodes. Mme Andreas lui propose alors d'installer un téléphone dans sa chambre d'hôpital durant le séjour pour cinq euros afin qu'il puisse téléphoner régulièrement à sa famille ou ses amis le soir. Mme Andreas prend régulièrement en compte la situation sociale des parents. Le plus difficile selon Djamal va être de ne pas pouvoir jouer à ses différents jeux en ligne. Il raconte en souriant qu'il se prive parfois de dormir toute la nuit pour pouvoir y jouer. Mme Andreas met en avant à nouveau l'importance du sommeil sur le poids.

Visibilité de la violence symbolique, l'assistante sociale au carrefour des différentes normes

Mme Leclercq aborde la question des activités physiques et sportives. Djamal explique qu'il fait du sport à l'école uniquement, entre 2h et 4h par semaine. Il a essayé de faire de la musculation par le biais de l'Union Nationale du Sport Scolaire (UNSS), mais a rapidement abandonné par ce qu'il n'avait « *plus envie* ». La mère explique que cela lui a coûté dix euros « *pour rien* ». Cette somme est conséquente selon la mère. Il explique qu'il veut s'inscrire au *football*, mais il n'a pas l'argent pour s'acheter la tenue adéquate. Nous pouvons constater que sa situation socio-économique vient à nouveau perturber son désir de réaliser un sport. Mme Andreas, l'infirmière, lui dit en souriant qu'il pourrait très bien commencer avec une tenue de sport classique comme celle qu'il utilisait pour la musculation. Djamal réplique cependant qu'il n'est pas d'accord parce qu'il ne veut pas être « *différent* » des autres jeunes qui jouent au football. Le regard des autres semble l'impacter. Sa situation socio-économique et son poids semblent déjà l'exclure de certaines activités, il ne veut pas en plus être jugé sur sa manière de s'habiller.

Mme Andreas explique que toute la famille doit s'investir dans la prise en charge, parce que les « *outils* » donnés par les professionnels doivent être « *appliqués à la maison* » à la suite de l'hospitalisation. Elle regarde l'assistante sociale autant que la mère en expliquant qu'il sera

important de prendre le « *relais* » après l'hospitalisation. Mme Leclercq ajoute qu'il ne faut pas voir l'hospitalisation comme une « *cure d'amaigrissement* », mais comme un « *changement familial* ». Djamal acquiesce d'un signe de tête et la mère reste silencieuse. Mme Leclercq se met à questionner la mère sur ses propres habitudes alimentaires. À ce moment, l'entretien prend une autre tournure. Cela est représentatif de la majorité des situations où dès que la diététicienne se met à investiguer les habitudes familiales liées à l'alimentation, cela entraîne une certaine gêne chez les parents et adolescents. Généralement, les parents de classes populaires, en particulier les plus précaires, sont encore plus réticents et les interactions laissent entrevoir davantage de tensions, et d'incompréhensions que pour les autres classes sociales. Mme Leclerc lui demande tout d'abord ce qu'elle pense pouvoir modifier à la maison en ce qui concerne l'alimentation. Elle répond spontanément qu'elle cuisine « *beaucoup de frites et de pâtes* » à la maison parce que c'est « *rapide et facile* ». La diététicienne lui demande s'il est envisageable pour elle de changer ses habitudes alimentaires ou si ça semble trop compliqué. La mère hausse les épaules et répond qu'elle veut bien « *essayer* » de faire plus de légumes. Après un court silence elle ajoute que finalement c'est « *compliqué* » parce qu'il y a toujours un enfant qui n'aime pas et qui va refuser de manger les légumes. Elle a peur de devoir cuisiner différents plats et de « *ne plus s'en sortir* ». Elle explique que cela va prendre du temps et coûter cher. Mme Leclercq lui conseille de continuer à réaliser un plat unique, mais en y ajoutant quelques légumes afin que chacun choisisse ce qu'il met dans son assiette. Le modèle alimentaire de la mère ne correspond pas à ce que ces professionnelles apprennent habituellement aux jeunes durant les ateliers où ils conseillent en effet de manger une entrée, un plat, un fromage et un dessert pour diversifier les aliments. La mère ajoute que ses enfants boivent beaucoup de limonade. C'est à ce moment que l'interaction entre Mme Leclercq et la mère se complique davantage. Mme Leclercq lui demande si elle peut envisager d'acheter moins de boissons sucrées. La mère réplique qu'il est « *hors de question* » qu'elle limite sa propre quantité de *coca cola*, et qu'elle se fait même surnommer « *Mme Coca* » dit-elle en rigolant et en nous regardant. Elle veut bien en revanche le suggérer à ses enfants, mais cela risque d'être compliqué également pour eux qui, comme elle, adorent ça. Face au silence, la mère renchérit : « *lui il peut changer* ». Elle ajoute qu'elle boit au minimum un litre de coca par jour. La diététicienne explique que sa démarche est de chercher à comprendre quels changements elle est réellement prête à faire, mais sans la forcer. La mère ne réagit plus. Mme Leclercq lui dit que ce n'est pas grave si Djamal boit un verre de coca tous les jours, mais par contre il doit veiller à ne pas boire la bouteille entièrement par exemple. La mère affirme que pourtant actuellement, chacun boit une bouteille par jour. L'assistante sociale prend la parole en regardant la mère de Djamal et lui explique que ce

comportement n'est pas « *convenable* ». En prenant ainsi la parole, l'assistante sociale montre à la mère qu'elle soutient l'avis des professionnelles. Suite à l'intervention de l'assistante sociale, la mère dit qu'elle fera « *des efforts* » pour Djamal si c'est « *obligé* » et « *s'il le faut vraiment* ». Les termes employés montrent bien qu'elle ressent les choses comme une contrainte, ce qui s'oppose au discours de la diététicienne qui lui a précédemment expliqué qu'elle ne voulait pas la forcer à changer. Les différentes interventions de l'assistante sociale ont pour conséquences d'amener la mère à acquiescer les recommandations des professionnelles, et inversement, parfois l'assistante sociale intervient pour expliquer aux professionnelles la non-adéquation de leurs recommandations à la situation de la famille comme pour le vélo. L'assistante sociale semble être un relais entre la famille et les professionnelles du milieu médical. Tantôt elle encourage la famille à adopter les normes, tantôt elle fait comprendre aux professionnelles l'impossibilité de la famille de correspondre à certaines normes. Mme Leclercq explique à la mère de Djamal qu'il ne faut pas faire un régime particulier, et que ça sera plus facile pour Djamal si les changements concernent toute la famille. À nouveau elle essaye d'impliquer la mère davantage. Elle précise que si la diminution de la consommation de coca ne semble pas envisageable pour la famille il faudra alors miser sur d'autres changements comme ajouter des légumes dans les plats, ou mettre moins de gras dans les plats. La mère rétorque qu'elle ne met déjà pas de gras dans sa cuisine puisqu'elle ne cuisine uniquement qu'avec de l'huile d'olive et jamais avec du beurre. Mme Leclercq explique que même l'huile d'olive ça reste du gras, « *il y a 100 % de gras dans l'huile d'olive comme dans le beurre* » et ce qui importe pour le poids c'est la quantité de matière grasse consommée. L'assistante sociale et la mère sont étonnées.

L'infirmière reprend la parole en s'adressant à Djamal au sujet de son CAP cuisine. Elle lui explique que la cuisine traditionnelle est très riche et qu'il faudra faire attention à la maison. À nouveau, c'est l'infirmière qui prend davantage en compte la situation de Djamal. Elle lui explique qu'il faudra faire la différence entre ce qu'il apprend durant ses cours, qui est une cuisine qui doit être occasionnelle, et ce qu'il mange quotidiennement. Djamal raconte le déroulement de ses trois stages effectués en restauration durant son CAP cuisine. Le premier s'est mal passé parce qu'il a volé une cigarette à la patronne du restaurant qui l'a viré immédiatement. L'assistante sociale lui répond que rien ne justifie son acte et que ce n'est pas bien de voler. Mme Andreas en profite pour rebondir justement sur le fait que lors de l'hospitalisation il y a des « *règles de vie* » à respecter. Par exemple, pour fumer il faut une autorisation de la part des parents, et il faut noter le nombre de cigarettes autorisées. Djamal explique qu'il fume depuis des années et que ça ne sera pas possible

d'arrêter durant le séjour dans tous les cas. Le mode de vie de Djamal pourra avoir des conséquences sur son hospitalisation s'il est trop éloigné de la norme imposée.

À la fin de la consultation, Mme Andreas demande à Djamal s'il accepte de se peser. Il a pris quatre kilos depuis la dernière consultation avec le Dr Le Roux. L'infirmière lui demande ce qu'il est prêt à changer. Djamal répond qu'il peut ne plus manger le midi alors que la diététicienne lui a déjà expliqué en début de consultation que ce n'était pas la bonne solution de se retenir de manger. Elle lui explique à nouveau que cela va le conduire à manger davantage le soir ou à grignoter dans la journée. Elle lui rappelle également qu'il a pris quatre kilos alors qu'il a sauté des repas ces derniers temps. La diététicienne lui demande pourquoi il pense prendre du poids. Il explique qu'il mange beaucoup lorsqu'il cuisine, qu'il grignote beaucoup et qu'il boit beaucoup de coca, par ennui. L'ennui est un élément redondant dans les consultations des adolescents. La diététicienne lui demande ce qu'il pense pouvoir changer parmi tout ça. Il va essayer de diminuer les grignotages. L'assistante sociale lui répond qu'il devrait surtout essayer de ne plus s'ennuyer. L'infirmière semble rejoindre l'idée de l'assistante sociale. Elle lui recommande d'aller également se renseigner auprès d'une association spécialisée pour les jeunes en obésité, mais l'assistante sociale interrompt aussitôt l'échange en expliquant que cette association coûte 20 euros mensuellement et que c'est beaucoup trop élevé pour la famille.

L'infirmière termine l'entretien en expliquant comment se déroule l'hospitalisation. La mère semble confuse, elle demande souvent aux professionnelles d'expliquer à nouveau et de reformuler. De plus, elle explique que Djamal devra se débrouiller pour effectuer les aller-retour au centre. Elle ne peut pas le conduire tous les lundi et vendredi. L'assistante sociale modère ses propos et en la regardant lui répond qu'elle pourra quand même l'accompagner de « *temps en temps* » et faire un « *effort* ». Elle consent. Mme Andreas insiste sur le fait que la mère doit être présente à trois reprises obligatoirement durant les 7 à 8 semaines d'hospitalisation. Deux fois lors d'une consultation d'une heure et une fois lors de la journée dite de « bilan » de 8h à 16h. La mère répond en rigolant : « *je ne peux pas juste vous le déposer ?* » Mme Andreas répond fermement que si elle pense comme ça, la prise en charge de son fils va être « *difficile* » et « *ne marchera pas* », il ne faut pas qu'il soit seul dans cette démarche. L'assistante sociale soutient Mme Andreas en ce sens et insiste auprès de la mère. La mère explique qu'elle a peur de ne pas réussir à « *tenir en place toute une journée* », elle explique qu'elle n'a pas de « *patience* » et que ça va être « *difficile* » pour elle. L'infirmière la rassure et l'entretien prend fin. Nous pouvons constater que la situation sociale de la

famille semble un frein à la prise en charge à différents niveaux. De plus, lors de mes observations à ces journées dites de « bilan », j'ai constaté la même difficulté d'une mère particulièrement en précarité également. En effet lors de cette journée cette mère n'hésitait pas à venir me voir en soupirant pour me signifier la longueur de la journée, et sa difficulté à se concentrer toute la journée.