

Université de Montréal

**L'économie de l'espoir en chirurgie de l'obésité :
De la lipophobie à la biocitoyenneté**

par

Anouck Alary

Département de sociologie

Faculté des Arts et Sciences

Thèse présentée à la Faculté des Arts et Sciences
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en sociologie

Novembre 2023

© Anouck Alary, 2023

Cette thèse intitulée

**L'économie de l'espoir en chirurgie de l'obésité :
De la lipophobie à la biocitoyenneté**

Présentée par

Anouck Alary

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Nicolas Sallée

Président-rapporteur

Céline Lafontaine

Directrice de recherche

Geneviève Rail

Membre du jury

Solenne Carof

Examinatrice externe

Résumé

En m'appuyant sur la sociologie des attentes technoscientifiques et les études critiques du handicap, j'analyse dans cette thèse l'expérience de personnes diagnostiquées comme obèses ou obèses « morbides » ayant subi une chirurgie bariatrique (ou de perte de poids). Alors que la lutte contre l'obésité a longtemps mis l'accent sur les changements de mode de vie, les discours de santé publique ont pris un ton plus urgent à partir des années 2000, qualifiant l'obésité d'« épidémie » justifiant des interventions radicales. Parallèlement, le stigmate contre la graisse corporelle s'est intensifié, et le nombre de chirurgies bariatriques a connu une croissance exponentielle, notamment chez les femmes. Je défends que ces phénomènes concomitants doivent être interprétés dans le contexte d'une « économie de l'espoir » qui englobe les anticipations des promoteurs de la santé publique, des chercheurs en obésité et chirurgiens bariatriques, des personnes en situation d'obésité, et de leurs proches. Au sein de cette dynamique, la clinique bariatrique devient un lieu où se croisent et se heurtent plusieurs définitions de l'« obésité » et différentes priorités de santé. En me basant sur des entretiens semi-directifs menés avec des patientes bariatriques et des cliniciens, j'explore comment les patientes qui s'est manifesté de manière à la fois discursive, émotionnelle et matérielle, influençant leurs adoptent, rejettent ou réinterprètent les notions médicalisées de l'obésité. Je le fais en examinant les motivations des personnes en obésité à subir une chirurgie bariatrique, ainsi que les transformations physiques, physiologiques, identitaires et sociales qui découlent de ce processus. Je fais valoir que la décision de recourir à la chirurgie de perte de poids n'a pas pour seul objectif l'amélioration de leur santé actuelle et future, mais vise également à obtenir une corpulence conforme aux normes sociales, qui leur permet d'accéder à certains espaces communs et partagés et de remplir des rôles sociaux spécifiques. Je montre que les participantes ont fait l'expérience d'un stigmate attendues à l'égard de la chirurgie, ainsi que leurs expériences de ses effets multiples et parfois contradictoires. J'analyse comment cet objectif de normalisation corporelle est atteint au prix de l'acquisition de nouvelles formes de chronicité, dont la gestion reconfigure le rôle de la patiente et la relation entre la patiente et le médecin. En analysant les contradictions propres à la clinique de l'obésité, cette analyse réinterprète le processus de biomédicalisation comme une logique de substitution ou de déplacement de la chronicité plutôt que de normalisation ou d'optimisation.

Mots-clés : Chirurgie bariatrique; politiques anti-obésité; biosécurité; économie de l'espoir; citoyenneté biologique; biomédicalisation; condition chronique; stigmatisation; handicap; émotions; temporalité; anticipation.

Abstract

Drawing on the sociology of technoscientific expectations and critical disability studies, this thesis investigates the experiences of individuals diagnosed with obesity or morbid obesity who have undergone bariatric (weight loss) surgery. While the fight against obesity has long emphasized lifestyle changes, public health discourse has taken on a more urgent tone since the early 2000s, labeling obesity as an "epidemic" justifying radical interventions. Concurrently, the stigma against excess body weight has intensified, and the number of bariatric surgeries has grown exponentially, particularly among women. I argue that these concurrent phenomena should be understood within the framework of an "economy of hope" that encompasses the expectations of public health advocates, obesity researchers, bariatric surgeons, individuals with obesity, and their closed ones. Within this dynamic, the bariatric clinic becomes a site where multiple definitions of "obesity" and different health priorities intersect and collide. Using semi-structured interviews with bariatric patients and clinicians, I investigate how patients either adopt, reject, or reinterpret medicalized notions of obesity. I achieve this by examining the motivations of individuals with obesity for choosing bariatric surgery and the ensuing physical, physiological, identity, and social transformations. I argue that the decision to undergo weight loss surgery is not solely driven by a desire to enhance current and future health but also to attain a body shape that aligns with societal norms, enabling access to shared spaces and the fulfillment of specific social roles. I demonstrate that participants experience a stigma that manifests itself in discursive, emotional, and material ways, shaping their expectations regarding surgery and their experiences of its multifaceted and at times contradictory effects. I analyze how the pursuit of bodily normalization leads to the acquisition of new forms of chronicity, which, in turn, reshapes the patient's role and the patient-physician relationship. By highlighting the contradictions within the clinic of obesity, this analysis reinterprets the process of biomedicalization as a logic of substitution or shifting chronicity rather than normalization or optimization.

Keywords: Bariatric surgery, anti-obesity policies, biosecurity, economy of hope, biological citizenship, biomedicalization, chronic condition, stigma, disability, emotions, temporality, anticipation.

Table des matières

RÉSUMÉ	3
ABSTRACT.....	4
REMERCIEMENTS.....	10
INTRODUCTION.....	13
I. MISE EN CONTEXTE	14
II. PROBLÉMATIQUE.....	18
III. APPROCHE THÉORIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE	20
IV. PLAN DE LA THÈSE.....	24
CHAPITRE 1.....	26
AUX ORIGINES DE LA LIPOPHOBIE : UNE GÉNÉALOGIE DES SENSIBILITÉS MODERNES LIÉES À L'EXCÈS DE GRAISSE	26
I. LA MODERNITÉ PRÉINDUSTRIELLE : DU PÉCHÉ DE GOURMANDISE À LA MÉDICALISATION DE L'OBÉSITÉ « EXTRÊME ».....	28
1.1. <i>De l'Antiquité au Moyen-âge : de la critique morale de l'excès à la dénonciation des volumes excessifs.....</i>	28
1.2. <i>Le corps « obèse » à l'épreuve de l'idéal humaniste de la Renaissance.....</i>	29
1.3. <i>Le rationalisme scientifique des Lumières et la naissance de l'obèse apathique.....</i>	30
II. LA MODERNITÉ INDUSTRIELLE : DE L'INVENTION DU CORPS NORMAL À LA STIGMATISATION DE LA CORPULENCE ORDINAIRE	33
2.1. <i>L'entrée de l'obésité dans le champ du biopouvoir : ouvrir le corps obèse au regard clinique, normaliser le poids par la statistique.....</i>	33
2.2. <i>Vers la construction moderne de la différence corporelle : l'extrême grosseur entre exception prodigieuse et déviation de la norme.....</i>	38
2.3. <i>L'obésité ordinaire comme dégénérescence ou la sublimation de la minceur comme marqueur de virilité.....</i>	42
2.4. <i>Du corset au régime : féminisme, citoyenneté et « lipophobie »</i>	48
CHAPITRE 2.....	59
DE LA LIPOPHOBIE AUX POLITIQUES BIOSÉCURITAIRES DE LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ.....	59
I. LA LUTTE ANTI-OBÉSITÉ CONTEMPORAINE, EXPRESSION D'UNE « PANIQUE MORALE » AUTOUR DU GRAS?	61
1.1. <i>D'un simple facteur de risque à une pandémie : retour sur la dramatisation affective d'un enjeu de santé publique.....</i>	61
1.2. <i>La sociologie critique de l'obésité ou le discours épidémique comme « panique morale »</i>	68
1.3. <i>Au-delà de la panique morale : repenser les émotions comme une entrée analytique sur la construction des subjectivités sociales contemporaines</i>	73
II. LA SÉCURITARISATION DE LA LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ OU L'ESSOR D'UNE CULTURE ANTICIPATOIRE PRODUCTRICE DE SUBJECTIVITÉ	75
2.1. <i>Le gras comme menace biologique ou l'entrée de la lutte anti-obésité dans le champ biosécuritaire.....</i>	75
2.2. <i>Promouvoir des pratiques biocitoyennes d'anticipation du risque ou gouverner par les affects.....</i>	78
2.3. <i>Vers une société « sans gros » : les effets pervers des politiques anticipatoires contre l'obésité</i>	82
2.4. <i>Le fantasme de la minceur, l'horizon d'un « optimisme cruel » pour le sujet contemporain en forte surcharge pondérale?.....</i>	90
CHAPITRE 3.....	98

LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'OBÉSITÉ, AU CENTRE DE LA BIOPOLITIQUE AFFECTIVE DE LA CORPULENCE	98
I. CONTROVERSES ET ENJEUX AUTOUR D'UNE CURE ANTICIPATOIRE EN VOIE D'EXPANSION	100
1.1. <i>Des premières expérimentations « bariatriques » au traitement anticipatoire des troubles métaboliques.....</i>	<i>100</i>
1.2. <i>La polémique autour de la chirurgie bariatrique, expression d'une médicalisation contestée de la corpulence</i>	<i>116</i>
II. APPRÉHENDER LES RESSORTS DE LA BIOCITOYENNETÉ AU PRISME DES PARCOURS EXPÉRIENTIELS ET AFFECTIFS DES PATIENTES BARIATRIQUES.....	125
2.1. <i>Les études critiques du handicap, une entrée analytique pour éclairer les politiques affectives de la chirurgie de l'obésité</i>	<i>125</i>
2.2. <i>La transformation bariatrique de corporalités et identités déviantes ou la négociation technologique de la « normalité »</i>	<i>130</i>
2.3. <i>La constitution des sujets bariatriques à la croisée de sentiments d'espoir et d'invalidation.....</i>	<i>133</i>
CHAPITRE 4.....	138
APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	138
I. L'OBJET DE RECHERCHE	138
1.1. <i>Le phénomène social et les types de discours étudiés.....</i>	<i>138</i>
1.2. <i>Définition de l'objet de recherche : les représentations de l'obésité.....</i>	<i>138</i>
II. LA CONSTRUCTION DES DONNÉES SOCIOLOGIQUES.....	139
2.1. <i>Identification du matériau</i>	<i>139</i>
2.1.1. <i>Recrutement de l'échantillon de professionnels de la santé en milieu bariatrique</i>	<i>141</i>
2.1.2. <i>Recrutement et spécificités de l'échantillon de patientes bariatriques</i>	<i>142</i>
2.2. <i>La construction de mes grilles d'entrevues</i>	<i>149</i>
2.3. <i>La place des émotions dans la relation intersubjective entre la chercheuse et les enquêtés.....</i>	<i>151</i>
2.4. <i>L'analyse de contenu sémantique en sociologie et le discours comme forme localisée de connaissance</i>	<i>152</i>
2.5. <i>La mise en relation de l'objet de recherche et du matériau : la constitution d'une grille d'analyse pratique 154</i>	
CHAPITRE 5.....	157
DE L'EXPÉRIENCE DE L'OBÉSITÉ COMME « HANDICAP » À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ... 157	
I. UN CORPS QUI RÉSISTE AU CONTRÔLE	158
1.1. <i>Les récits personnels de la prise pondérale : des causes multiples et cumulatives</i>	<i>158</i>
1.1.1. <i>Une hérédité familiale : le poids de la génétique</i>	<i>158</i>
1.1.2. <i>Un dysfonctionnement ou un dérèglement hormonal du corps acquis plus tard dans la vie</i>	<i>159</i>
1.1.3. <i>Des troubles psychiques et relationnels : la nourriture comme « automédication ».....</i>	<i>160</i>
1.1.4. <i>Culture des diètes et de la minceur et compulsions alimentaires.....</i>	<i>161</i>
1.1.5. <i>Habitus alimentaire et transmission familiale</i>	<i>162</i>
1.1.6. <i>Des barrières matérielles et structurelles à une saine alimentation</i>	<i>164</i>
1.2. <i>La prise de poids, un « cercle vicieux » s'imposant au sujet malgré ses efforts</i>	<i>164</i>
1.2.1. <i>Le caractère cyclique et progressif de la prise pondérale</i>	<i>165</i>
1.2.2. <i>Les effets imprévus des diètes à répétition ou le sentiment d'avoir « perdu la bataille »</i>	<i>166</i>
II. LES DIFFICULTÉS LIÉES À LA CORPULENCE/LÉS RAISONS CONDUISANT À VOULOIR SE FAIRE OPÉRER 167	
2.1. <i>Vivre avec des comorbidités, expérimenter de l'anxiété face à son futur de « santé »</i>	<i>167</i>
2.1.1. <i>La présence de comorbidités avérées</i>	<i>168</i>
2.1.3. <i>Une volonté de prévenir le développement de comorbidités futures</i>	<i>169</i>
2.1.4. <i>Vouloir accéder à la maternité ou mieux s'occuper de ses enfants et petits-enfants.....</i>	<i>170</i>
2.2. <i>Un poids rendu « handicapant ».....</i>	<i>171</i>
2.2.1. <i>Vivre avec des contraintes physiques, être limité dans ses activités courantes.....</i>	<i>171</i>
2.2.2. <i>Ne pas avoir « l'air normale »</i>	<i>172</i>
2.3. <i>Naviguer le monde social dans un corps plus large : un travail émotionnel continu</i>	<i>173</i>

2.3.1.	Des enjeux d'accessibilité et d'inclusion dans l'espace public.....	173
2.3.2.	Préjugés négatifs sur le poids et expériences quotidiennes de stigmatisation	174
2.3.3.	De la discrimination vécue dans le monde du travail	175
2.3.4.	Bien plus qu'une question esthétique : des difficultés à se reconnaître dans le discours « Body positive »	177
2.3.5.	L'adoption de comportements de compensation visant à faire oublier son poids	179
2.3.6.	La honte et l'impuissance liées au manque de contrôle sur son poids : un sentiment aux effets inhibants.	180
2.3.7.	La chirurgie comme délivrance d'un corps perçu comme une « prison »	182
CHAPITRE 6.....		185
LA CHIRURGIE MÉTABOLIQUE : UNE INTERVENTION CURATIVO-ANTICIPATOIRE		
INÉLUCTABLE EN CONTEXTE ÉPIDÉMIQUE		185
I. DÉFENDRE UNE ÉTIOLOGIE MÉTABOLIQUE DE L'OBÉSITÉ, AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DE MALADES		
MORBIDES		186
1.1.	<i>Asseoir scientifiquement l'incapacité de l'obèse « morbide » à maigrir par lui-même.....</i>	<i>186</i>
1.1.1.	La chirurgie bariatrique, victime de la mécompréhension et du stigmate entourant l'obésité	186
1.1.2.	L'obésité, une condition multifactorielle et métabolique échappant largement au contrôle des individus.	187
1.1.3.	La chirurgie comme approche « globale » de traitement.....	190
1.1.4.	La clinique bariatrique, une « passerelle » entre le soin et la recherche métabolique	191
1.2.	<i>La chirurgie comme une intervention de dernier recours urgente et nécessaire</i>	<i>192</i>
1.2.1.	Un manque de considération politique à l'origine d'une médecine bariatrique stratifiée	192
1.2.2.	La chirurgie comme dernier rempart face à la double épidémie d'obésité et de diabète	193
1.2.3.	La chirurgie, un « mal nécessaire » pour soulager des patientes en souffrance	195
II. LA CHIRURGIE COMME « DEUXIÈME CHANCE » : FAIRE TABLE RASE DU PASSÉ, REMETTRE LES		
PATIENTES DANS LE DROIT CHEMIN		197
2.1.	<i>La clinique bariatrique : une institution de reconversion identitaire.....</i>	<i>197</i>
2.1.1.	L'intervention chirurgicale, la « carotte au bout du bâton »	197
2.1.2.	La patiente, actrice au centre du dispositif bariatrique.....	198
2.2.	<i>La revendication d'un régime compassionnel : d'une logique techniciste vers une logique du soin .</i>	<i>200</i>
2.2.1.	Devenir un accompagnant, développer de nouvelles aptitudes émotionnelles	200
2.2.2.	Prendre en compte l'histoire pondérale de la patiente pour évaluer sa capacité à « prendre soin » de sa chirurgie.....	201
2.2.3.	La redéfinition de l'identité professionnelle chirurgicale : un défi central du travail clinique bariatrique ...	203
2.3.	<i>La chirurgie métabolique comme « bénédiction » ou le statut paradoxal de la reconnaissance des patientes.....</i>	<i>205</i>
2.3.1.	Améliorer la santé globale des patientes, leur offrir une nouvelle vie.....	205
2.3.2.	Le caractère contradictoire de la reconnaissance des patients, à la fois « dose quotidienne d'amour » et marque de leur dépendance et vulnérabilité	207
CHAPITRE 7.....		212
SENTIMENT D'URGENCE DES PATIENTES ET TRAVAIL CLINIQUE DE MODÉRATION DE		
L'ESPOIR		212
I. LA TEMPORALITÉ DE L'ESPOIR OU LA RECONFIGURATION DU RAPPORT AFFECTIF AU PRÉSENT À LA		
LUMIÈRE DE LA CHIRURGIE À VENIR		213
1.1.	<i>La chirurgie comme « électrochoc » permettant de rompre le cycle des diètes à répétition</i>	<i>213</i>
1.1.1.	Un événement déclencheur de la décision de se faire opérer	213
1.1.2.	La chirurgie, un moyen drastique permettant de rompre avec le passé.....	214
1.1.3.	Contre l'idée de la chirurgie comme « solution facile » : automutilation, sacrifices et efforts.....	216
1.2.	<i>De l'anticipation de la vie postchirurgicale à la volonté d'accélérer le processus.....</i>	<i>217</i>
1.2.1.	Sentiments d'impatience et d'urgence et anticipation du futur qui teinte le présent.....	217
1.2.2.	Un espoir alimentant des pratiques à contre-courant des recommandations médicales.....	218
II. MODÉRER LES ATTENTES DES PATIENTES POUR ANTICIPER LE REGAIN DE POIDS.....		
2.1. Une patientèle « prête à tout », un (dés)espoir à encadrer		220
2.1.1.	Des patientes en souffrance et dans l'urgence, accordant peu de valeur au suivi.....	220
2.1.2.	Des inquiétudes face au potentiel d'exploitation de l'espoir des patientes par le privé.....	224
2.2.	<i>Un travail de socialisation anticipatrice passant par la modération de l'espoir des patientes</i>	<i>226</i>

2.2.1.	Se méfier du « happy patient », anticiper les déceptions associées aux reprises de poids.....	226
2.2.2.	Aligner les patientes aux savoirs professionnels et à l'expérience clinique ou « rationaliser » leurs attentes	229
2.2.3.	Exiger des patientes des preuves concrètes de leur engagement dans le processus.....	231
CHAPITRE 8.....		234
LA PERTE DE POIDS COMME « RENAISSANCE » : UNE REDÉFINITION TECHNOLOGIQUE DU CORPS, DE LA SANTÉ ET DE LA VALIDITÉ		234
I.	DE L'INVALIDITÉ À LA MISE EN SCÈNE COLLECTIVE DE LA FIERTÉ ASSOCIÉE À LA PERTE DE POIDS	234
1.1.	<i>Améliorer sa qualité de vie, entrer dans une norme</i>	<i>234</i>
1.1.1.	Une amélioration effective de la santé et de la mobilité.....	234
1.1.2.	L'impression d'une entrée dans la « vie normale »	235
1.2.1.	Une reconstruction de soi vécue comme une « renaissance »	236
1.2.3.	Susciter un intérêt soudain, prendre conscience de l'ampleur de la stigmatisation vécue	238
1.2.4.	Une remise en question de l'équilibre du couple	239
1.2.5.	Des changements dans la dynamique des relations familiales et amicales.....	240
1.3.	<i>Du sentiment de fierté associé à la perte pondérale vers de nouveaux engagements biocitoyens ..</i>	<i>241</i>
1.3.1.	Sentiment de fierté partagé et valorisation collective du dépassement de soi	241
1.3.2.	Nouveaux engagements biocitoyens et mécanismes d'inclusion/exclusion sociale	243
II.	VERS UNE REDÉFINITION TECHNOLOGIQUE DE LA SANTÉ ET DE LA VALIDITÉ: « PASSER » POUR NORMALE?	245
2.1.	<i>Handicap invisible et stratégies de passage : apprendre à composer avec les effets secondaires « normaux » de la chirurgie.....</i>	<i>245</i>
2.1.1.	Nourrir son « bébé estomac » : de nécessaires réajustements alimentaires	245
2.1.2.	Simuler la normalité en dépit d'une nouvelle forme de « handicap invisible »	246
2.1.3.	L'excès de peau et le recours à la chirurgie reconstructrice pour « boucler la boucle ».....	249
2.2.	<i>Le rôle ambivalent de la communauté bariatrique : compenser l'absence de soutien médical, encourager une obsession collective autour de la réussite</i>	<i>251</i>
2.2.1.	Définir les balises d'une nouvelle « normalité bariatrique » en marge des institutions médicales	251
2.2.2.	« Faire mieux que bien » : vers de nouvelles pratiques de santé amélioratives ?	252
CHAPITRE 9.....		256
REMÈDES PARTIELS, REMÈDES RATÉS OU LES EXPÉRIENCES DE L'ÉCHEC BARIATRIQUE.. 256		
I.	LA CLINIQUE BARIATRIQUE CONFRONTÉE AU PROBLÈME DE LA REPRISE DE POIDS	257
1.1.	<i>Au-delà du métabolisme : la reconnaissance des dimensions psychosociales de l'obésité sur le succès de la chirurgie.....</i>	<i>257</i>
1.2.	<i>Le rôle de l'émotivité exacerbée et du manque d'adaptabilité des patientes dans la reprise de poids</i>	<i>259</i>
1.3.	<i>Des disparités intraprovinciales dans la qualité du suivi bariatrique reçu par les patientes.....</i>	<i>261</i>
II.	QUAND LES PROMESSES SE DÉGONFLENT : LES EXPÉRIENCES SOLITAIRES DE L'ÉCHEC BARIATRIQUE 263	
2.1.	<i>Des complications graves et débilitantes pouvant mener au désespoir.....</i>	<i>263</i>
2.1.1.	Des complications postopératoires plus ou moins permanentes.....	263
2.1.2.	Une aggravation des problématiques de santé antérieures.....	265
2.2.	<i>La reprise de poids : un échec personnel et une honte vécue à l'écart.....</i>	<i>266</i>
2.2.1.	Une internalisation du blâme rejoignant les préjugés sociaux sur le poids.....	266
2.2.2.	La reprise, un sujet tabou au sein de la communauté bariatrique?	268
2.2.3.	Ne pas oser rappeler son équipe médicale par peur d'être jugé.....	270
III.	« MOINS DE TRAITEMENTS, PLUS DE SOINS »	270
3.1.	<i>L'« échec » comme prise de recul forcé vis-à-vis de l'optimisme technologique associé à la « cure » bariatrique.....</i>	<i>270</i>
3.1.1.	La reprise de poids ou la nécessité de faire le deuil de la fantaisie de minceur	270
3.1.2.	Remettre individuellement en question l'idéologie promissoire de la « cure » et du contrôle	272
3.2.	<i>« L'obésité on veut pas la traiter, on veut s'en débarrasser » : vers une politisation de l'échec bariatrique?.....</i>	<i>274</i>

3.2.1. Une généralisation de la chirurgie faite au détriment d'une prise en charge globale des personnes en obésité	274
3.2.2. L'absence chronique de suivi psychologique : un facteur explicatif des reprises de poids	275
CHAPITRE 10	280
LES PARADOXES DE L'ESPOIR EN CHIRURGIE BARIATRIQUE: D'UN OBJECTIF DE NORMALISATION À LA MISE EN PRATIQUE D'UNE NOUVELLE NORMALITÉ.....	280
I. PROMESSES MÉTABOLIQUES, INCERTITUDES THÉRAPEUTIQUES ET DIVERGENCES AUTOUR DU « SUCCÈS » DE L'INTERVENTION	281
II. UNE EXPÉRIENCE DE L'OBÉSITÉ TRANSFORMÉE À LA LUMIÈRE DE L'ANTICIPATION BIOMÉDICALE: D'UN ESPoir D'AMAIGRISSEMENT À LA BIOCITOYENNETÉ.....	285
III. DEVENIR UNE PATIENTE ACTIVE : DE LA BIOCITOYENNETÉ À LA CONSOLIDATION DE NOUVEAUX ATTACHEMENTS	287
IV. STABILISER UNE FORME DE VIE « MORBIDE » OU METTRE EN PRATIQUE UNE AUTRE NORMALITÉ.....	290
V. LES LIMITES DE LA BIOMÉDICALISATION DE LA LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ À LA LUMIÈRE DES CONTRADICTIONS DE LA CLINIQUE BARIATRIQUE	293
CONCLUSION	298
AU-DELÀ DU SUCCÈS OU DE L'ÉCHEC BARIATRIQUE: LA BIOMÉDICALISATION DE L'OBÉSITÉ COMME PROCESSUS DE DÉPLACEMENT DE LA CHRONICITÉ	298
BIBLIOGRAPHIE	305
ANNEXE 1	338

À mes parents, Franck et Noëlle,

Remerciements

De nombreuses personnes ont contribué, directement ou indirectement, à rendre cette thèse possible. Tout au long de cette recherche, j'ai pu compter sur le support intellectuel et émotionnel de mes mentors et collègues du département de sociologie de l'Université de Montréal, de mes ami.e.s et de ma famille.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance et mon admiration envers Céline Lafontaine, ma directrice de thèse depuis la maîtrise. Elle m'a accompagnée avec un enthousiasme, une confiance et une fermeté inflexibles tout au long de ces nombreuses années. L'originalité et la profondeur de son travail, ainsi que son intégrité et son engagement intellectuels, ont exercé un impact fondamental sur mon cheminement académique et mes orientations de recherche. De plus, ses encouragements à oser être moins scolaire m'ont permis de gagner en autonomie dans ma réflexion et mon écriture. Je tiens également à lui exprimer ma gratitude pour son soutien inestimable pendant l'effort final avant le dépôt de cette thèse.

J'exprime également ma reconnaissance et mon affection à Johanne Collin et à Marianne Kempeneers, pour leur bienveillance et leurs conseils avisés à différents moments de mon parcours de doctorat. À titre de directrice du MÉOS, Johanne m'a par ailleurs permis de bénéficier de précieux financements et d'être intégrée à une communauté intellectuelle stimulante dès ma maîtrise. Je tiens également à remercier Nicolas Le Dévédec et Pierre-Marie David pour leur amitié et les opportunités de recherche et de publication qu'ils m'ont offertes.

Un remerciement tout particulier à Michael Orsini, pour l'étendue de sa générosité à mon égard. Je le remercie d'avoir pris le temps de discuter de mon projet de thèse au regard de ses recherches actuelles sur les affects publics rattachés à l'obésité. Ses perspectives de recherche, ainsi que la banque d'articles qu'il a gentiment proposé de partager avec moi, ont grandement influencé l'orientation qu'a prise cette thèse. Je le remercie également de m'avoir soutenu à plusieurs reprises dans mes demandes de bourses postdoctorales. J'étends d'ailleurs ce remerciement à Geneviève Rail, qui a gentiment accepté de soutenir mon projet postdoctoral.

Je remercie ensuite mes fidèles compagnons de route ou de recherche d'ici et d'ailleurs, Quentin Guatieri, Alexandre Labonté, Ksenia A. Burobina, Janie Gagné, Maxime Wolfe, Karen Diop, Ingrid Pauchon, Shahnaz Guiga; Pauline Gallot; Chloé Inizan, Mohammed Bakri, Lucie Fernandez-Canal, Olivia Clare, Philip Cox, Jeanique Tucker, Tim Charlebois, Elena Lopez, et bien d'autres que je ne cite pas individuellement ici. Merci de m'avoir soutenue, encouragée et beaucoup divertie!

À mes parents, Franck et Noëlle Alary, à qui je dois la stabilité matérielle, mentale et affective sur laquelle a pu reposer ce projet à long terme, j'exprime toute ma gratitude pour leur amour et leur confiance. J'en profite aussi pour exprimer toute mon affection à mon frère Gabriel Alary et à toute sa petite famille, ainsi qu'à mes grands-mères, Ginette Ducasse et Anita Alary, à qui je pense beaucoup.

Enfin, mes plus grands remerciements vont à Didier Zúñiga, pour plus d'une décennie d'affection infinie, de soutien moral inébranlable, d'enrichissement intellectuel et de joie. Merci pour toute la stabilité et l'assurance que tu m'as offertes et pour m'avoir encouragée à croire en mes compétences dès le début de cette longue aventure académique.

Introduction

Depuis la fin de l'année 2022, l'Ozempic est sous les projecteurs médiatiques en raison de ses vertus amaigrissantes. Ce médicament injectable, développé par la société pharmaceutique Novo Nordisk et approuvé par Santé Canada en 2018 pour traiter le diabète de type 2, est aujourd'hui promu comme une solution miraculeuse pour réduire l'appétit et provoquer une perte de poids rapide. Sur les réseaux sociaux, les utilisateurs échangent des astuces pour se procurer ce médicament, qui nécessite une prescription médicale, et pour gérer ses importants effets secondaires¹. Cette situation inquiète la communauté médicale, qui redoute une pénurie d'Ozempic pour les diabétiques², ainsi que les risques de ce médicament pour la santé, incluant des problèmes digestifs, des pensées suicidaires et des comportements d'automutilation³. Des dommages d'autant moins acceptables que la perte de poids promise ne serait que temporaire, avec une reprise des kilos perdus dès l'arrêt du traitement. À l'heure actuelle, les médias proposent une narration simpliste de ce phénomène, en adhérant au schéma classique de l'exploitation, où les patients désespérés sont dupés par les faux espoirs générés par l'industrie pharmaceutique et ses stratégies publicitaires⁴. Cette thèse remet en question cette perspective en interrogeant la crédulité supposée de ces patients et le caractère irrationnel de leurs espoirs.

En m'efforçant de mettre entre parenthèses mes propres inclinaisons normatives, j'explore les questions centrales soulevées par la demande croissante pour de nouveaux produits et traitements pour la perte de poids, du point de vue des personnes engagées dans un parcours de chirurgie de l'obésité. Au lieu de considérer l'espoir comme une émotion contraire à la rationalité scientifique et médicale, j'examine comment il fait partie intégrante de la biopolitique moderne, qui concerne l'application d'une rationalité technique aux questions liées à la vie humaine, à la santé et à la population. Plus précisément, j'interroge le recours à la chirurgie bariatrique à la lumière d'une « économie de l'espoir »⁵ consolidée au croisement d'une aversion culturelle historique pour la graisse

¹ Sur Tik Tok, les vidéos associées au mot #Ozempic ont accumulé plus de 400 millions de visionnements. Voir: Kolovos, Benita, « Shortage of diabetes medication Ozempic after Tik Tok users promote drug for weight loss », *The Guardian*, 31 mai 2022. En ligne.

² La Presse Canadienne, « Une pénurie du médicament Ozempic est à prévoir au Canada », *Radio Canada*, 18 août 2023. En ligne.

³ La Presse, « Une pénurie d'Ozempic attendue au Canada », *La Presse*, 18 août 2023,

⁴ La Presse Canadienne, « Des médecins s'inquiètent des nombreuses publicités pour le médicament Ozempic », *Le Soleil*, 20 juin 2023. En ligne.

⁵ L'expression « économie de l'espoir » est un concept issu de la sociologie des attentes (*sociology of expectations*). Il renvoie à un cadre d'analyse étudiant la manière dont l'innovation technologique suscite de nouvelles attentes,

corporelle liée à la formation des conceptions modernes de la nation et de la citoyenneté, de la lutte contemporaine contre l'excès de poids et des promesses biomédicales issues de la recherche actuelle sur l'obésité et le métabolisme.

I. Mise en contexte

L'accentuation récente des préoccupations politico-sanitaires concernant l'épidémie de troubles métaboliques associés à l'excès pondéral a en effet eu un impact significatif sur le cadrage médical de l'obésité, ainsi que sur les modes d'intervention proposés pour y faire face. À mesure que la définition de l'obésité a évolué de la simple notion de facteur de risque à celle de véritable « maladie, les campagnes de santé l'entourant ont adopté un langage de plus en plus chargé affectivement (« l'obésité, une bombe à retardement », « l'obésité tue ! », « l'obésité chez l'enfant, un problème de maltraitance »), rappelant l'agressivité de la lutte menée contre le tabagisme⁶. Cependant, à la différence de cette dernière, la lutte contre la prétendue « épidémie d'obésité » ne se concentre pas uniquement sur un comportement à risque. L'Indice de masse corporelle (IMC), qui mesure l'obésité, n'évalue en effet pas le comportement⁷, mais le rapport entre le poids et la taille, censé fournir des informations sur la santé actuelle et future d'une personne⁸. Plutôt que de se concentrer sur une pratique à risque à réduire (comme le tabagisme ou le non-usage du préservatif), cette approche considère l'excès de poids comme un risque biologique à détecter et à gérer précocement. Elle réoriente dès lors le rapport au corps et à la santé vers une perspective d'anticipation du risque et de l'urgence⁹, incitant ainsi médecins et patients à réagir immédiatement à cette menace biologique imminente.

Cette « biosécurisation » des politiques de lutte contre l'obésité a en même temps contribué à la présomption que certaines personnes, en particulier les plus obèses, seraient « irrécupérables » par les voies traditionnelles de la prévention, axée sur la modification des habitudes de vie. Renforcée par le consensus scientifique croissant selon lequel les régimes alimentaires seraient inefficaces, voire

anticipations et visions du futur qui orientent les décisions et les comportements des individus, des collectivités et des institutions sociales.

⁶ À ce sujet, voir : Peretti-Watel, Patrick, *La cigarette du pauvre. Enquête auprès des fumeurs en situation précaire*, Presses de l'EHESP, 2012, et Guis, Fany, « *Vers un monde sans fumée* » : une analyse sociologique du dispositif anti-tabac au Québec, Thèse de sociologie, Montréal : Université de Montréal, 2013.

⁷ C'est-à-dire la fréquence et/ou la quantité des prises alimentaires et de l'activité physique.

⁸ C'est pourquoi un simple surpoids chez un enfant peut être considéré comme préoccupant, justifiant à lui seul une intervention médicale.

⁹ Adams, Vincanne, Michelle Murphy et Adèle Clarke, "Anticipation: Technoscience, life, affect, temporality", *Subjectivity*, 2009, 28, p. 246-265.

nuisibles à long terme, cette vision pessimiste a conduit le milieu médical à réintroduire des traitements biomédicaux radicaux pour traiter les cas graves d'obésité, y compris ceux qui étaient autrefois discrédités, et à en développer de nouveaux. Parmi ces techniques, telles que le câblage des mâchoires¹⁰, le ballon gastrique¹¹, l'électrostimulation gastrique ou la stimulation cérébrale profonde¹², visant à contourner la supposée volonté problématique, voire dysfonctionnelle, de certains individus¹³, la chirurgie de perte de poids (ou bariatrique) connaît un succès particulièrement remarquable. Longtemps considérée comme une approche excessivement invasive, reléguée en marge des traitements conventionnels de l'obésité, le milieu bariatrique a récemment réussi à établir que cette intervention était la seule méthode actuellement efficace pour traiter les cas graves d'obésité et leurs comorbidités. En positionnant habilement la chirurgie au sein de la recherche biomédicale sur les effets hormono-métaboliques de l'obésité, les chirurgiens bariatriques ont été capables de redéfinir celle-ci comme un traitement « métabolique » marquant l'avènement d'un « nouveau paradigme » voire d'une « révolution » dans la prise en charge du diabète de type 2¹⁴. C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres organismes de santé publique ont rapidement identifié la chirurgie de perte de poids comme une solution à long terme pour réduire les coûts des systèmes de soins de santé¹⁵. Cette reconnaissance a conduit à une augmentation significative de l'utilisation de la chirurgie de perte de poids grâce à l'élargissement de la couverture offerte par les régimes d'assurance-maladie provinciaux, à la multiplication des hôpitaux proposant des programmes de chirurgie

¹⁰ Pausé, Cat, et al. “Teeth are for chewing: a critical review of the conceptualization and ethics of a controversial intraoral weight loss device”, *British Dental Journal*, 2021, n°231, p. 675-796; Craven Julia, “A magnetic jaw lock is not going to treat obesity”, *Slate*, 9 juillet 2021.

¹¹ Agence France-Presse, « Maigrir grâce à une pilule contenant un ballon », *TVA Nouvelles*, 24 mai 2016. En ligne.; La Dépêche, « Obésité : La technique du ballon gastrique se développe pour aider à la perte de poids », *La Dépêche.fr*, 18 mai 2021. En ligne.

¹² Ho Allen, Eric Sussman et Arjun Pendharkar “Deep brain stimulation for obesity: rationale and approach to trial design”, *Journal of Neurosurgery*, 2015, vol. 38, n°6, 1-9; Hogenboom, Melissa, “How deep brain stimulation silenced food cravings”, *BBC Future*, 21 mars 2018. En ligne.

¹³ La stimulation cérébrale profonde (SCP) se démarque des formes précédentes d'interventions citées en cherchant non pas à court-circuiter la volonté des cas les plus désespérés, mais à intervenir directement au niveau de celle-ci à l'échelle moléculaire. Consistant à implanter des électrodes dans certaines parties du cerveau, la SCP agit en effet au niveau moléculaire en modifiant la production de certaines substances chimiques dans le cerveau impliquées dans la régulation de l'appétit. Elle peut ainsi altérer la chimie cérébrale et produire des changements comportementaux significatifs chez les patients.

¹⁴ Scheen, A.-J. et al. « De la chirurgie bariatrique à la chirurgie métabolique : vers un nouveau paradigme dans le traitement du diabète de type 2 », *Médecine des maladies métaboliques*, vol. 5, n°3, p. 279-286.

¹⁵ On affirme ainsi que les coûts de la chirurgie finiraient par être remboursés après trois ans par les économies réalisées en hospitalisations et médicaments pour traiter le diabète de type 2. À ce sujet, voir: Schauer, Philip et al. « Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes – 5-year outcomes », *The New England Journal of Medicine*, 2017, 376, p. 651-651.

bariatrique et à la couverture médiatique extrêmement favorable dont cette intervention bénéficie¹⁶. Au Canada, la dernière recension réalisée estime ainsi que près de 6000 chirurgies bariatriques ont été pratiquées au public en 2013, soit 4 fois plus qu'en 2007, plaçant ainsi le pays en deuxième position mondiale en termes d'opérations effectuées, juste après les États-Unis¹⁷.

Cet essor notable, ainsi que l'ambition du milieu médical d'élargir encore les applications de la chirurgie aux enfants et aux adolescents¹⁸, entre néanmoins en conflit avec les ressources limitées d'un système de santé publique. La demande pour la chirurgie de perte de poids dépasse déjà largement la capacité du système public, reflétant les espoirs considérables des personnes atteintes d'obésité sévère à l'égard de ce traitement envisagé comme une thérapie de « dernier recours ». Face à l'allongement constant des listes d'attente pour la chirurgie publique, de nombreux citoyens canadiens choisissent d'ailleurs de se tourner vers des cliniques privées, que ce soit au Canada ou à l'étranger¹⁹, pour échapper aux délais d'attente, qui peuvent s'étendre sur plusieurs années, ou pour contourner les critères d'éligibilité du système public. Cette demande exponentielle suscite actuellement de fortes inquiétudes au sein de la communauté médicale, déjà préoccupée par le manque de régulation entourant les applications de la chirurgie bariatrique et l'insuffisance du suivi offert aux personnes opérées²⁰. Malgré l'amélioration des techniques chirurgicales avec l'arrivée de la laparoscopie et la diminution progressive des complications liées au volume de procédures performées, la chirurgie bariatrique reste en effet l'une des chirurgies les plus risquées²¹. Consistant à modifier l'anatomie du système digestif afin de diminuer la quantité d'aliments consommés et/ou l'assimilation des aliments par l'organisme, elle est associée à des complications de santé sévères, allant de reflux gastriques et de diarrhées à la mort²², en passant par des risques d'infection, de malnutrition et d'anémie²³. Les écrits médicaux font également

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Institut canadien d'informations sur la santé, « Chirurgie bariatrique au Canada », *Rapport, Performance du système de santé, ICIS*, mai 2014.

¹⁸ En 2019, l'Académie Américaine des Pédiatres s'est ainsi prononcée en faveur d'un élargissement des applications de la chirurgie aux enfants. À ce sujet, voir Armstrong, Sarah et al. « Pediatric metabolic and bariatric surgery: evidence, barriers and best practices », *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 2019, vol. 144, n°6. On sait par ailleurs que des chirurgies bariatriques sont déjà réalisées sur des adolescents au Canada et ailleurs.

¹⁹ Généralement au Mexique, en Tunisie ou en Turquie.

²⁰ Inspection générale des affaires sociales, « Situation de la chirurgie de l'obésité », Rapport Tome 1, Inspection générale des affaires sociales, janvier 2018.

²¹ De Pape, Nicolas « Bypass, sleeve... On joue aux apprentis sorciers », Entrevue réalisée avec le chirurgien digestif Marc Vertruyen, *Le Journal du Médecin*, 20 février 2020.

²² Le dumping syndrome ou syndrome de l'anse borgne, présent chez environ 30 % des patients après un bypass et anse montée en Y, se caractérise par des nausées, des vomissements intermittents, une diarrhée, des borborygmes, des ballonnements et/ou des douleurs abdominales.

²³ Hutter, Matthew, « Does outcomes research impact quality? Examples from bariatric surgery », *The American Surgeon*, 2007, vol. 72, n°11, p. 1055-1060.

état d'une augmentation des taux d'anxiété, d'alcoolisme et de suicide après la chirurgie, comparativement à la population en obésité non-opérée²⁴. Elle mène à des résultats parfois mitigés en termes de perte de poids, incluant des reprises de poids significatives. En raison de ces complications, mais aussi des modifications profondes des habitudes de vie qui assurent le maintien des effets de la chirurgie sur le long terme, cette intervention exige un suivi médical à vie. Or, la demande croissante pour la chirurgie entraîne une charge de travail supplémentaire pour les professionnels de la santé, ce qui rend le suivi et l'accompagnement des personnes opérées de plus en plus difficile. Quant aux patients qui se font opérer au privé, que ce soit au Canada ou à l'étranger, ceux-ci sont pris en charge par le secteur public en cas de complications, alourdissant encore la charge d'un système de santé déjà essoufflé. Pourtant, alors même que l'on cherche à améliorer et à élargir l'accès à la chirurgie bariatrique au Canada et au Québec, ses applications actuelles n'ont pour le moment fait l'objet d'aucune enquête exhaustive par les autorités sanitaires fédérales ou provinciales.

En raison de son caractère invasif et de la couverture médiatique extrêmement positive dont elle bénéficie, elle est néanmoins vivement critiquée par le mouvement de lutte contre la grossophobie²⁵, suscitant ainsi une controverse sociale et politique majeure dans l'espace public. Cherchant à relativiser le caractère systématique de l'association médicalement établie entre forte corpulence et morbidité, ce mouvement s'applique à montrer le caractère culturel et politique des discours publics sur le poids et la corpulence. Selon les militants et militantes anti-grossophobie, ces discours contribuent à une « panique morale » au sein de la société ayant pour effet de renforcer la stigmatisation à l'encontre des personnes plus larges. Dans cette perspective, la chirurgie de l'obésité est perçue comme l'expression la plus radicale d'une pathologisation de la diversité corporelle justifiée au nom de la santé, mais réalisée au profit de normes esthétiques genrées. Soulignant le caractère socialement construit du recours à une opération bariatrique, les militants anti-grossophobie rappellent d'ailleurs que plus de 80% des personnes ayant recours à la chirurgie bariatrique sont des femmes²⁶. Alors que le mouvement

²⁴ De Zwaan, Martina et al. "Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, follow-up study using structured clinical interviews", *Journal of Affective Disorders*, 2011, vol.133m n°1, p. 61–68; Conason, A. et al. "Substance use following bariatric weight loss surgery" *JAMA Surgery*, 2013, vol. 148, n°2, p. 145–150; Tindle, H. A. et al. « Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery », *The American Journal of Medicine*, 2010, vol. 123, n°11, p. 1036–1042.

²⁵ À ce sujet voir : Carof, Solenne, *Grossophobie. Sociologie d'une discrimination invisible*, Paris, Maison des sciences de l'homme, 2021 et Farrell, Amy Erdman, *Fat Shame. Stigma and the fat body in American Culture*, New York University Press, 2011.

²⁶ En raison de cette prédominance marquée des femmes dans la population ayant recours à la chirurgie bariatrique, j'ai opté, tout au long de cette thèse, pour l'utilisation du féminin pour englober l'ensemble des personnes subissant cette intervention. Il est toutefois important de noter que cette solution n'est pas idéale, car les discours cités (autant

souligne avec justesse que la conception de la santé dépasse le seul domaine médical et s'ancre dans des représentations sociales profondément enracinées dans la culture et l'histoire, il demeure essentiel de ne pas réduire a priori le recours à la chirurgie à une simple adhésion aux normes esthétiques dominantes, qui risquerait de nous priver d'une compréhension nuancée des motivations et des expériences de ces patientes. C'est pourquoi l'exploration des points de vue des participantes s'avère être une méthode incontournable tant du point de vue méthodologique qu'éthique lorsqu'on examine un sujet aussi controversé, qui englobe des enjeux médicaux, de santé, politiques et identitaires d'une telle ampleur dans l'espace public.

II. Problématique

Le recours aux technologies biomédicales et les risques de santé progressent souvent en amont de tout processus de délibération démocratique et plus rapidement que nos cadres éthiques et juridiques, engendrant des défis complexes pour les professionnels de la santé, les éthiciens et les législateurs. Dans ce contexte, il est crucial d'examiner de manière sociologique les logiques médicales, sanitaires, politiques et socioculturelles qui soutiennent le recours à ce qui est qualifié de traitements « de dernier recours », ainsi que les usages pratiques qui en sont fait. Ces traitements, incluant des interventions telles que la chirurgie bariatrique pour traiter l'obésité dite « morbide », la greffe d'organe pour les stades terminaux de certaines maladies, la chimiothérapie pour des cancers avancés ou encore des médicaments expérimentaux pour des affections rares et graves, sont généralement utilisés lorsque toutes les autres options de traitement ont été épuisées, que les traitements standards et moins invasifs se sont révélés inefficaces pour traiter une condition médicale particulière et que la situation du patient est très grave. Tout examen sociologique de la généralisation actuelle du traitement de dernier ressort qu'est la chirurgie de l'obésité, en plus de questionner les raisonnements thérapeutiques et les arguments mobilisés par les institutions médicales pour justifier l'utilisation extensive à un traitement aussi invasif et risqué (épuisement des options conventionnelles, risque potentiel d'un décès imminent, risque acceptable, encadrement réglementaire, recherche et innovation, etc.), nécessite donc aussi une analyse approfondie des expériences de ceux qui sont situés en première ligne de ses usages. Dans le but d'éclairer les enjeux que le recours croissant à cette intervention soulève, je cherche ainsi dans

les discours médicaux, institutionnels et médiatiques, que ceux des participants interrogés), utilisent généralement le masculin pour désigner les personnes opérées. Cela peut par conséquent créer une dissonance à la lecture. Après réflexion, j'ai tout de même considéré que cette décision, bien qu'imparfaite, représentait la meilleure option.

cette thèse à comprendre les motivations des patientes à se faire opérer et leurs expériences incorporées de la chirurgie bariatrique. Il s'agit de comprendre les espoirs, les déceptions et les possibilités que ce traitement biomédical offre à des patientes amenées à percevoir leur condition comme incurable par des moyens plus classiques, comme un régime alimentaire et de l'exercice physique. J'interroge également les cliniciens qui opèrent et accompagnent ces patientes sur leur compréhension des bénéfices de la chirurgie bariatrique par rapport à d'autres types d'intervention, sur leurs motivations à travailler avec une patientèle bariatrique et sur la nature de leur travail. Quelles sont les convictions qui motivent les chirurgiens et autres praticiens de la santé à travailler dans ce cadre clinique? Qu'est-ce qui amène les patientes à recourir à une intervention aussi risquée et invasive que la chirurgie bariatrique? Comment celles-ci négocient-elles les transformations physiologiques amenées par la chirurgie dans leur vie quotidienne?

Pour ceux et celles dont les perspectives d'existence semblent compromises par l'insolubilité apparente de leur surcharge pondérale par de « simples » ajustements de leur mode de vie, il est essentiel de se demander ce que signifie prendre leurs espoirs au sérieux, au lieu de les réduire automatiquement à une quête de meilleure santé ou de conformité aux normes esthétiques prédominantes. Quels que soient leur état de santé et leur genre, les personnes interrogées ont partagé des expériences communes de réduction de leur mobilité, de contraintes physiques et d'entraves environnementales qui limitent leur participation aux rôles sociaux qui leur sont attribués, ainsi que leur accès à certains espaces publics. Elles racontent également des expériences similaires de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion sociale. Confrontées au sentiment douloureux d'être et de vivre en marge de la « normalité » à cause de leur poids, elles affirment avoir tout essayé pour perdre du poids avant de se tourner vers la chirurgie. Informées des avantages potentiels de cette intervention par leur médecin, leurs proches ou d'autres patientes rencontrées sur des forums de discussion en ligne, elles décident de prendre en main leur destin somatique et social en optant pour cette procédure drastique. Refusant de se résigner à l'expérience d'une corpulence qui est socialement « limitante », elles choisissent d'orienter leur existence sur l'espoir d'un avenir meilleur grâce à la chirurgie, aspirant ainsi à un « pas encore » à faire advenir.

Au milieu du siècle dernier, les travaux du philosophe allemand Ernst Bloch ont souligné la puissance de l'espoir en tant que moteur de changement, capable d'inspirer de nouvelles aspirations pour un avenir meilleur, ouvrant ainsi la voie à un progrès social et politique²⁷. En m'appuyant sur la

²⁷ Bloch, Ernst, *Le Principe Espérance, tome I*, Paris, Gallimard, 1976.

sociologie des attentes, la nouvelle sociologie des affects et les études critiques du handicap, je transpose cette perspective dans le domaine du rapport contemporain à la citoyenneté, au corps, à la santé, au handicap et à la technologie. J'analyse comment l'expérience de la chronicité de l'obésité s'entrecroise avec de nouveaux impératifs biopolitiques centrés sur l'optimisation des potentialités biologiques et corporelles des individus. En considérant l'espoir comme un sentiment fondamental permettant d'aligner les attentes subjectives des individus avec le développement biomédical, je propose d'interpréter la demande croissante pour certains traitements invasifs à la lumière d'une nouvelle « culture somatique », encourageant les sujets à devenir des « biocitoyens »²⁸ responsables et proactifs dans la gestion anticipée de leur futur somatique. Ainsi, je démontre comment, dans le contexte de la chirurgie bariatrique, l'espoir est étroitement lié à des émotions plus anciennes liées à la graisse corporelle dans les nations industrialisées, à des stratégies politico-sanitaires axées sur la surveillance et la gestion du risque lipidique, et aux variations et contradictions qui existent entre les promesses biomédicales entourant cette chirurgie et la façon dont les patientes interprètent celles-ci à la lumière de leurs expériences incorporées de la maladie chronique et de la stigmatisation. Dans les chapitres suivants, j'élabore ainsi une sociologie de l'économie de l'espoir associée à la chirurgie bariatrique. Après avoir retracé l'histoire de l'aversion culturelle pour la graisse corporelle dans les sociétés occidentales et de son exacerbation par les politiques contemporaines de lutte contre l'obésité, j'analyse empiriquement comment l'espoir est à la fois suscité et ébranlé à travers les interactions avec les cliniciens, les échanges en ligne avec d'autres patientes, ainsi que les expériences vécues de la chirurgie en marge de l'environnement hospitalier.

III. Approche théorique et questions de recherche

Parallèlement aux avancées technologiques qui ouvrent la voie à des futurs alternatifs, de nouvelles formes de relations sociales et de subjectivités émergent, s'étendant bien au-delà de la relation patient-médecin traditionnelle. Ces nouvelles relations, qui se consolident autour de nouvelles technologies et thérapies biomédicales, offrent une occasion précieuse d'explorer les interactions entre le domaine biologique et les processus culturels. Comme l'a montré la sociologue des sciences Hannah Landecker, la compréhension scientifique du métabolisme a évolué pour passer d'une conception

²⁸ La notion de biocitoyenneté réfère au recentrement des revendications sociales et collectives autour de questions reliées à la santé, notamment pour l'accès à des soins et à des traitements. À ce sujet voir: Rose Nikolas, *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the 21st century*, Princeton et Oxford, Princeton University Press, 2007 et Lafontaine, Céline, *Le corps-marché. La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*, Le Seuil, 2014.

énergétique basée sur l'unité calorique et l'idée de « combustion », apparue au 19^e siècle, à une conception informationnelle articulée autour de l'idée de signaux neuro-hormonaux régulant la communication entre le corps, la nourriture et l'environnement²⁹. En d'autres termes, le métabolisme est désormais compris comme un système complexe de régulation, où les signaux chimiques et neurologiques jouent un rôle crucial dans la façon dont le corps traite les nutriments, régule la faim ou gère le poids corporel. Cette évolution dans la compréhension du métabolisme a des implications importantes, en particulier en ce qui concerne le traitement de patients atteints d'obésité et de diabète. En se basant sur la compréhension des mécanismes sous-jacents régulant le métabolisme, les scientifiques et les médecins développent aujourd'hui de nouvelles approches de traitement basées sur la régulation des signaux neuro-hormonaux, pour aider les patients à gérer ces conditions métaboliques. Celles-ci incluent certains médicaments antidiabétiques (la metformine, les agonistes des récepteurs GLP-1, les inhibiteurs de la SGLT-2, etc.) ou régulateurs de l'appétit, ainsi que la chirurgie bariatrique ou métabolique.

À mesure que ces avancées engendrent de nouvelles promesses thérapeutiques, il devient impératif d'examiner les formes de subjectivités et de socialités qui en résultent. À la fin des années 1990, l'anthropologue Paul Rabinow a lancé une vague de travaux sur la constitution de nouvelles identités et communautés sociales autour de marqueurs génétiques partagés³⁰. Mais quelles formes distinctes de biosocialités apparaissent si on s'intéresse non pas aux « marqueurs d'identité », mais aux promesses suscitées par le développement de nouveaux traitements métaboliques pour l'obésité et le diabète de type 2? Cette thèse vise à explorer comment la chirurgie bariatrique ou métabolique suscite de l'espoir et réunit différents groupes sociaux, tels que les gouvernements, les chercheurs, les professionnels de la santé, les patientes et leurs proches. Pour ce faire, elle analyse comment les imaginaires culturels et les affects liés à la biomédecine, les engagements relationnels et les obligations sociales, ainsi que les récits personnels des patientes interagissent pour « envelopper les médecins, les patients et le public dans une étreinte biotechnique »³¹ où les limites des traitements sont potentiellement peu questionnées. Toutefois, les différents acteurs impliqués dans la pratique bariatrique ont des objectifs et des priorités variés, qui peuvent parfois être en conflit les uns avec les autres. Par exemple, les gouvernements peuvent être intéressés par la réduction des coûts du système

²⁹ Landecker, Hannah, « Postindustrial Metabolism: Fat knowledge », *Public Culture*, 2013, vol. 25, n°3, p. 495-522.

³⁰ Rabinow, Paul, « Artificiality and Enlightenment: from Sociobiology to Biosociality », *Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton: Princeton University Press, 1996.

³¹ Delvecchio Good, Mary-Jo, « The biotechnical embrace », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2001, vol. 25, p. 397.

de santé public liés aux comorbidités de l'obésité, les professionnels de la santé peuvent avoir un intérêt professionnel à promouvoir ses procédures, tandis que les patientes peuvent aspirer à une amélioration de leur santé et de leur qualité de vie, voire à une normalisation de leur apparence corporelle. Elle examine donc comment l'espoir suscité par la chirurgie bariatrique ou métabolique peut être à la fois un moteur de collaboration et un enjeu de conflit et de compromis dans les interactions entre ces acteurs. Ultiment, l'objectif est de mieux comprendre comment ces perspectives et ces intérêts variés influencent les décisions prises et la mise en œuvre et en pratique de ces procédures médicales, ainsi que leurs répercussions sur les patients et la société dans son ensemble.

Parce que les espoirs associés à ce traitement n'apparaissent pas de manière isolée, mais sont liés à d'autres émotions rattachée à l'obésité, à la normativité, à la « bonne » citoyenneté et à la biomédecine, les émotions constituent donc une entrée analytique et empirique pour analyser l'« économie de l'espoir » associée au traitement bariatrique. Qu'elle soit jugée problématique ou non, vue comme une maladie à soigner ou une simple différence corporelle à respecter, l'« obésité » est aujourd'hui une préoccupation affective pour tout le monde. La sociologie qui s'intéresse aux dynamiques entre l'obésité et la société, qu'elle soit de type positiviste ou constructiviste, participe donc elle aussi pleinement à la construction historique de cet objet et à façonner les sédimentations affectives soutenant les discours et les débats publics sur celle-ci. Sans nécessairement remettre en question les effets matériels de l'excès de poids sur le corps, ni même la légitimité d'un discours axé sur la prévention des risques liés au surpoids, ma propre posture sociologique m'amènera donc à m'interroger sur la manière dont ces discours sont véhiculés, sur les formes d'interventions médicales qu'ils promeuvent et sur leurs impacts affectifs concrets sur les personnes impliquées. En m'appuyant sur la nouvelle sociologie des émotions³², j'essaie donc de montrer comment les affects attachés à l'obésité nous offrent des outils de contextualisation pour mieux saisir les raisonnements institutionnels et les justifications thérapeutiques qui sous-tendent l'utilisation extensive de la chirurgie, ainsi que les horizons d'espoir partagés par les patientes interrogées dans le volet empirique de cette thèse.

³² Bien que les émotions aient toujours été un sujet d'intérêt pour la sociologie, le « tournant affectif » en sciences sociales apparut dans les années 1990 (avec les travaux influents de chercheurs tels que Brian Massumi, Sara Ahmed, Eve Kosofsky Sedgwick ou Lauren Berlant) a remis en question l'hégémonie du cognitivisme dans les sciences sociales, qui considère que la pensée rationnelle est la caractéristique principale de l'expérience humaine. Selon l'*affect theory*, ou théorie de l'affectivité, les émotions ne sont pas simplement des réponses individuelles à des stimuli, mais sont façonnées par les normes sociales et culturelles. Cette perspective s'intéresse plus particulièrement à la façon dont les émotions circulent (à travers les médias, les réseaux sociaux ou les interactions quotidiennes entre les individus) et prennent des formes différentes selon les contextes culturels.

Si cette thèse examine comment les émotions sont impliquées dans la formation des attentes, des subjectivités et des collectivités sociales associées à la chirurgie bariatrique, elle met également en lumière la manière dont les espoirs initiaux associés à la chirurgie peuvent évoluer à mesure que les patientes font face aux réalités concrètes du traitement et à ses effets matériels sur les corps. Bien que les médias aient souvent tendance à promouvoir la chirurgie comme une solution rapide et efficace pour perdre du poids, cet enthousiasme médiatique peut parfois simplifier à l'excès la réalité de la chirurgie bariatrique. Cette chirurgie engendre en effet des transformations corporelles profondes qui ne doivent donc pas être reléguées au second plan de l'analyse au profit d'une focalisation sur les aspects émotionnels de son essor et de sa pratique. Tandis que la chirurgie, perçue comme un moyen d'accroître l'influence des patientes sur leur condition, génère de nouveaux espoirs chez les patientes et les professionnels de la santé qui les suivent, ceux-ci sont parfois tempérés par les défis postopératoires auxquels les patientes sont confrontées. Ceux-ci incluent les effets métaboliques incertains du traitement, les exigences alimentaires strictes pour maintenir les effets du traitement, les effets indésirables et complications à long terme de la chirurgie, et la possibilité de reprise de poids. Accordant une attention particulière à la manière dont les patientes et les professionnels composent avec l'incertitude propre au traitement, j'analyse ainsi la compréhension de ces défis postopératoires par les patientes et les professionnels de la santé, ainsi que les stratégies d'adaptation mises en œuvre par les patientes pour y faire face. Ultiment, il s'agit d'explorer la manière dont les espoirs initiaux des patientes et des professionnels de la santé sont reconfigurés à la lumière des incertitudes liées au traitement et de la complexité et de l'imprévisibilité des effets matériels de ce traitement sur le corps, menant potentiellement les patients à réévaluer leurs attentes et à rechercher de nouveaux espoirs. En mettant l'accent sur la nature non-linéaire du traitement bariatrique et de ses conséquences, il devient possible de remettre en question la rhétorique du succès biomédical souvent associée à la chirurgie bariatrique dans les médias, et d'adopter une perspective plus nuancée sur les possibilités qu'elle ouvre et ses limites.

Pour résumer, les questions de recherche que cette thèse vise à élucider sont:

- Quelles sont les motivations des patientes atteintes d'obésité sévère à opter pour la chirurgie bariatrique, malgré ses risques inhérents et sa nature invasive?
- Quelles sont les convictions scientifico-médicales et les motivations professionnelles qui orientent la pratique des cliniciens œuvrant dans le domaine bariatrique, en particulier des chirurgiens bariatriques?

- Comment l'espoir suscité par la chirurgie bariatrique interagit-il avec les imaginaires et les émotions associés à la graisse corporelle, à la chronicité de l'obésité, à la santé, à la biomédecine et à la « bonne » citoyenneté dans les sociétés contemporaines?
- Comment les patientes négocient-elles les transformations physiologiques et les défis postopératoires engendrés par la chirurgie bariatrique dans leur vie quotidienne ?
- Comment les espoirs initiaux associés à la chirurgie bariatrique évoluent-ils à mesure que les patientes sont confrontées aux réalités concrètes du traitement, notamment les défis postopératoires et les incertitudes liées à son efficacité à long terme ?
- Finalement, dans quelle mesure les expériences vécues de la chirurgie bariatrique par les patientes viennent-elles corroborer, nuancer ou remettre en question les promesses associées à cette intervention dans le discours public?

IV. Plan de la thèse

Dans le premier chapitre de cette thèse, je propose une généalogie de la médicalisation de la grosseur dans les sociétés occidentales, en mettant particulièrement l'accent sur le contexte nord-américain. J'accorde une importance particulière à la dimension affective des représentations populaires et médicales de l'excès de graisse, tout en examinant leur relation avec l'émergence des valeurs modernes de progrès, de productivité, de discipline et de « bonne » citoyenneté, ainsi qu'avec la construction moderne des rôles de genre. Cela me permet de suivre la constitution progressive d'un idéal de minceur dont la charge symbolique et la portée affective alimentent les aspirations contemporaines à perdre du poids.

Le deuxième chapitre examine l'évolution contemporaine des discours médicaux, sanitaires, politiques et médiatiques qui entourent l'émergence d'une prétendue « épidémie d'obésité » nécessitant d'être contenue par tous les moyens. En me penchant principalement sur la portée affective de ces discours, je les situe dans une nouvelle forme de gouvernementalité « biosécuritaire », caractérisée par une préoccupation pour l'anticipation et la gestion biomédicale des risques, ainsi que l'ouverture à un interventionnisme technologique.

Le troisième chapitre trace les contours de l'économie de l'espoir entourant la chirurgie bariatrique. Après avoir retracé la naissance et le développement de la chirurgie bariatrique dans la continuité de la logique biomédicale décrite dans le chapitre précédent, j'étudie la controverse publique dont elle fait aujourd'hui l'objet. Cela me permet de poser les bases de mon cadre d'analyse, visant à

interpréter l'essor de la pratique bariatrique et les enjeux culturels, sociaux, identitaires et politiques qu'il pose à la lumière des formations biopolitiques contemporaines de la citoyenneté, de la santé et de la chronicité de l'obésité. En mobilisant les apports des études critiques du handicap, qui examinent les aspects sociaux, expérientiels et temporels des handicaps et des maladies chroniques, je précise la manière dont je compte analyser empiriquement les espoirs entourant la chirurgie, ainsi que les écarts et les tensions existantes entre les attentes cliniques des professionnels de la santé et les aspirations des patientes vis-à-vis du traitement.

Le quatrième chapitre présente en détail ma méthodologie d'enquête, qui vise à examiner de manière empirique les espoirs et les attentes des patientes et des cliniciens québécois vis-à-vis de la chirurgie bariatrique et la manière dont ceux-ci sont reconfigurés à la lumière de la pratique clinique et de l'expérience postopératoire du traitement. Cette méthode repose sur une analyse de discours basée sur des entrevues semi-directrices menées avec ces acteurs et explore également les représentations sociales de l'obésité, de la santé, du rôle du patient et de la technologie qui sont associées à ces espoirs.

Les chapitres 5, 6, 7, 8 et 9 présentent les résultats de mon analyse de discours des patientes et des cliniciens interrogés. Les chapitres correspondent à une structuration du discours de mes participantes, suivant la séquence chronologique du parcours biomédical des patientes : les motivations initiales des patientes à subir une intervention chirurgicale; les convictions scientifiques, médicales et professionnelles qui sous-tendent la pratique des cliniciens et influencent la nature de la relation thérapeutique; la confrontation clinique entre les attentes médicales et les espoirs subjectifs des patientes envers le traitement; les changements corporels, identitaires et sociaux vécus par les patientes après l'opération et les stratégies d'adaptation qu'elles mettent en œuvre pour y faire face; et, enfin, la remise en question des espoirs initiaux qui peuvent émerger de ces expériences, notamment lorsque les patientes vivent des complications ou des reprises de poids importantes.

Pour conclure, le dernier chapitre discute des écarts et des tensions existantes entre les espoirs initialement associés au traitement bariatrique et les expériences complexes et ambivalentes du traitement vécues par les patientes tout au long de leur traitement. En mettant en lumière les contradictions de l'économie de l'espoir entourant la chirurgie bariatrique, je tente ainsi de souligner les limites inhérentes de l'idéologie de la biocitoyenneté qui soutient l'essor de la chirurgie bariatrique.

Chapitre 1

Aux origines de la lipophobie : une généalogie des sensibilités modernes liées à l'excès de graisse

Parmi les nombreuses interventions sanitaires déployées pour tenter de ramener les personnes en obésité vers un poids « normal », la chirurgie bariatrique représente sans aucun doute la plus extrême, en raison des risques et complications qui lui sont associés. Si sa popularité actuelle ainsi que l'extension progressive de ses usages³³, doivent certainement être replacées dans le contexte des politiques contemporaines de lutte contre l'« épidémie d'obésité », celles-ci sont loin de se déployer sur un terrain neutre. Le jugement moral et médical sur l'excès de graisse a en effet une longue histoire en Occident, qui fait que les discours sanitaires actuels s'articulent à des sédimentations affectives plus anciennes et plus profondes, réactivant et renfonçant potentiellement certaines d'entre elles. La lutte sanitaire contre l'obésité s'inscrit dans l'histoire plus longue d'un processus d'« abjection sociale »³⁴ pour l'excès de graisse dont il faut d'abord cerner le contenu si on veut comprendre les effets potentiellement paradoxaux des politiques contemporaines contre l'obésité ainsi que leurs conséquences affectives et relationnelles sur les populations ciblées. Dans ce premier chapitre, je propose de retracer l'itinéraire socio-historique des sensibilités modernes attachées à l'excès de poids afin de mieux cerner la charge et la portée affective des discours sanitaires actuels liés à la généralisation de la chirurgie bariatrique et de ses usages³⁵. Sans chercher l'exhaustivité, je souhaite établir une généalogie des représentations médicales et profanes de l'obésité dans les sociétés modernes, en me concentrant plus particulièrement sur son évolution en Amérique du Nord³⁶. Cette généalogie mettra en lumière les préoccupations culturelles, sociales et politiques plus larges issues de la modernité dans lesquelles elles s'inscrivent, ainsi que leurs imbrications complexes avec d'autres dynamiques sociales de classe, de genre, de race, de civilisation, de citoyenneté et de santé. Il s'agit de montrer en quoi la

³³ De plus en plus de discussions quant à l'extension de ses usages thérapeutiques vers les adolescents et les enfants, mais aussi vers les personnes diabétiques non-obèses.

³⁴ Voir définition Tyler, Imogen, *Revolting Subjects: Social Abjection and Resistance in Neoliberal Britain*, European Journal of Communication, Zed: London, 2013.

³⁵ Une des propositions théoriques qui oriente cette thèse est que c'est par leur propension à faire circuler des émotions morales particulières (peur, aversion, dégoût, honte, culpabilité, fierté, etc.) dans l'espace public que les discours actuels sur l'obésité sont productifs de subjectivités et collectivités sociales organisées autour du contrôle du poids, et donc, productifs des « subjectivités bariatriques » contemporaines qui m'intéressent.

³⁶ Principalement aux États-Unis et au Canada.

graisse corporelle constitue dans les sociétés industrielles occidentales, un protagoniste central dans la définition du corps légitime/acceptable en lien aux idéologies modernes du progrès et de la citoyenneté, et aux conceptions dominantes de la masculinité et de la féminité.

Pour cela, je propose une périodisation qui s'articule autour de deux grandes conceptions de la corpulence, auxquelles j'accorderai toutefois une attention inégale. C'est d'abord la période préindustrielle (du Moyen-Âge au début du 19^{ème} siècle) qui sera abordée brièvement, dans l'objectif de montrer qu'elle correspond à une problématisation des volumes extrêmes comme *péché* et *faute morale*, mais également, dans un contexte où la faim est omniprésente, à une valorisation générale des formes corporelles. Il aurait ainsi été possible de ne commencer cette généalogie qu'au 19^{ème} siècle, période où un stigmatisme autour du « gros » apparaît à mesure que la corpulence « ordinaire » se démocratise. Toutefois, il me semblait important de cerner les contours des conceptions religieuses et morales plus anciennes de l'excès de poids, dans la mesure où celles-ci sont à l'origine, et continuent de teinter, le regard des sociétés industrielles sur l'obésité et les personnes « grosses ».

C'est ensuite la durée comprise entre le début de l'ère industrielle et la première moitié du 20^{ème} siècle qui vient marquer une rupture avec les représentations anciennes du poids et l'émergence, en Amérique du Nord, de nouvelles anxiétés culturelles autour de l'obésité « ordinaire », largement conceptualisée à travers le modèle de l'*épuiement* et de la *dégénérescence*. Si seules les corpulences « extrêmes » étaient jusqu'ici condamnées comme un signe d'excès renvoyant à des mœurs dépravées, la graisse change de signification sociale dès le milieu du 19^{ème} siècle à mesure qu'il se démocratise et s'étend aux classes moyennes, puis populaires sous l'effet de l'industrialisation de la nourriture³⁷. Ce changement s'est produit dans un contexte de standardisation croissante des espaces publics et de normalisation scientifique des corps³⁸. Désormais associé à une perte civilisationnelle de force virile dans une société industrialisée valorisant le « corps-machine » du travailleur, l'excès de graisse est projeté dans l'univers de la dégénérescence et n'est plus que décadence et déficience³⁹. Il devient le signe d'un laisser-aller et d'un manque de volonté et de productivité associé aux classes prolétaires, aux femmes et aux peuples colonisés⁴⁰. Renvoyant d'abord à un nouvel idéal du corps masculin,

³⁷ Farrell, Amy Erdman, *Fat Shame. Stigma and the Fat Body in American Culture*, New York: New York University Press, 2011, p. 34.

³⁸ Ibid.

³⁹ Vigarello, Georges, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, Paris : Seuil, 2010; Baubérot, Arnaud, « De la vie sainte à la vie saine. Hygiène et sport dans les mouvements de jeunesse protestants, 1890-1914 », *Études théologiques et religieuses*, 2012, vol. 3, p. 279-291.

⁴⁰ Vester, Katharina, « Regime change: gender, class, and the invention of dieting in post-bellum America », *Journal of Social history*, 2010, vol. 44, n°1, p. 39-70.

érigent la minceur et le muscle en symboles de modernité et de progrès, cette dépréciation de la graisse va par la suite s'étendre aux femmes⁴¹. Afin de légitimer leurs revendications d'accès à la participation démocratique, à l'autonomie et à la pleine citoyenneté, d'abord, puis, à partir des années 1920, comme une réponse à des exigences de minceur restreignant de plus en plus le corps féminin, ce sont elles qui adopteront massivement des pratiques de régime d'amaigrissement⁴². La première moitié du 20ème siècle est ainsi marquée par l'émergence d'une aversion pour l'excès de gras qui s'accompagne d'une expression très vive de la souffrance individuelle associée à la corpulence, ainsi que du désir de se débarrasser du stigmate lié à l'excès de graisse.

I. La modernité préindustrielle : du péché de gourmandise à la médicalisation de l'obésité « extrême »

1.1. De l'Antiquité au Moyen-âge : de la critique morale de l'excès à la dénonciation des volumes excessifs

On formule dès l'Antiquité une critique de la grosseur extrême, désignée sous le terme de « pléthore » (comprise comme un excès d'humeurs). À une époque célébrant la modération, l'équilibre et l'idée de justes proportions des formes, le corps « trop gros » est associé à des mœurs dépravées, notamment à une vie d'intempérance alimentaire, d'excès de boisson et de débauche sexuelle. Si la corpulence massive retient l'intérêt des médecins, elle n'a pas toutefois une place majeure dans les ouvrages médicaux de l'époque, du fait sans doute de sa très faible prévalence (elle ne concerne en effet que les hommes d'État, les militaires et les ecclésiastiques)⁴³.

Au Moyen-Âge apparaissent autant des prescriptions de la diète ou du jeûne, que des prescriptions de « gavage » afin d'assurer la récupération d'un patient⁴⁴. On voit néanmoins se distinguer deux types de grosseurs. S'il existe une grosseur vigoureuse imposant le respect, signe d'opulence à une époque où la faim sévit de façon massive, la grosseur gênant la mobilité est quant à elle dénoncée⁴⁵. Celle-ci est encore expliquée par un excès d'humeurs, causant boursouflures et gonflements. Du fait de l'inexistence de mesures permettant d'établir une distinction claire entre le « gros » et le « très gros », la grosseur excessive se mesure au gré des situations concrètes et des attentes qui y sont liées : « aucune

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid.

⁴³ Forth, Christopher, *Fat: A Cultural History of the Stuff of Life*, Chicago: The University of Chicago Press, 2013, p. 136.

⁴⁴ Vigarello, Georges, Op. Cit., 2010.

⁴⁵ Ibid. p. 28.

mesure n'en donne le seuil [du « trop » gros], aucune définition [...]. Une sanction existe, en revanche, venant des gestes, des lieux, des situations : impossibilité de monter à cheval, difficulté à bouger, impuissance à faire ou à réaliser [...] »⁴⁶. Si la corpulence est synonyme d'abondance et de santé, au-delà d'un certain seuil, le « très gros », caractérisé par des difficultés à se mouvoir, suscite des critiques, essentiellement morales, de la part des clercs, de la cour et des médecins. Le regard médical rejoint ainsi le discours moral et religieux de l'époque en portant sur la supposée « glotonnerie » de ces sujets volumineux, sur l'idée que leur péché de gourmandise, contraire à l'ascèse et à la tempérance, profilerait d'autres excès.

1.2. Le corps « obèse » à l'épreuve de l'idéal humaniste de la Renaissance

À la Renaissance, l'intérêt médical continue de porter sur les corpulences les plus extrêmes, celles qui rendent l'obèse inapte à réaliser certaines activités (militaires notamment)⁴⁷. Première période de modernité, elle viendra toutefois marquer une rupture dans les représentations religieuses et morales de la corpulence propres au Moyen-Âge. La Renaissance est d'abord marquée par une glorification du corps liée au retour de l'idéal esthétique propre à la Grèce antique. Étant « un petit monde, dans lequel le cosmos se reflète point par point »⁴⁸, le corps idéal dont les peintres rendent compte est un corps dont les proportions s'inscrivent dans des formes géométriques parfaites. Dès lors, le corps « obèse » est d'abord jugé transgressif sur le plan esthétique. Une curiosité à la fois esthétique et pédagogique pour les limites des proportions humaines, et donc pour la corpulence « excessive », va ainsi s'affirmer dans les iconographies de l'époque. Le peintre allemand Albrecht Dürer tentera notamment de restituer les épaisseurs de ce corps aux antipodes du canon des proportions idéales dans ses mensurations précises, d'abord à l'aide des mathématiques, puis, face à l'échec, à l'aide de la géométrie⁴⁹ (voir fig. 1). À une époque où le corps est considéré comme un reflet du cosmos, l'impossibilité de soumettre ce corps à l'objectivation mathématique, le constat d'une absence de correspondance entre celui-ci et l'univers, définit ainsi l'excès de graisse comme une aberration, tant sur le plan esthétique que moral.

⁴⁶ Ibid. p. 27.

⁴⁷ Ibid. p. 63. En l'absence de mesures d'évaluation de la grosseur, un flou persiste en effet concernant le seuil à partir duquel on devient trop gros, obligeant toujours les médecins à se fier à leur observation personnelle.

⁴⁸ Faracovi, Pompeo Ornella, « L'homme et le cosmos à la Renaissance », *Diogène*, 2004/3, n°207, p. 64.

⁴⁹ Pélle, Anne-Sophie, « Mesurer l'excès : Albrecht Dürer et la figure obèse », *Histoire de l'art*, n°10, 2012.

La personne « très grosse » est également jugée déviante sur le plan social, par la distance des bonnes mœurs de l'époque que son corps suggère. De la dénonciation de la corpulence « extrême » comme un signe de péché (de gourmandise et glotonnerie), on passe en effet à une critique portant sur le manque de contenance de soi et de savoir-vivre. Comme l'a soulevé Norbert Elias, les traités humanistes de civilités témoignent de l'émergence d'un nouveau gouvernement des corps et des conduites, articulé autour des normes de la retenue, du contrôle des apparences et de la maîtrise de soi⁵⁰. Époque influencée par une nouvelle morale puritaine issue de la Réforme, valorisant le travail, l'activité et l'effort et cherchant à lutter contre le temps mort et l'inoccupation, le « gros » n'est plus le pécheur du Moyen-Âge, mais symbole de lenteur, d'inefficacité et de fainéantise⁵¹. La critique, ainsi, se déplace et s'individualise. Si le « maigre », rappelant les famines, les disettes et la peste, fait peur, le « balourd »⁵² retardé par son épaisseur a désormais le visage de la passivité, de l'inaction et de l'oisiveté. On commence ainsi à voir apparaître un langage méprisant à l'égard du « très gros »⁵³, de celui qu'on discerne intuitivement par sa silhouette atypique. La corpulence « extrême » suscite donc déjà une certaine aversion, qui ne fera que croître jusqu'à l'ère contemporaine. Alors que les volumes s'individualisent et se différencient, on commence également à distinguer les grosseurs masculines, renvoyant à la force, à la puissance et à l'action, des grosseurs féminines, devant renvoyer à une « beauté décor », soit à une esthétique de la vie domestique et du quiétisme⁵⁴.

1.3. Le rationalisme scientifique des Lumières et la naissance de l'obèse apathique

La généralisation de l'usage de mesures chiffrées et une approche globalement plus rationnelle propre au siècle des Lumières vont faire apparaître de nouveaux discours médicaux sur le corps « gros ». Tandis que pendant la Renaissance, le vêtement fut le meilleur indicateur de la prise de volume, l'introduction des premiers procédés de mesure chiffrée au courant du 18^{ème} siècle va venir nuancer des degrés dans la grosseur, aiguïser le regard quant à ses variations possibles. Bien que des exemples de chiffrage du poids soient occasionnellement évoqués dans les textes médicaux et les périodiques de l'époque, ce n'est pas le gras ou la perte de poids qui en sont au centre, mais encore la

⁵⁰ Elias, Norbert, *La Civilisation des mœurs*, Paris : Calmann-Lévy, 1973 [1939].

⁵¹ Vigarello, Georges, Op. Cit., 2010

⁵² Ibid., p. 56.

⁵³ Ibid. p. 65.

⁵⁴ « La démarche est symbolique, soulignant l'enjeu toujours plus spécifique d'une beauté féminine traduite en 'beauté décor', ainsi que celui, tout aussi spécifique, des sanctions qu'elle peut provoquer, l'orientation enfin, d'une apparence féminine faite pour l'accueil, le 'dedans', l'ornement', les demeures et les appartements, alors que l'apparence masculine serait faite pour le 'dehors', l'affrontement des choses et des gens », Ibid., p. 119.

quête d'un équilibre humoral : il s'agit de mesurer les « pesanteurs » du corps (le poids ajouté par les ingestions, le poids perdu à travers les excréctions quotidiennes) pour y déceler la présence de tout excès d'humeurs pouvant compromettre la santé⁵⁵. La simple pesée du poids n'a donc pas encore de valeur en elle-même. Ce sera plutôt par le chiffrage des ceintures, puis par l'usage de la ficelle, que sera introduit un repère nouveau à partir de la seconde moitié du 17^{ème} siècle : le calcul du tour de taille. Buffon établit l'une des toutes premières échelles chiffrées du gros en développant l'idée d'un rapport entre le volume et la taille des individus dans son *Histoire naturelle* (1776)⁵⁶. Bien que mesurant l'épaisseur et non le poids, cette mesure continue à ne concerner que « la grosseur extrême et non les degrés »⁵⁷, elle aura pour la première fois « transformé le volume en objet »⁵⁸, permettant ainsi « d'étalonner une population selon une échelle du moins gros au plus gros »⁵⁹.

La compréhension médicale de la graisse se déplace également de l'univers des humeurs, à celui des fibres et des nerfs : celle-ci est désormais responsable de compresser les fibres et d'engourdir les nerfs. L'excès de graisse « n'est plus un simple excès quantitatif [d'humeurs] que doit prévenir la sobriété : elle est désordre, dégradation interne avec ses progressions et ses focalisations »⁶⁰. Si le régime devient donc un sujet de discussion, celui-ci ne vise donc pas encore l'amaigrissement, mais plutôt la propension de certains aliments à apporter du tonus au corps⁶¹. En inscrivant l'obésité dans l'horizon d'une obsession générale de l'amollissement, cette nouvelle approche va avoir un impact épistémologique important : « ce thème des faiblesses conduit insensiblement à installer la grosseur en général dans la catégorie des maladies »⁶². Caractérisant une conception pathologique de la grosseur, le terme « obésité » défini dans le *Dictionnaire universel* de Furetière de 1701 comme « un terme de médecine » renvoyant à « l'état d'une personne trop chargée de graisse ou de chair »⁶³ va dès lors se généraliser au courant du 18^{ème} siècle.

À une époque valorisant l'acuité des sens, la réactivité comme un signe d'esprit et de sensibilité de l'être, la corpulence excessive est perçue comme une marque d'apathie, de léthargie, d'incapacité à

⁵⁵ Ibid., p. 217.

⁵⁶ Buffon, G. L., *De l'homme, Œuvres complètes*, Paris, 1836 (1^{re} éd. 1749-1767, addition de 1777), t. IV, p. 102, cité dans Ibid., p. 132.

⁵⁷ Vigarello, George, Op. Cit., 2010, p. 131.

⁵⁸ Ibid. p. 131.

⁵⁹ Pour reprendre l'expression de Fraser, Pierre, « Les conditions d'émergence de la lutte contre l'obésité », *Thèse de sociologie*, Université Laval, Québec, 2016, p. 70.

⁶⁰ Vigarello Georges, Op. Cit. 2010, p. 144-145.

⁶¹ Ibid., p. 161.

⁶² Ibid., p. 144.

⁶³ Furetière Antoine, *Dictionnaire Universel*, article « Obésité », 1701, cité dans Vigarello Georges, Ibid., p. 144.

jouir de la vie. Témoignant d'une crainte généralisée de l'amollissement, la critique du « trop gros » se fait plus médicale, plus vitaliste, et porte alors sur le relâchement corporel, relié à la mollesse, à la somnolence et à l'incapacité sexuelle⁶⁴. Profilant déjà la direction que prendra l'idée de dégénérescence de Buffon lorsqu'elle croisera l'idéologie scientiste du progrès du 19^{ème} siècle, un discours nouveau se construit autour du lien entre excès de graisse et perte de faculté générative mettant ainsi en péril l'espèce⁶⁵. L'individu obèse est affligé d'un manque de réactivité du membre viril, qui est en fait un symbole d'un manque plus général de ressorts internes. La progressive médicalisation de l'obésité, au lieu de « démoraliser » la question, ne fait alors, comme on le voit, que déplacer, voire intensifier, le jugement moral sur le « gros ».

Parallèlement, on voit apparaître de premiers repères « sociologiques » dans les représentations esthétiques du corps, où on commence à « diversifier les contours, tout en désignant physiquement des distinctions, celles allant du noble au roturier, du maître au serviteur, du dominant au dominé, du corps replet au corps émacié »⁶⁶. Les iconographies de l'époque s'appliquent ainsi à représenter la diversité des morphologies dans la réalité de la vie quotidienne pour mieux rendre compte de la stratification de la société. Les volumes du corps deviennent une expression de l'individualité de la personne et de sa position sociale. L'idée nouvelle de *silhouette*, renvoyant au gabarit général d'une personne, à une allure particulière, s'affirme ainsi vers la fin du siècle pour devenir un objet de catégorisation sociale⁶⁷. On voit également se différencier deux « univers de la silhouette »⁶⁸ en fonction du genre: si l'embonpoint masculin (le « gros ventre »), signe d'opulence et de réussite sociale, est de bon goût⁶⁹, le corps féminin se doit quant à lui de présenter « un joli embonpoint bien proportionné »⁷⁰, c'est-à-dire une poitrine abondante et des hanches évasées, mais une taille fine.

⁶⁴ « Originalité plus grande : l'engourdissement de l'obèse est autrement expliqué, suggérant une absence de ressort là même où l'empirisme des Lumières a fait de l'acuité des sens un signe majeur de l'acuité des êtres. George Cheyne évoque l'un des premiers ce déficit particulier dans une longue confession, autour de 1730, mêlant le sentiment de grosseur à un sentiment d'insensibilité : l'impression de « devenir de jour en jour plus gros » et celle de perdre toute réactivité au point de n'être que 'léthargie et apathie' (*lethargic and listless*) », Ibid., p. 147.

⁶⁵ De manière intéressante, Pierre Fraser soulève comment ce discours de la capacité sexuelle liée à la minceur retentit aujourd'hui lorsqu'il est supposé (par exemple dans les émissions de télé-réalité américaine telles que *The Biggest Loser*) que la surcharge pondérale empêche d'avoir une vie sexuelle accomplie ou de trouver l'amour. Voir Fraser, Pierre, Op. cit. 2016, p. 63.

⁶⁶ Vigarello, George, *La silhouette*, Paris : Seuil, 2012, p. 26.

⁶⁷ Ibid., p. 26.

⁶⁸ Fraser, Pierre, Op. Cit. 2016, p. 68.

⁶⁹ Bien qu'elle puisse aussi faire l'objet de dénonciations collectives. L'embonpoint des nantis, notamment des nobles et des abbés, peut en effet traduire, à la fin du 18^{ème} siècle, leur rapine et leur inefficacité, les renvoyant à une image de « profiteurs ». Voir Vigarello, Op. Cit., 2010, « La Critique des 'nantis' » p. 150-151.

⁷⁰ De Voyer Argenson, R.L. *Journal et mémoires du Marquis d'Argenson, tome 4*, Paris : Société de l'histoire de France, 1862, p. 174, cité dans Fraser, Pierre, Op. Cit, 2016, p. 69.

Du fait que la corpulence reste, dans la culture du 18^{ème} siècle, associée à la richesse, à l'opulence et au pouvoir, elle est aussi fréquemment employée comme un symbole figurant la cupidité des classes dirigeantes. La critique révolutionnaire s'accompagne ainsi de la production de caricatures représentant la figure royale, ainsi que, par association, l'ensemble des membres de la royauté, du clergé et de la bourgeoisie, en corps repus gigantesques, suggérant une dévoration de possessions usurpées, ainsi que leur indifférence envers la souffrance du peuple qu'ils sont censés défendre (voir fig. 2.)⁷¹. À ce sujet, on remarque toutefois que la menace sociétale symbolisée n'est pas encore imaginée venir des personnes corpulentes *elles-mêmes*, la corpulence agissant seulement comme métaphore de la corruption politique. Il faudra ainsi attendre la fin du 19^{ème} siècle pour voir apparaître les premières moqueries portant sur le « gros ordinaire », sur des personnes corpulentes réelles de la classe moyenne. Si cette stigmatisation de l'obésité ordinaire peut être interprétée comme le simple aboutissement d'une progressive démocratisation de la corpulence vers les classes moyennes, elle est également le résultat des transformations sociétales et culturelles amenées par la standardisation croissante des espaces du corps, dans laquelle la science joue, comme on va le voir, un rôle central.

II. La modernité industrielle : de l'invention du corps normal à la stigmatisation de la corpulence ordinaire

2.1. L'entrée de l'obésité dans le champ du biopouvoir : ouvrir le corps obèse au regard clinique, normaliser le poids par la statistique

Connaissant un développement sans précédent au 19^{ème} siècle, la médecine voit ses méthodes se préciser et sa pratique se techniciser davantage. La nouvelle nomenclature chimique de Lavoisier (1787) et les premières théories énergétiques de la fin du 18^{ème} siècle inaugurent l'entrée de l'excès de graisse dans le champ scientifique en renouvelant la compréhension des substances grasses, qu'on appréhendait depuis l'Antiquité à travers la théorie des humeurs. Dominée par la métaphore du « moteur humain » brillamment analysée par l'historien Anson Rabinbach⁷², la médecine de l'époque conceptualisera alors le corps comme une « machine totale dont la force unique tiendrait à une combustion »⁷³, et les aliments comme son combustible premier. Le principe calorique apparaît à l'intérieur de ce modèle machinique. Reposant sur le modèle de la combustion physiologique de la

⁷¹ Vigarello, Op. Cit., 2010 p. 248.

⁷² Rabinbach, Anson, *Le moteur humain. L'énergie, la fatigue et les origines de la modernité* (1^{re} éd. 1992), Paris, La fabrique, 2004.

⁷³ Vigarello Georges, Op. Cit, 2010, p. 196.

matière en énergie, l'énergie calorifique est ce qui permet de faire fonctionner le « corps-machine » du travailleur sur lequel repose tout le projet de l'industrialisme moderne⁷⁴. En faisant du métabolisme le régulateur des entrées et des apports (l'alimentation) et des dépenses et des sorties (l'activité physique), le principe calorifique transforme alors radicalement la compréhension médicale de la graisse, désormais définie comme un excès de matière non brûlée se faisant adiposité de réserve, stockée dans le corps⁷⁵. Comme le souligne Vigarello, il ne s'agit désormais plus « de sécrétion excessive, mais de filtrage insuffisant »⁷⁶. En éloignant l'explication médicale de l'obésité du savoir populaire et commun, cette entrée de la graisse dans le champ de la science moderne et du paradigme énergétique génère tout à coup un fort intérêt médical autant pour ses manifestations les plus impressionnantes, que pour ses conséquences vitales.

À mesure qu'il entre dans le champ de la médecine scientifique et qu'il se confronte à l'idéal du « corps normal » qui se profile à la confluence des deux axes du biopouvoir décrits par Michel Foucault, le regard sur le corps « gros » se voit alors radicalement transformé. Selon Foucault, la fin du 18^{ème} siècle aurait été le théâtre de profondes transformations au niveau des stratégies mobilisées par l'État souverain afin d'exercer son autorité sur ses sujets. Passant d'un pouvoir exercé à travers une prise directe sur le corps à une forme de pouvoir normalisatrice, le biopouvoir prend deux formes distinctes, mais complémentaires. Partie prenante d'une logique de réhabilitation des individus visant à mieux les intégrer aux systèmes de production industrielle, la discipline vise à rendre les corps *visibles* afin de pouvoir évaluer, mesurer et corriger les écarts à la norme. Elle cherche ainsi à ordonner et standardiser l'espace du corps, qu'il s'agisse des espaces organiques du « corps matière » individuel ou des espaces sociaux dans lesquels ce corps s'inscrit. L'autre forme que prend le biopouvoir est celle d'une puissance *régulatrice*, s'exerçant à l'échelle de la population à travers l'institutionnalisation de procédures quantitatives permettant de mesurer et de gérer de larges mouvements de populations (natalité, alcoolisme, délinquance, maladie, etc.) en vue de maximiser leurs forces productives. Dans cette nouvelle configuration du pouvoir, la médecine moderne joue un rôle central puisqu'elle permet autant de visualiser, mesurer et réduire l'écart à une normativité organique au niveau du corps

⁷⁴ Notons que c'est cette conception du métabolisme est à l'origine du modèle énergétique à travers lequel on explique encore aujourd'hui le surpoids, soit comme le résultat d'un rapport déséquilibré entre une consommation alimentaire trop importante, calculée en termes d'apport calorifique, et des activités physiques insuffisantes, calculé en termes de dépense calorifique.

⁷⁵ Vigarello Georges, Op. Cit., 2010, p. 199.

⁷⁶ Ibid., p. 195. Cela aura bien sûr des conséquences significatives sur les interventions imaginées pour combattre l'excès de poids, comme on le verra avec l'explosion des pratiques d'amaigrissement basées sur un principe de réduction calorifique dès la seconde moitié du 19^{ème} siècle.

individuel, que de soutenir des stratégies d'administration des populations en réduisant les déviations individuelles aux normes sanitaires statistiquement établies à une échelle populationnelle⁷⁷.

Parce que ce sont premièrement les territoires organiques du corps obèse qui sont rendus visibles et explorés par l'anatomie pathologique, c'est d'abord à travers une normativité de type fonctionnelle que la médecine évalue le corps « trop gros ». La naissance d'un point de vue clinique sur l'obésité se fait progressivement. Portant d'abord un regard de type classificatoire sur la condition, la médecine la regarde en premier lieu comme une « anomalie, comme une déviation du type normal à la fois apparente et grave »⁷⁸. La pensée taxinomique du début du siècle va ainsi définir la « polysarcie », c'est-à-dire l'« embonpoint excessif » (correspondant, selon le sociologue Jean-Pierre Poulain à ce que la médecine nomme aujourd'hui l'obésité « morbide »⁷⁹) comme une infirmité, ou encore une « monstruosité »⁸⁰. L'obésité extrême commence ainsi par être définie comme hors-norme, antinomique à la normativité même du vivant. C'est d'ailleurs de cette manière, en tant que monstruosité, que l'obésité la plus sérieuse sera également discutée dans le registre classificatoire des anomalies corporelles d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, fils du fondateur de la science tératologique⁸¹. La monstruosité que constitue le « développement excessif du tissu adipeux » chez les cas d'obésité discutés (on parle ici de cas d'individus pesant entre 400 et 650 livres), s'il peut être expliqué par le mode de vie des classes aisées, peut aussi constituer une anomalie de naissance, notamment chez les plus pauvres⁸².

Sortant l'obésité d'une réflexion médicale sur l'exceptionnalité corporelle, la médecine cherchera par la suite à identifier son siège organique. L'anatomie pathologique, cherchant à localiser les

⁷⁷ Comme l'exprime Foucault : « La médecine, c'est un savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps et sur la population, sur l'organisme et sur les processus biologiques, et qui va donc avoir des effets disciplinaires et des effets régularisateurs » Michel Foucault, *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France. 1976*, Paris, Gallimard/Seuil, 1997, p. 225.

⁷⁸ Poulain, Jean-Pierre, « La médicalisation de l'obésité », *Sociologie de l'obésité*, Presses Universitaires de France, 2009, p. 157.

⁷⁹ Ibid., p. 157.

⁸⁰ Ibid., p. 157.

⁸¹ Voir: Durbach, Nadja, *The spectacle of Difformity. Freak Shows and modern British Culture*, Berkeley: University of California Press, 2010, p. 22.

⁸² Isidore, Geoffroy Saint-Hilaire, *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et chez les animaux*, Paris : Librairie de l'académie royale de médecine, 1832, p. 90-91 : « si l'obésité se produit le plus souvent après la naissance, soit dans la jeunesse ou dans l'enfance, soit surtout dans l'âge mûr, l'excessif développement du tissu adipeux peut aussi être une véritable anomalie congénitale. [...] ce développement excessif peut s'observer non-seulement chez les personnes menant une vie oisive et usant habituellement d'aliments très nutritifs et très abondants, mais aussi chez celles qui vivent dans la misère et la fatigue. On doit donc attribuer cette anomalie, non seulement au genre de vie et de nourriture (dont l'influence n'est d'ailleurs pas douteuse), mais aussi à une prédisposition résultant d'une modification quelconque de l'organisation ».

pathologies, pratiquera des autopsies sur des cadavres de malades obèses pour analyser les lésions organiques et vitales associées à l'excès de graisse. Étudiant pour la première fois les corps très volumineux dans leur intimité organique, les chirurgiens vont établir l'existence d'un dysfonctionnement au niveau de l'organisation normale des tissus⁸³. À mesure que l'anatomie amorce le développement d'une connaissance clinique des effets de la graisse, l'adiposité excessive est redéfinie comme une déformation « morbide » de l'anatomie. Le gras change de nature : matière pathologique, il constitue désormais un mal sournois portant atteinte à l'intégrité organique du corps⁸⁴. L'obésité, en entrant ainsi dans l'univers du normal et du pathologique, devient dès lors une anomalie, une déviation pathologique à la *normativité fonctionnelle* du corps. Au moment de l'avènement des unités de mesure standardisées et universellement admises, cette curiosité médicale pour les anatomies « excessives » s'accompagne par ailleurs d'un usage de plus en plus fréquent du chiffre pour mesurer les épaisseurs de graisse et cartographier ainsi le corps obèse⁸⁵.

Bien que l'excès de graisse ait été constitué comme un domaine d'intérêt clinique et que l'usage de la mesure chiffrée se généralise peu à peu, la médecine ne détient toutefois pas encore de balises claires pour déterminer à quel moment l'excès de graisse se mettrait à compromettre la santé, à quel stade le corps deviendrait « trop gros ». C'est l'exploration de l'univers statistique et la généralisation de la liaison taille-poids dans le deuxième tiers du 19^{ème} siècle qui permettront de quantifier l'excès adipeux et d'interroger les seuils de basculement entre le normal et le pathologique. Dans la continuité de l'axe *régulateur* du biopouvoir, les milieux administratifs et scientifiques commencent en effet à appliquer les techniques du calcul probabiliste à l'étude des phénomènes globaux traversant le corps social et à rapporter ceux-ci à des moyennes. Le mathématicien Adolphe Quetelet, considéré comme le père fondateur de cette statistique sociale, est alors le premier à avancer, en 1832, qu'à chaque taille correspondrait un poids moyen, consolidant ainsi l'idée d'un poids « normal » permettant de chiffrer

⁸³ Vigarello, 2010, Op. Cit., p. 324-325 : « Les cadavres de malades obèses sont alors autrement observés. Les atteintes de leurs tissus sont autrement relevées. L'évaluation ne vise plus seulement les lieux de dépôts graisseux, par exemple, leur forme ou leur ampleur, elle s'étend aux déformations intimes, aux volumes comparés des organes, à leurs compressions subies, leur gonflement ou leur écrasement. L'atteinte latente, son désordre caché en sont autrement évalués ».

⁸⁴ On insiste à plusieurs reprises dans les traités médicaux sur les ravages causés par le gras en insistant sur le risque de « congestion cérébrale » lié à la dégradation des artères ou encore de « mort subite », liée à l'état du cœur. *Ibid.*

⁸⁵ *Ibid.*, p. 292 : « Rien de plus formel sans doute que ces chiffres de Guillaume Dupuytren, explorant la présence de la graisse jusque sur les oreilles, les paupières, les doigts... Ils suggèrent pourtant, sourdement, une topographie : les 4 pouces sur la région pubienne, par exemple, s'opposent au 1 pouce sur l'abdomen, les 4 pouces sur la région des hanches s'opposent au 1 pouce sur l'acromion, autant d'indices confirmant un alourdissement tendant vers le bas ».

les écarts que les individus entretiennent avec la moyenne⁸⁶. Cette nouvelle échelle de mesure transformera progressivement la définition de la corpulence : on ne sera désormais plus uniquement jugé « trop gros » au regard d'un idéal esthétique du corps, mais au regard d'une normativité entièrement fondée sur le chiffre. C'est l'invention de l'idée d'*homme moyen*, nouveau « type idéal »⁸⁷ statistiquement construit au regard duquel tous les écarts et les variations pourront alors être définis comme autant d'anomalies réelles, de difformités objectives. Tandis que les sociétés modernes avaient jusqu'ici façonné le corps en fonction d'idéaux moraux ou esthétiques, Quetelet propose ainsi un nouvel idéal du corps dénué de tout jugement de valeurs extérieures à son propre réalisme mathématique, qui se diffusera progressivement dans les sociétés industrielles modernes :

« Si l'homme moyen était parfaitement déterminé, on pourrait, comme je l'ai fait observer déjà, le considérer comme le type du *beau*; et tout ce qui s'éloignerait le plus de ressembler à ses proportions ou à sa manière d'être constituerait les *difformités* et les *maladies*; ce qui serait dissemblable, non seulement sous le rapport des proportions et de la forme, mais ce qui sortirait encore des limites observées, serait monstruosité »⁸⁸.

Malgré les ambitions de Quetelet, le poids « moyen » n'a pour le moment pas de portée directement esthétique ou médicale, ses usages pragmatiques s'inscrivant dans une visée disciplinaire plus générale, visant à construire des espaces sociaux adaptés au corps « moyen » du travailleur afin de faciliter son intégration dans le système de production industriel: « Projet 'limité' pourtant, une fois pris en compte les mots d'Auguste Quetelet pour justifier ces calculs : mieux connaître la charge que doivent 'supporter certaines constructions' ; mieux connaître le 'poids personnel' de l'homme pour mieux agencer son travail [...] »⁸⁹. Le regard statistique concerne en effet à l'époque la santé des populations (par exemple les taux d'épidémie ou les effets de la vaccination sur des populations entières), est n'est pas encore utilisée par la médecine clinique, qui repose alors sur une normativité de

⁸⁶ Quetelet, Adolphe, *Recherches sur le poids de l'homme aux différents âges*, mémoire de l'Académie des sciences de Belgique, 1832.

⁸⁷ Quetelet, Adolphe, *Sur l'homme et le développement de ses facultés ou Essai de physique sociale*, 2 volumes, Paris : Bachelier, 1835, 2, p. 276. Comme le soulève Lorraine Daston: « Quetelet held up l'homme moyen as a literary, artistic, moral and intellectual ideal, literally the golden mean for a given society: the great man was he who subsumed his individuality in 'all of humanity, nature, and the universal order' », *Classical Probability in the Enlightenment*, Princeton, Nj: Princeton University Press, 1988, p. 385.

⁸⁸ Quetelet, 1932, Op. Cit., p. 266-276.

⁸⁹ Vigarello, Op. Cit., 2010, p. 296.

type qualitative⁹⁰. Or, en cette première moitié du 19^{ème} siècle, l'obésité ne constitue évidemment pas encore un problème de population, celle-ci restant encore le privilège rare des nantis⁹¹.

Si ce n'est véritablement que dans la première moitié du 20^{ème} siècle que la normativité fonctionnelle du corps individuel et la normativité statistique du poids moyen, concorderont afin d'évaluer les écarts individuels au poids moyen comme des déviations du corps sain et idéal, il reste que cette inscription médicale et scientifique de l'obésité « extrême » dans le champ de l'anormal et la présence croissante de la mesure chiffrée dans l'évaluation du corps « gros » s'inscrit déjà dans une évolution plus large des représentations du corps dans les sociétés modernes. Et cette évolution culturelle du regard sur le corps et la différence corporelle constitue en retour, comme on va maintenant le voir, une étape importante vers la pathologisation et la stigmatisation de l'obésité « ordinaire », qui débute dans la deuxième moitié du 19^{ème} siècle.

2.2. Vers la construction moderne de la différence corporelle : l'extrême grosseur entre exception prodigieuse et déviation de la norme

Témoignant d'une curiosité croissante pour la science, l'Europe et les États-Unis populariseront à partir du 19^{ème} siècle une activité de divertissement familial réunissant l'ensemble des classes sociales : les spectacles de « phénomènes vivants »⁹². Si la présence de personnes grosses est souvent omise dans les écrits sur le « *freak show* »⁹³, les archives historiques indiquent leur présence récurrente dans les foires et les cirques dès le début du 19^{ème} siècle aux côtés d'hermaphrodites, de nains, de géants, de femmes à barbe, de sœurs siamoises et autres artistes de spectacle (voir Fig. 3)⁹⁴.

⁹⁰ La normativité mathématique n'est pas encore associée à l'idée d'une bonne santé. Des débats internes divisent en effet à l'époque le milieu médical autour de la possibilité même d'adopter la normalité de type statistique dans l'appréhension du vivant. À ce sujet voir, Clyde, Peter et Elizabeth Stephens, *Normality: A Critical Genealogy*, Chicago et Londres: The University of Chicago Press, 2017, p. 16-17.

⁹¹ Il faudra ainsi attendre que l'obésité se démocratise à partir de la seconde moitié du 19^{ème} siècle pour que les statistiques sur le poids commencent à être utilisées par les médecins afin d'établir des degrés de sévérité et de pouvoir visualiser sa distribution différenciée dans l'espace social. Et ce sera seulement en conséquence de la généralisation des premiers tableaux d'équivalence poids-taille par les compagnies d'assurance-vie américaines dans les années 1930, que le surpoids sera redéfini comme un problème public méritant toute l'attention de la statistique médicale.

⁹² Si on identifie la présence de « freaks » dans des foires et tavernes dès la Renaissance, la pratique des « phénomènes vivants » se développe véritablement au cours du 18^{ème}, pour finalement devenir extrêmement populaire au 19^{ème}. Voir: Durbach, Nadja, Op. Cit., 2010; Bogdan, Robert, *Freak Show. Presenting Human Oddities for Amusement and Profit*, Chicago: The University of Chicago Press, 1970.

⁹³ Écrits s'inscrivant généralement dans le champ des *disability studies*.

⁹⁴ C'est dès la fin du 18^{ème} siècle qu'apparaissent dans les foires d'exposition des anatomies très grosses, comme Jules Vallés par exemple. À ce sujet, voir : Vigarello, Op. Cit. 2010, « gras » p. 418; Courtine, Jean-Jacques, « Le corps anormal : histoire et anthropologie culturelle de la difformité », dans Corbin, Alain, Jean-Jacques Courtine et Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps. Les mutations du regard*, Paris: Points, 2005, p. 202.

Parmi les plus célèbres de la période, on peut nommer Daniel Lambert, Jack Eckert, Hannah Perkins Battersby, Ruth Pontico, Celesta Guyer ou l’esclave affranchie Winnie Johnson. Ceux-ci performaient généralement sous des noms de scène soulignant leur volume, et parfois le caractère jovial ou enfantin supposé y être associé, comme « Fat Dan », « Baby Ruth », « Jolly Irene », « Dolly Dimples » « Ima Waddler » ou « Happy Jack Eckert »⁹⁵. Ces spectacles exploitaient généralement le caractère embarrassant, voire ridicule, de ces corporalités hors-normes, la façon dont elles peinaient à s’intégrer, à la fois littéralement et figurativement, dans l’environnement construit (elles sont ainsi fréquemment exposées en position assise, dans des chaises trop petites) et le monde des personnes de taille normale⁹⁶. Le succès de la représentation dépendant de la nature spectaculaire des « curiosités » qui s’y trouvaient, nombreux sont les cirques et les « musées à 10 sous » (*dime museum*), qui se livraient d’ailleurs à une concurrence acharnée pour retenir les personnes « grosses » qui avaient le plus de succès dans leur numéro. Selon l’historienne Andrea Stulman Dennet, un certain George Middleton, propriétaire d’un musée de curiosité, témoignait dans ses mémoires que s’il versait généralement un salaire de vingt-cinq à cinquante dollars par semaine aux « grosses femmes » qu’il engageait, il pouvait payer beaucoup plus si une « curiosité très spéciale » se présentait. C’était notamment le cas de « *Winny, the Fat Negress* » (Winnie Johnson), qu’il payait au salaire de trois cents dollars par semaine⁹⁷. La valeur des corps exposés dépendait ainsi de l’articulation entre diverses catégories de la différence sociale, la corpulence, mais aussi le genre et la race.

L’exposition récurrente des personnes « grosses » dans les spectacles de monstres a été interprétée comme l’expression d’une nouvelle fascination culturelle pour les limites des proportions humaines dans le contexte de l’essor de l’autorité médicale et des savoirs arithmétiques dans les sciences⁹⁸. Cette fascination traduit également la manière dont la standardisation croissante de l’espace public du fait de l’industrialisation mène de plus en plus à considérer comme « anormales » les

⁹⁵ Cantrell, Amber, « Freaking fatness through history: critical intersection of fatness and disability », *Chrestomathy*, 12, 2013. Comme le soulève Rosemarie Garland-Thompson, ces corporalités aberrantes étaient largement « fabriquées » par les artistes eux-mêmes à partir de leurs différences corporelles. Ceux-ci adoptaient ainsi des techniques d’exhibition (incluant des costumes, la chorégraphie, ainsi que du matériel de soutien comme des photos souvenirs ou des brochures) dans le but d’apparaître comme des « monstres de curiosité » aux yeux du public. Voir, Garland-Thomson, Rosemarie, *Freakery: Cultural spectacles of the extraordinary body*, New York: Columbia University Press, 2017, p. 7.

⁹⁶ Farrell, Amy Erdman, *Fat Shame. Stigma and the Fat Body in American Culture*, New York: New York University Press, 2011, p. 34.

⁹⁷ Stulman Dennett, Andrea, *Weird and wonderful. The Dime Museum in America*, New York: New York University Press, 1997, p. 68.

⁹⁸ Huff, Joyce, « Freaklore. The Dissemination, Fragmentation, and Reinvention of the Legend of Daniel Lambert, King of Fat Men », dans Marlene, Tromp (dir.), *Victorian Freaks: The Social Context of Freakery in Britain*, The Ohio State University Press, 2008; Durbach, Nadja, Op. Cit., 2010.

corporalités les moins adaptées aux environnements construits pour répondre aux besoins du corps « moyen » du travailleur⁹⁹. Mais plus largement, cette présence me semble pouvoir être interprétée à la lumière des transformations culturelles plus profondes du rapport aux corporalités « exceptionnelles », en lien à la constitution de l'individualité moderne. Certains auteurs, notamment Rosemarie Garland Thompson, Nadja Durbach et Jean-Jacques Courtine, affirment en effet que la figure du « monstre » illustre les mutations du regard porté sur le corps « anormal » associées au passage des sociétés traditionnelles aux sociétés modernes, animées par un projet d'égalisation des conditions sociales. Comme l'exprime Courtine : « la formation des sociétés de masse avait réclamé l'instauration d'une norme corporelle brute, qui trouvait dans la monstruosité exposée l'anti-modèle qui la légitimait. Face au monstre, tous étaient normaux, et semblables »¹⁰⁰. Selon Durbach l'affirmation du caractère démocratique de la société va positionner la corporalité « extraordinaire » comme une forme d'humanité liminale interrogeant les frontières entre les sexes, les races, les espèces et les civilisations en voie de consolidation au sein d'une société moderne se réfléchissant de plus en plus au regard de la norme scientifique¹⁰¹. La fascination exercée par le « spectacle de monstres », la sensation de vertige qu'il génère chez les spectateurs, tiendrait ainsi au caractère transgressif de certaines corporalités « exceptionnelles » dans le contexte d'une société de plus en plus influencée par la « frénésie taxinomique »¹⁰² animant une autorité médicale en essor. Plus largement, son succès aurait donc découlé de l'espace réflexif, sinon pédagogique, qu'il offrait aux spectateurs de l'époque pour négocier ce que signifiait « être normal » (où la normalité finit-elle pour laisser place à la monstruosité?), et par extension, être un sujet et un citoyen moderne, à un moment critique de la structuration des sociétés modernes¹⁰³.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Courtines, Jean-Jacques, « La normalisation des corps : monstruosité, handicaps, différences », dans Chouvier, Bernard et René Roussillon (dir.), *Corps, acte et symbolisation. Psychanalyse des frontières*, De Boeck Supérieur, 2008, p. 109-121.

¹⁰¹ Durbach, Nadja, *Op. Cit.*, 2010. Comme le soutient également Foucault : « Le monstre, c'est le mixte [...]. Transgression, par conséquent, des limites naturelles, transgression des classifications, transgression du tableau, transgression de la loi comme tableau : c'est bien de cela, en effet, qu'il est question dans la monstruosité », Foucault Michel, « Cours du 22 janvier 1975 », *Les Anormaux- Cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris Gallimard / Seuil, 1999, p.58-59.

¹⁰² Durbach, Nadja, *Op. Cit.*, 2010, p. 3. D'ailleurs, les médecins et chirurgiens de l'époque sont fréquemment sollicités par les entrepreneurs de « phénomènes vivants » afin de vérifier l'authenticité de l'exceptionnalité des corps exposés et témoigner de leur bonne condition de santé; cette exceptionnalité ne devant en effet pas être la simple conséquence d'une maladie, mais constituer une forme de mystère inexplicable, échappant précisément à l'explication scientifique et médicale. À ce sujet, voir *Ibid.*, p. 27.

¹⁰³ *Ibid.*, p. 183: « *Much more than a skeleton best left undisturbed in the closet of Britain's past [...] [the freak show] was a significant cultural institution that both explicitly and implicitly engaged in producing and reproducing ideas about the nation and the self at a key moment in the making of modernity* ».

En ce sens, la mise en spectacle de la grosseur extrême comme « monstruosité » semble traduire l'émergence progressive d'une nouvelle manière d'interpréter la différence physiologique au sein des sociétés modernes, qui aura de fortes conséquences sur la manière dont l'obésité « ordinaire » commencera à être problématisée à partir de la seconde moitié du 19^{ème} siècle. En identifiant la grosseur exceptionnelle comme l'exagération grotesque d'une humanité classifiable par la science, sinon d'une typologie normale, elle met en tension une lecture plus ancienne de l'exceptionnalité corporelle comme phénomène prodigieux et signe de distinction sociale, avec une nouvelle lecture « égalitariste » de la différence corporelle¹⁰⁴. C'est cette seconde lecture, pleinement moderne, qui s'imposera progressivement dans les sociétés modernes en venant réduire les écarts normatifs et atténuer les hiérarchies somatiques, de sorte qu'il deviendra paradoxalement de plus en plus facile d'être jugé « gros » et stigmatisé en conséquence. Le spectacle de la grosseur extrême opérait déjà une ridiculisation publique du « gros », captivait ses spectateurs précisément parce qu'il mettait en scène une expérience corporelle unique et étrange, fort éloignée de l'expérience ordinaire de la personne ordinaire. Or, cette insistance sur le « très gros » comme difformité singulière va, comme on va le voir, se déplacer à la fin du 19^{ème} siècle pour venir marquer la naissance et l'essor tout au long du 20^{ème} siècle, d'une stigmatisation de la corpulence ordinaire.

Les spectacles tératologiques ne prendront fin qu'au début du 20^{ème} siècle, époque de médicalisation des déviations anatomiques où celles-ci seront définitivement déplacées de l'espace public du divertissement et de la curiosité populaire à celui de la science et du pathologique, menant à une diminution des naissances « anormales » et à des traitements efficaces de ces conditions¹⁰⁵. La montée d'une sentimentalité compassionnelle face à la difformité corporelle directement causée par la Grande guerre (avec l'apparition des « gueules cassées » dans l'espace public), et de l'émergence du mouvement pour les droits des personnes handicapées à la même époque, va incliner le public à dénigrer ces spectacles comme les vestiges archaïques d'une époque révolue¹⁰⁶. L'essor de cette

¹⁰⁴ Selon Garland-Thomson, le *freak show* exprime en effet le passage d'une conception de l'exceptionnalité physiologique comme phénomène prodigieux et vecteur de distinction, à un récit de la singularité comme simple déviance à corriger. Rosemarie Garland Thomson, Op. cit. 1997, p. 17: «*Straddling the ideologies of the traditional and the modern, the freak show manifested a tension between the older mode that read particularity as a mark of empowering distinction and a newer mode that flattened differences to achieve equality. In such a liminal space, the domesticated freak simultaneously embodied exceptionality as a marvel and exceptionality as anomaly, thus posing to the spectator the implicit political question of how to interpret differences within an egalitarian social order?*».

¹⁰⁵ Backstrom, Laura, « From the Freak Show to the Living Room: Cultural Representations of Dwarfism and Obesity », *Sociological Forum*, vol. 27, n°3, 2012, p. 683.

¹⁰⁶ À ce sujet, voir: *Ibid.*; Couder, Oliver, « La construction du regard moderne sur le handicap », dans *Présence du handicap dans le spectacle vivant*, Paris : Éres, 2020, p. 135-150; Courtine, Jean-Jacques, « Le corps anormal, histoire et

affectivité compassionnelle face à la différence corporelle, bien que participant à son « intégration dans la communauté des corps ordinaires »¹⁰⁷, aura cependant, comme on le verra, pour effet paradoxal d'abaisser encore davantage les seuils à partir desquels celle-ci serait perçue et ainsi d'augmenter la gêne, les évitements, voire le malaise face à l'extrême grosseur¹⁰⁸. Mais revenons maintenant à l'époque industrielle qui nous occupe ici.

2.3. L'obésité ordinaire comme dégénérescence ou la sublimation de la minceur comme marqueur de virilité

Si au début du 19^{ème} siècle, le regard médical et la curiosité populaire ne s'intéressent toujours qu'aux formes « exceptionnelles » de l'obésité, des degrés dans l'appréhension de la corpulence vont progressivement se dessiner dans la deuxième moitié du siècle. L'obésité sort peu à peu de l'univers de l'exceptionnalité au moment où les cas d'obésité plus ordinaires se multiplient. L'exode rural caractérisant la période mène à un mode de vie plus sédentaire, tandis que la production de la nourriture se libéralise et s'industrialise, améliorant la quantité de nourriture disponible, mais pas nécessairement sa qualité¹⁰⁹. Face à des corps qui se transforment, qui deviennent plus lourds, plus corpulents, le milieu médical commence à mobiliser le rapport chiffré entre la taille et le poids proposé par Quetelet au début du siècle. On distingue ainsi une « petite », une « moyenne » et une « grande » obésité, distinctions établies en rapport à un poids statistiquement « normal »¹¹⁰. L'évolution de l'univers de la statistique conduit également à différencier deux formes d'obésité : une obésité « occasionnelle », liée à l'excès alimentaire, et une obésité héréditaire (ou « atavique »), témoignant d'un déficit transmis par les parents. Or, en faisant de l'obésité un possible défaut vital, une potentielle prédisposition morbide, la médecine de la seconde moitié du 19^{ème} siècle l'inscrit ainsi dans la thématique de la dégénérescence¹¹¹. Il faut dire que si la grosseur concerne encore

anthropologie culturelles de la difformité » dans Corbin Alain, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps, 3. Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, Paris, Seuil, 2005, p. 209-271.

¹⁰⁷ Courtine, Jean-Jacques, 2008, Op. Cit. p. 116.

¹⁰⁸ Selon Vigarello en effet : « la montée de la compassion conduit à considérer tout autrement les infirmités anatomiques. Leur spectacle n'est plus que souffrance, leur aspect n'est plus que figure insoutenable [...] Leur réalité n'appartient plus qu'à la science, et non plus à la curiosité amusée [...] « Le « gros » naît plus tôt dans ses formes discrètes, l'extrême », pour sa part, ne peut plus être regardé » dans Vigarello, Georges, 2010, Op. Cit. p. 421.

¹⁰⁹ À ce sujet, voir Anthony Wilson, *The industrial diet: the degradation of food and the struggle for healthy eating*, UBC Press, 2013.

¹¹⁰ Vigarello, George, 2010, Op. Cit, p. 395.

¹¹¹ Dont l'idée a initialement été introduite par Buffon en 1776 afin d'expliquer la variété du vivant, avant d'être systématisée par Francis Galton en 1883. Voir, Percheron, Bénédicte, « Le corps dégénéré : des textes scientifiques à la littérature française du XIX^{ème} siècle », *Arts et Savoirs*, 2, 2016 et Georges-Louis Leclerc, Comte de Buffon, *Histoire naturelle, générale et particulière avec la description du cabinet du roi*, Paris, imp. Royale, 1766, t. XIV, p. 311.

majoritairement les nantis, son glissement graduel des classes aisées vers les classes populaires est en voie de transformer la signification sociale et culturelle attachée à l'excès de poids et d'en faire un problème de civilisation. L'obésité devient épuisement nerveux, fatigue généralisée, décadence de la nation moderne.

Avec l'essor du mouvement hygiéniste et la généralisation du recours à la thèse dégénérative pour expliquer l'ensemble des problèmes sociaux de l'époque (la maladie, la folie, la criminalité, la déviance sexuelle, l'alcoolisme, etc.), l'augmentation générale du poids corporel ne manque pas en effet de devenir un autre signe de la dégénération du prolétariat urbain, alors considérée comme une « classe dangereuse » menaçant le progrès capitaliste moderne. En découplant géographiquement la répartition de la graisse dans la population, la statistique découpe, isole en retour des populations spécifiques dans le bassin urbain : les « prisonniers », les « prostituées » et les « dames de maison » se démarquent alors par leur chair excessive¹¹². Les causes de cet excès adipeux sont dès lors directement attribuées à l'emploi que les personnes occupent, aux activités qu'elles pratiquent, à un milieu de vie, soit à tout ce qui permet de catégoriser les individus et d'indiquer leur position sociale. On n'est plus obèse par luxe ou simple « excès », l'obésité rend désormais compte des conditions de vie de l'homme moderne. Elle traduit un mode de vie sédentaire, des pratiques alimentaires désorganisées, des espaces domestiques malsains. Le médecin hygiéniste Alexandre Parent du Châtelet, qui attribue la présence de cet excès graisseux chez les prostituées à la décadence, l'intempérance alimentaire et au manque de discipline, va ainsi jusqu'à suggérer leur régression au stade de l'animalité¹¹³.

Cette idée de dégénérescence, en transférant ainsi l'opprobre de l'excès de poids vers la classe prolétaire (où on trouve paradoxalement encore peu d'obésité relativement à la bourgeoisie montante), motivera le déploiement, et l'adoption par les hommes d'une classe moyenne en essor, d'interventions visant à lutter contre cette potentielle corruption du corps moderne et civilisé. Témoignant ainsi des anxiétés qui émergent autour d'une obésité « mondaine »¹¹⁴ fragilisant la constitution du mâle moderne, l'explosion des régimes alimentaires et des programmes d'éducation physique au milieu du 19ème siècle va participer de la reconfiguration des modèles de corporéité masculine¹¹⁵ et renforcer l'aversion

¹¹² Parent-Duchâtelet, A.J. B. *De la prostitution dans la ville de Paris sous le rapport de l'hygiène*, 2ème édition, revue et corrigée, tome 1, Paris : Baillière, 1837, p. 195.

¹¹³ « Il faut attribuer cet embonpoint souvent remarquable des prostituées, à la grande quantité de bains chauds qu'elles prennent pour la plupart, et surtout à la vie inactive que mènent la plupart d'entre elles, à la nourriture abondante qu'elles se procurent. Indifférentes pour l'avenir, mangeant à chaque instant, consommant beaucoup plus que toutes les autres femmes du peuple qui travaillent péniblement, ne se levant qu'à dix ou onze heures du matin, comment, avec une vie aussi animale, n'engraisseraient-elles pas? », Ibid., p. 117.

¹¹⁴ Vigarello, Georges, 2010, Op. Cit., p. 393.

¹¹⁵ Voir Mosse, G., *L'image de l'homme : l'invention de la virilité moderne*, Paris, Abbeville, 1997.

envers le corps obèse. En matière d'éducation physique, le courant idéologique de la « chrétienté musculaire » (*muscular christianity*) se développe ainsi dans l'Angleterre industrielle, puis en Amérique du Nord et en France¹¹⁶, dans l'objectif de revigorer et de remasculiniser l'Église protestante, jugée trop efféminée et dominée par les valeurs féminines. Inquiétés par l'idée d'une perte de force et d'endurance virile causée par le déplacement des travailleurs ruraux vers les usines des grandes villes et l'adoption massive d'un mode de vie sédentaire, mais aussi par les revendications des femmes de la classe moyenne pour avoir accès à l'éducation et à la participation politique, le mouvement cherche à promouvoir l'éducation physique et la mise en forme musculaire comme une façon de purifier le corps, de restituer aux hommes leur identité perdue et de régénérer la puissance nationale. L'émergence des premières sociétés de gymnastique, comme le *Young's Men Christian Association* (YMCA)¹¹⁷ et la construction de nombreux gymnases des deux côtés de l'Atlantique dans la seconde moitié du siècle s'inscrit ainsi dans la volonté affichée de créer des « îlots de salubrité dans les espaces moralement et physiquement corrompus de la grande ville »¹¹⁸. Il s'agit de régénérer les énergies viriles de la nation en convertissant la jeunesse aux vertus d'une vie saine et sainte, loin des vices de l'alcool et de la pornographie¹¹⁹. Sous l'égide de cette nouvelle morale puritaine centrée sur le perfectionnement du corps, l'acquisition d'un corps masculin musclé et fort par la souffrance associée à l'effort physique et la discipline athlétique devient un témoignage d'une vie saine et pieuse. Le ventre affirmé du bourgeois, auparavant marqueur de prospérité et d'ascension sociale, n'indique plus qu'un manque de gouvernance de soi, d'autodiscipline et de contrôle. Désormais associée aux classes ouvrières, la graisse corporelle devient le signe d'un laisser-aller, d'un manque de piété, d'ordre et de morale; elle témoigne d'un corps inférieur, efféminé et non-civilisé.

La science émergente de la nutrition joue aussi un rôle important dans ce programme de lutte contre la dégénérescence causée par l'industrialisation et l'urbanisation, à laquelle l'obésité se voit désormais associée. En se popularisant sous la forme des régimes diététiques, la science nutritionnelle deviendra en effet un outil de régulation des corps permettant de renforcer le corps masculin, d'abord, puis, dès le début du 20^{ème} siècle, contenir de façon très singulière celui des femmes. Si certains régimes de santé sont déjà prescrits par les médecins à leurs patients jugés obèses, le rôle qu'y détiend

¹¹⁶ Baubérot, Arnaud, « De la vie sainte à la vie saine. Hygiène et sport dans les mouvements de jeunesse protestants, 1890-1914 », *Études théologiques et religieuses*, 2012/3, p. 279-291.

¹¹⁷ Fondée en 1844 en Angleterre, la formule du YMCA est rapidement reprise en Amérique du Nord. Le premier YMCA nord-américain, celui de Montréal, est ainsi inauguré en 1851.

¹¹⁸ Fraser, Pierre, 2016, Op. Cit., p. 72.

¹¹⁹ Baubérot, Arnaud, 2012, Op. Cit.

l'alimentation reste très inégal. Les médecins de l'époque commencent en effet à distinguer des traitements spécifiques en fonction des types, eux-mêmes spécifiés, d'obésité et de leurs degrés de sévérité : si la « polysarcie », l'obésité liée à une alimentation excessive, repose sur une réduction des calories consommées, l'obésité « atavique », la « vraie » obésité liée à l'hérédité, à une constitution déficitaire ou au vieillissement, est quant à elle bien plus difficile à traiter. Celle-ci se prête donc à une approche de traitement plus holistique. Il ne s'agit là pas tant de réduction des excès alimentaires, que de stimulation de l'organisme « amolli » pour le contraindre à « brûler » davantage : « massages, hydrothérapies, douches, exercices, recours au froid, séjours à la montagne, à la mer »¹²⁰. C'est en fait surtout le travail effectué par des patients de la classe moyenne pour déconstruire la conception médicale d'une forme « naturelle » d'obésité (l'obésité « atavique », la plus fortement associée à l'idée de dégénérescence) et promouvoir leurs propres programmes de perte de poids dans l'espace public, qui va encourager la médicalisation de l'obésité « ordinaire » et annoncer la popularité croissante des régimes parmi les hommes dans la deuxième moitié du 19^{ème} siècle. C'est notamment le cas du fameux William Banting, le premier promoteur d'un programme diététique ayant explicitement pour objectif une perte de poids. Aujourd'hui considéré comme le père du mouvement diététique, Banting est alors un entrepreneur de pompes funèbres britannique ayant atteint un poids considérable à l'âge mûr. Après maintes tentatives échouées pour perdre du poids, il rencontre finalement un médecin, le Dr. William Harvey, qui le soumet à un régime nutritionnel grâce auquel il finit par maigrir. Enchanté par son expérience, il publie un court livre intitulé *A Letter on Corpulence Addressed to the Public* en 1863, dans laquelle il expose au public les mérites du régime faible en glucides grâce auquel il sera parvenu à vaincre son excès de poids et à retrouver sa virilité, sa respectabilité sociale et le bonheur. Comme le montre bien l'historienne Katherina Vester, le guide diététique de Banting s'adressait d'abord aux hommes des classes aisées en promouvant un régime abondant fondé sur des aliments supposés masculins, comme la viande maigre, devant être consommée à chaque repas, et l'alcool à volonté¹²¹. Les premiers conseils de diète, axés sur une consommation abondante de viande, ne sont ainsi pas associés au sacrifice ou à la négation de soi, autant de qualités perçues comme féminines, et ne

¹²⁰ Vigarello, p. 409. On constate également la banalisation du recours aux cures thermales, lieux de divertissement en essor et nouvel objet d'expérimentation médicale, proposant des stations adaptées aux différentes formes d'obésité : des eaux tonifiantes pour les « ataviques » ou des eaux laxatives pour les « gros mangeurs ».

¹²¹ Vester, Katharina, « Regime change: gender, class, and the invention of dieting in post-bellum America », *Journal of Social history*, 2010, vol. 44, n°1, p. 39-70. Les témoignages ajoutés par Banting au fur et à mesure des rééditions de son livre proviennent d'ailleurs exclusivement d'hommes. Magazines et journaux commencent à parler régulièrement de régimes, en s'adressant aux hommes. Femmes semblent être immunisées au départ. D'ailleurs, les premières tables pour donner poids moyens ou idéaux mentionnent seulement les hommes.

s'adressent pas non plus aux prolétaires, qui n'ont pas la capacité financière de consommer de la viande au quotidien. Ce tout premier livre de régime connaît un succès exceptionnel, devenant un des ouvrages les plus vendus aux États-Unis au cours des décennies suivantes¹²². Marquant l'émergence dans la culture américaine d'un discours diététique d'abord adressé aux hommes, le livre de Banting va contribuer à transformer la conception populaire de l'obésité ordinaire et à définir le rôle actif que devra prendre l'individu dans la prise en charge de son excès de poids. S'opposant aux médecins de son temps qui définissent le gain de poids comme une « conséquence naturelle du vieillissement » et ne considèrent pas encore l'excès adipeux comme quelque chose nécessitant en soi une intervention médicale, Banting définit l'obésité comme une « maladie » et une « infirmité »¹²³. Il confesse que son poids le handicape (il ne peut lacer ses souliers et dit devoir descendre les escaliers à reculons), et décrit le harcèlement social et les railleries dont sont déjà victimes les personnes en surpoids¹²⁴. Il s'applique également à rejeter l'idée que l'obésité serait la conséquence d'un excès de nourriture ou d'alcool et de paresse, en insistant sur sa vie productive et ordonnée¹²⁵.

Ainsi Banting, tout en retirant la responsabilité de l'individu affligé, va aussi le rendre entièrement responsable de son rétablissement en insistant sur le caractère non-héréditaire de l'obésité. Si les personnes obèses ne sont en aucun cas responsables de leur affliction, avec la volonté de suivre

¹²² Atteignant sa 5^{ème} édition avant la première année de vente, il est réédité 12 fois avant 1900, augmentant de taille à chaque nouvelle édition.

¹²³ « Lorsqu'un homme gros mange, boit et dort bien, n'a mal nulle part et ne paraît souffrir d'aucune affection organique, le jugement d'un homme de l'art peut se trouver en défaut. C'est une opinion généralement accréditée, que l'embonpoint est une conséquence naturelle de l'avancement en âge. Je puis même citer un des plus célèbres médecins de Londres qui me disait avoir augmenté d'une livre en poids chaque année à partir de la trentaine et qui n'était aucunement surpris de ma constitution ; il me conseilla des bains de vapeur et des frictions aussi bien qu'un traitement médicinal. Malgré tout cela, la maladie augmentait, et, semblable à ces parasites qui s'attachent à la coque d'un navire, s'ils ne détruisent pas le vaisseau, ils en ralentissent la marche, tout le bien-être de mon existence en était atteint », dans Banting, William, *De l'obésité*, Paris : P. Asselin, successeur de Béchet Jeune et Labé. Libraire de la Faculté de Médecine, 1864.

¹²⁴ « Quiconque se trouve atteint de cette infirmité est souvent en butte à la raillerie, et, quoique sa conscience ne lui reproche rien à ce sujet, je suis convaincu que tout homme obèse ne peut être insensible aux remarques et quolibets dont il se voit le sujet, dans les voitures publiques, dans les réunions ou même dans la rue; il a peine à se faire faire place dans une assemblée publique s'il désire se récréer ou prendre des rafraîchissements, et il s'abstient naturellement, autant que possible, de fréquenter les endroits où il est certain d'être un objet de remarque et de dérision. Je suis au-dessus de ces choses-là autant que qui que ce puisse être, et cependant j'en ai ressenti la difficulté, et, pour l'éviter, je me suis souvent privé de bien des avantages pour ma santé », Ibid.

¹²⁵ « Peu d'hommes ont mené une existence plus active, de corps et d'esprit, jointe à une disposition naturelle pour la régularité, l'ordre et la précision, pendant une longue carrière de cinquante années dans les affaires, dont je suis maintenant retiré; par conséquent, mon embonpoint et l'obésité qui l'a suivi, ne provenaient pas d'un manque d'exercice du corps, pas plus que d'excès de boisson ou de nourriture ou même d'intempérance d'aucune espèce », Ibid.

un régime, elles peuvent s'en débarrasser. Sa propre « guérison » miraculeuse¹²⁶ en témoigne. Avec la diffusion mondiale du régime « Banting », c'est ainsi, comme le note l'historienne Katharina Vester, une nouvelle conception de l'identité de la personne au régime qui se propage : « il établit l'identité du sujet 'au régime' comme un entrepreneur urbain dont le succès professionnel a conduit à l'obésité, mais dont la détermination peut faire de lui ce qu'il désire, y compris redevenir mince »¹²⁷. La pratique du régime se trouve en effet redéfinie comme une activité rationnelle productive d'une identité sociale associée à la civilisation moderne, à la masculinité et aux classes « raffinées »¹²⁸. Traduisant un rapport à l'alimentation rationalisé et maîtrisé, médiatisé par un discours expert de la science nutritionnelle qui fait désormais partie de l'idéologie du progrès moderne, elle contient la promesse d'une mobilité sociale, d'une appartenance de classe, de l'accès à certains privilèges. Plus largement, l'association du régime à la force s'étend également au-delà de l'individu pour s'inscrire dans une nouvelle idéologie raciale. Aux États-Unis, l'idée d'une masculinité revigorée par un régime nutritif axé sur la viande semble ainsi confirmer la supériorité de la nation américaine vis-à-vis des peuples plus faibles n'en consommant pas ou mangeant « sans retenue », venant ainsi justifier le projet impérialiste¹²⁹.

Ces nouvelles associations entre la graisse et la civilisation moderne s'accompagnent —comme en témoigne la confession de Banting concernant la dérision et le rejet social dont il fait l'objet en raison de son poids et l'émergence d'un premier discours sur le « malheur d'être obèse »¹³⁰—, d'une répulsion nouvelle pour le gras et les corps « gros ». Dès la fin du siècle se multiplient ainsi dans les journaux les « blagues sur les gros » sous la forme de dessins humoristiques se moquant de personnes ordinaires de la classe moyenne avec un excès de poids. Dans un monde de plus en plus urbanisé et industrialisé, avec des vêtements et des meubles préfabriqués, des transports en commun et des

¹²⁶ Le succès du livre de Banting tiendrait, selon Vester, à son exploitation de l'intérêt populaire croissant pour la science, couplé à la redynamisation de la vie religieuse (« the great awakening ») caractérisant la période : "He called his "recovery" from obesity "miraculous," and stylized himself an apostle, a witness to the scientific miracle within his own body, a transubstantiation of fat into thin air caused by sheer force of will. With thinness comes happiness, promised Banting, establishing a long-lived and unsubstantiated common wisdom", Vester, Katharina, 2010, Op. Cit., p. 42.

¹²⁷ "[Banting] constructs the dieter's identity as an urban entrepreneur whose success leads to his obesity but whose willpower can make him anything, even thin again", Ibid., p. 42.

¹²⁸ Le guide diététique de Banting s'adressait d'abord aux hommes et promouvait un régime fondé sur des aliments supposés masculins, comme la viande (maigre) et l'alcool. Comme le soulève Vester, les conseils de diète ne sont dès lors pas associés au sacrifice ou à la négation de soi, autant que qualités perçues comme étant féminines. Si les magazines et les journaux commencent d'ailleurs à parler régulièrement de régimes, ils le font en s'adressant aux hommes et non pas aux femmes, qui semblent être immunisées au départ (les premières tables proposant des poids moyens ou idéaux mentionnent uniquement les hommes d'ailleurs). Les régimes ne s'adressent pas non plus au prolétaire, qui n'a pas nécessairement la capacité financière de consommer de la viande au quotidien.

¹²⁹ Vester, Katharina, Op. Cit., 2010, p. 42.

¹³⁰ Voir note de bas de page n°151. À ce sujet, voir aussi Vigarello, Georges, 2010, Op. Cit., p. 210-211.

espaces publics limités exigeant une standardisation croissante des corps, les situations quotidiennes auxquelles ces personnes peuvent être confrontées sont, pour les dessinateurs humoristiques de l'époque, autant d'occasions de souligner l'inadéquation sociale et la non-appartenance des personnes grosses à la « vraie » bourgeoisie. En représentant des personnes trop larges pour s'asseoir confortablement sur les bancs publics, les divans, les sièges au théâtre ou les chaises au restaurant, ces caricatures ridiculisent les individus de la classe moyenne montante en suggérant que ceux-ci profitent sans réserve des plaisirs de la civilisation moderne jusque-là réservés aux classes aisées: « Contrairement aux classes bourgeoises plus anciennes et plus riches, ces "nouveaux riches" semblaient incapables de faire preuve de la retenue et du contrôle requis pour apprécier ces nouvelles libertés de manière "responsable" »¹³¹.

Le dénigrement social de la corpulence ordinaire semble ainsi être le reflet des anxiétés plus profondes traversant une société axée sur l'ascétisme, à mesure qu'émerge en son sein une culture de la consommation promouvant le divertissement et le plaisir immédiat. La société victorienne de la fin du 19^{ème} siècle est ainsi le théâtre d'un conflit culturel entre des incitations croissantes à consommer et la persistance d'un devoir moral de maîtrise de ses pulsions et désirs, qui va se déplacer sur le corps et se condenser dans l'aversion du corps « gros »¹³².

2.4. Du corset au régime : féminisme, citoyenneté et « lipophobie »

Si les régimes d'amaigrissement s'adressent d'abord aux hommes, ils sont ensuite largement adoptés par les femmes des classes aisées, puis celles des classes moyennes. D'abord comme une stratégie pour légitimer leur demande d'accès à la pleine citoyenneté de la fin du 19^{ème} siècle¹³³ jusqu'aux années 1920; ensuite comme une réponse aux exigences normatives de minceur restreignant de plus en plus le corps féminin. Tandis que les hommes sont incités à devenir musclés et sveltes, la beauté reste largement associée aux rondeurs pour les femmes, comme en témoignent les modèles de

¹³¹ “These people, the cartoons appeared to say, did not know how to enjoy these new privileged, without overdoing it. Unlike the older, wealthier classes, these ‘nouveau riche’ seemed to be incapable of demonstrating the restraint and control necessary to experience these new liberties ‘responsibly’”, Farrell, Amy, 2011, Op. Cit., p. 41-42.

¹³² « [c]’est quand l’abondance alimentaire s’offre à tous que la minceur devient à la mode dans les élites sociales, que l’embonpoint devient l’ennemi de la beauté, que les signes extérieurs de richesse se déplacent vers d’autres consommations, que le culte du corps mince, sain, sportif, performant et ascète, domine dans l’échelle des représentations. S’ouvre alors l’ère, non close, de la représentation des dérives pathogéniques du « gros pauvre », celui qui mange trop, qui mange n’importe quoi, qui ne peut discipliner ses passions et sa soif de jouissances », Julia Csergo, « Quand l’obésité des gourmands devient une maladie de civilisation », dans Julia CSERGO, (dir.), *Trop gros? L’obésité et ses représentations*, Paris, Éditions Autrement, 2009, p. 27.

¹³³ Dès les années 1890.

beauté de l'époque¹³⁴. À l'époque victorienne, la beauté féminine renvoie ainsi à un idéal maternel exigeant que le corps des femmes se distingue fortement de celui des hommes. Devant rester mou, faible et fragile, il témoigne de rapports entre les sexes fondés sur le confinement des femmes à la vie et au travail domestiques et sert ainsi de preuve du progrès moderne. Comme le soulève en effet Farrell, si les idéaux de beauté de l'époque exigeaient « une différenciation claire du corps féminin et du corps masculin en guise de preuve du fondement biologique (et donc indiscutable) du genre », cette différenciation était également utilisée afin de démontrer la supériorité de la civilisation occidentale¹³⁵. Les manuels de beauté et les livres de médecine populaire de l'époque suivent cette tendance. Tandis qu'on conseille aux hommes de réduire leur poids, les publications médicales destinées aux femmes, comme le très populaire *How to be Plump*, publié par le docteur T.C Duncan en 1878, encouragent explicitement les femmes à ne pas faire de régimes et même à gagner du poids si elles ne veulent pas compromettre leur fertilité¹³⁶. Selon les médecins de l'époque, les risques de la vie moderne ne concernent pas les hommes et les femmes de la classe moyenne de la même manière : si la constitution naturellement active et énergétique des hommes est menacée par la sédentarité lié au travail de bureau, le métabolisme des femmes, naturellement plus lent, car fait pour conserver de l'énergie pour la grossesse et l'allaitement, serait au contraire altéré par trop d'activité physique, de sorte à détourner les femmes de leur rôle d'épouse et de mère¹³⁷. Le corps élancé est ainsi réprouvé comme un corps « masculinisé » mettant en péril la différence entre les sexes et les rôles sociaux distincts attribués à chacun. C'est d'ailleurs pourquoi le neuropsychiatre américain Silas Weir Mitchell, célèbre pour les « cures de sommeil » infantilisantes qu'il administrait aux femmes souffrant de nervosité, proposait

¹³⁴ L'actrice américaine Lillian Russell, idéal sexuel féminin de son époque, aurait ainsi pesé 200 livres au sommet de sa carrière. Dans les nouvelles romantiques, les jolies femmes de l'époque étaient également généralement rondes.

¹³⁵ Vester, Katharina, 2010, Op. Cit., p. 47.

¹³⁶ Comme l'explique George Beard, l'un des auteurs les plus éminents de conseils nutritionnels de l'époque: "In barbarous lands woman is the slave of man and performs menial tasks; in civilizations a little advanced, she often shares with him the labors of the field, shop, and the counting room; in the most enlightened nations woman is the toy, the companion or ornamental appendage to man, and in certain social states, uses her brain but little and in trivial matters, and her muscles scarcely at all", Beard, George, *Eating and Drinking*, New York: Putnam's Handy Book Serie, 1871, p. 103, cité dans Vester, Katharina, 2010, Op. Cit., p. 47.

¹³⁷ Si c'est la sédentarité associée au travail de bureau et le manque d'exercice physique qui met en péril la constitution des premiers, c'est au contraire l'éducation physique et les événements sportifs qui menacent les secondes (en les convertissant en « lesbiennes » notamment). Le fameux Dr. William Leonard affirmait en ce sens: "The violent exercises, the athletic contests, the combative games (we were at one moment threatened with a display of female boxing) provoke the emergence, and, in many cases, the ultimate predominance of the katabolic side of women and the consequent abasement of the normal anabolic side, with the result of converting what would have been a good wife and mother into a homosexual who fails in every normal adaptation and becomes a byword and a shaking of the head among her neighbors. Save to their sister homosexuals, who, though daily on the increase, are still happily in the minority, lesbians are not lovable", Williams, Leonard, *Obesity*, London: Humphrey Milford, 1926, p. 73, cité dans Farrell, Amy, 2011, Op. Cit., p. 46.

également dans son ouvrage *Fat and Blood*, publié en 1877, de les engraisser grâce à un régime laitier en affirmant que la prise de poids calmerait leurs élans hystériques¹³⁸.

Cette condamnation du régime féminin, associé à des mères et épouses irresponsables et implicitement non-patriotiques, peut être interprétée à la lumière de l'essor du mouvement pour le droit des femmes, très actif au Royaume-Uni et aux États-Unis depuis le milieu du 19^{ème} siècle, et d'une contre-critique conservatrice associant les revendications des femmes (pour le droit de vote et de divorce, l'accès à la propriété et à l'éducation et un contrôle des naissances notamment), à la mise en péril d'une définition de la féminité centrale au maintien de la civilisation moderne. Alors que les médecins et les spécialistes de la mode encouragent les femmes à être rondes, ce sont en effet les premières militantes pour le droit des femmes qui originellement se mettent à exhorter les femmes à perdre du poids. En 1886, Anna Kingsford, deuxième femme d'Angleterre à obtenir un diplôme de médecine, défenseuse des droits des femmes et autrice d'un ouvrage influent sur le végétarisme, publie aux États-Unis le livre *Health, Beauty and the Toilet*, l'un des premiers programmes de régime destinés aux femmes aisées de son temps. Associant la minceur à un mode de vie actif et à un tempérament nerveux, éléments qu'elle juge positifs pour les femmes, elle intègre le régime alimentaire proposé dans un mode de vie plus large, comme se lever tôt, faire de l'exercice et mener une vie active¹³⁹. D'autres figures du mouvement américain des suffragettes¹⁴⁰ feront par la suite la promotion d'un nouvel idéal du corps féminin obtenu en substituant le port du corset par un contrôle « naturel » du tour de taille¹⁴¹. Ce corps féminin « naturel », en réalité largement travaillé par une pratique rigoureuse du régime et de l'exercice physique, caractérisé par une taille fine témoignant d'un contrôle rationnel de soi, atteste ainsi du caractère pleinement « civilisé » des femmes, et permet de justifier l'exercice de leurs droits de citoyennes: « Les discours sur les régimes étaient parvenus à établir le lien entre les régimes, la maîtrise de soi et la citoyenneté. Désormais, les textes promouvant la minceur des femmes affirment que les femmes peuvent avoir le même contrôle sur leur corps que les hommes, et avec cela, des droits égaux »¹⁴². À mesure que le corps élancé devient un symbole d'égalité, de force et d'émancipation, les femmes seront alors de plus en plus nombreuses à adopter des pratiques de régime, comme en

¹³⁸ Mitchell, Silas Weir, *Fat and blood: An Essay on the Treatment of Certain Forms of Neurasthenia and Hysteria*, Philadelphia (8^{ème} édition), 1900, p. 124.

¹³⁹ Kingsford, Anna, *Health, Beauty and the Toilet. Letters to Ladies from a Lady Doctor*, London et New York: Frederick Warne and Co, 1888, p. 1-7, cité dans Vester, Katharina, 2011, Op. cit., p. 49.

¹⁴⁰ Telles que Elizabeth Cady Stanton, Rachel Brooks Gleason ou Eliza Putnam Heaton.

¹⁴¹ Vester, Katherine, 2011, Op. cit.

¹⁴² Ibid., p. 50 (traduction libre): « dieting discourses had successfully established the connection between dieting, self-control, and citizenship. Now texts promoting slenderness for women claimed that women can have the same control over their bodies as men, and with it, equal privileges ».

témoigne la prolifération, à la toute fin du 19^{ème} siècle, de conseils diététiques orientés vers la réduction de la corpulence et de l'obésité dans la presse féminine¹⁴³.

Mais l'association entre la minceur et l'égalité des droits n'est pas la seule qui fait le succès du régime féminin dans les classes moyennes en cette fin de siècle. Comme le montre Katharina Vester, la minceur étant vue comme un marqueur de civilisation et de progrès, elle est également, dans le contexte d'une société américaine en voie de peuplement rapide, associée à une féminité proprement américaine, supposée distincte et supérieure aux corps indisciplinés des femmes immigrées, noires ou autochtones¹⁴⁴. S'appuyant sur des représentations préexistantes des femmes « orientales » comme particulièrement indulgentes, grasses et opulentes, certaines féministes encourageront ainsi les femmes à s'engager dans des pratiques de discipline corporelle afin de se distinguer par leur minceur des nouvelles arrivantes (notamment des femmes d'origine irlandaise et des femmes juives) et des femmes noires et autochtones, dépeintes comme grossières, impulsives, paresseuses et non-éduquées¹⁴⁵. Réitérant le statut symbolique de la minceur comme un marqueur de civilisation, d'appartenance sociale et de citoyenneté et celui de la graisse comme signe de dégénérescence raciale, ces premiers discours féministes viendront alors renforcer la pression sociale à la minceur pour l'ensemble des femmes de la classe moyenne aspirant à la mobilité sociale. En promouvant le régime comme une pratique émancipatoire, les femmes ont donc résisté aux idéaux hégémoniques de la féminité de l'époque et fait valoir de nombreuses revendications en matière de maîtrise de soi, d'autonomie et de participation à l'espace public, tout en participant à l'exclusion d'autres groupes sociaux en quête d'émancipation. Revisiter ces débuts de l'histoire du stigmatisme lié au corps « gros » nous indique déjà que celui-ci s'inscrit dans des relations de pouvoir complexes et instables, qu'il a été construit pour transgresser certaines frontières culturelles entre les genres, les classes et les races, mais aussi utilisé pour en produire et en reproduire d'autres, devenant ainsi un vecteur important d'exclusion sociale.

Mais l'histoire ne s'arrête pas là. À partir du moment où les femmes, dans les années 1920, obtiennent le droit de vote (aux États-Unis, au Canada et en Angleterre) et acquièrent une nouvelle visibilité dans l'espace public en entrant massivement dans le marché du travail salarié (en France et au Québec), le potentiel contestataire du régime sera coopté, dans le contexte plus général de la culture

¹⁴³ Ibid. p. 52.

¹⁴⁴ Ibid., p. 53: "With the greater impact of mass migration on US society, the positive connotations of female body fat were more and more substituted by associations with vulgarity, pornography (where plump women remained dominant until the early 20th century) and lack of sophistication. In the course of the 1880s the female immigrant body was increasingly imagined as uncorseted, hence unrestrained, and uncontrollable in contrast to the well-managed body of the American middle-class woman".

¹⁴⁵ Ibid., p. 53.

de la consommation, par l'industrie naissante de la minceur, qui fera du régime une pratique normative obligatoire. Alors que dans les premières éditions de *Fat and Blood*, Silas Weir Mitchell affirme que l'obésité touche l'Europe, et surtout l'Angleterre, la huitième édition du texte (1900) est modifiée par l'éditeur pour préciser que le surpoids, non seulement touche désormais aussi les Américains, mais qu'il touche en particulier « les femmes des classes aisées des villes » en raison de leur style de vie inactif¹⁴⁶. On s'inquiète également de l'engouement des femmes pour les régimes, et on souligne la façon dont l'écart entre l'offre de conseils médicaux et la demande des femmes a créé un vide qui a été rapidement comblé par une industrie croissante de remèdes rapides et de conseillers en nutrition :

« Elles harcèlent les médecins pour réduire leur poids, et le grand nombre de publicités pour des remèdes...de charlatans...indique à quel point cette tendance doit être répandue »¹⁴⁷. Ainsi, malgré la réticence initiale du corps médical vis-à-vis de la pratique féminine du régime d'amaigrissement, la pression normative exercée sur les femmes pour obtenir un corps mince s'est accrue et incite les médecins à s'en préoccuper à leur tour. La minceur commence alors à être valorisée par des discours médicaux conservateurs, encourageant les femmes de la classe moyenne souhaitant mincir à faire davantage de travail domestique au lieu de faire de l'exercice physique et de travailler à l'extérieur du foyer¹⁴⁸. La généralisation du modèle de la famille nucléaire en milieu urbain s'accompagne de la promotion d'une nouvelle économie domestique au centre de laquelle les femmes doivent pouvoir s'épanouir (être minces et en santé), tout en s'occupant des tâches ménagères. Et dans ce contexte, l'excès de graisse des femmes est rapidement réinterprété comme un signe de paresse, un manque de bonne conduite et de dévouement au foyer¹⁴⁹. L'octroi aux femmes d'une certaine liberté économique et politique aura ainsi été compensé par l'émergence d'une autre forme de contrôle : l'auto-surveillance du poids.

En même temps que les publicités pour les produits de perte de poids se multiplient et que les magazines de mode et le cinéma déploient un nouveau modèle esthétique du corps féminin (la silhouette élancée, fine, discrètement musclée, sans contours trop « mammaires »¹⁵⁰), les médecins entreprennent, dès les premières décennies du 20ème siècle, d'étudier la graisse dans ses différentes localisations, de « rechercher le gros » dans ses manifestations les moins avancées, dans ses phases les

¹⁴⁶ Mitchell, Silas Weir, 1900, Op. cit., p. 32, cité dans Ibid., p. 55.

¹⁴⁷Ibid., p. 32. Traduction libre: "They persecute the medical men to reduce their weight, and the vast number of advertisements of quack... remedies ...indicate how wide-spread the tendency must be".

¹⁴⁸ Vester, Katharina, 2011, Op. Cit., p. 56

¹⁴⁹ Ibid. p. 58.

¹⁵⁰ Vigarello, Georges, 2010, Op. Cit. p. 430.

plus précoces. Comme l'affirme Vigarello, c'est d'ailleurs l'usage même du mot « obésité » qui en est alors transformé pour signifier une grosseur déjà trop visible, trop évidente par rapport aux toutes premières déformations causées par la graisse¹⁵¹. L'investigation médicale rejoint alors les considérations culturelles et esthétiques de l'époque en développant une fascination toute particulière pour un type de graisse supposé spécifiquement féminin: la cellulite. Les médecins, qui caractérisent celle-ci comme une intoxication de la chair féminine aux manifestations et localisations les plus diverses, vont situer ses causes au niveau des conditions de vie des femmes modernes. Le Docteur Wetterwald, dans un ouvrage intitulé *Qu'est-ce que la cellulite?* (1932), propose par exemple que celle-ci est causée par « la sédentarité, les attitudes fatigantes longtemps gardées, le neuro-arthritisme, le traumatisme conjugal, et, chez les vierges, les troubles du rythme de la circulation utéroovarienne et des sécrétions hormonales »¹⁵². Cette conception soulève deux problèmes comme le souligne Rossella Ghigi. D'abord que la virginité est la cause de dérèglements pathologiques, définissant ainsi « la femme sans homme comme un être dérégulé dont le processus biologique ne s'opère pas de manière harmonieuse, ce qui construit la femme comme un être incomplet et déficient en soi »¹⁵³. Ensuite, qu'autant le travail féminin (les « attitudes fatigantes »), que la sédentarité constitutive de la vie urbaine, se trouvent à l'origine d'une corporalité féminine déficiente. Portant en elle un imaginaire conservateur nostalgique du « monde d'avant » (la vie paysanne, jugée plus naturelle) et d'un système de genre plus traditionnel, cette construction médicale de la cellulite, en étant largement popularisée par la presse féminine, aboutira à faire de la graisse un puissant outil de culpabilisation des femmes¹⁵⁴. Plus perméable aux dangers de la civilisation moderne que le corps des hommes, le corps féminin devra désormais être sondé dans ses moindres débordements, ses moindres épaisseurs; la graisse témoignant désormais d'un malheureux abandon de soi aux lois de la nature, d'une négligence honteuse, d'un manque de discipline et de travail sur soi.

Face à la nécessité esthétique et vitale de combattre tout excès de graisse, de « maigrir à tout prix », la graisse devient alors l'objet de toutes les tentatives d'amaigrissement et l'occasion de toutes les propositions thérapeutiques: substances médicamenteuses, massages et automassages, exercices de

¹⁵¹ Ibid., p. 442. « Jugé intervenir 'trop tard', désigner des phases toujours 'trop' avancées. Alors que le gros peut exister en défiant l'apparence: présence quelquefois invisible, masse dérobée, tapie dans les chairs, là même où la forme des traits ne viendrait pas du muscle mais du gras ».

¹⁵² Wetterwald, Felix, 1932, *Qu'est-ce que la cellulite?*, extrait de "La médecine internationale", septembre-octobre 1932, Impr. Tourangelle, Tours. p.15, cité dans Ghigi, Rossella, « Le corps féminin, entre science et culpabilisation. Autour d'une histoire de la cellulite », *Travail, genre et société*, 2004, vol. 4, n°12, p. 61.

¹⁵³ Ghigi, Rossella, 2004, Op. cit., p. 61, référant Remaury, Bruno, 2000, *Le beau sexe faible*, Paris : Grasset.

¹⁵⁴ Ibid.

gymnastiques généraux ou localisés au niveau de parties spécifiques du corps, douches et bains, électrothérapie, héliothérapie, thermothérapie, etc.¹⁵⁵. Parce que ces nouvelles cures d’amaigrissement impliquent un engagement du patient dans la durée, qu’elles s’inscrivent dans un temps long, elles suggèrent désormais un travail valorisé de développement personnel, d’endurance, d’accomplissement de soi. Déjà, le parcours d’amaigrissement traduit la capacité de la personne à faire son propre chemin dans une société de plus en plus compétitive. En retour, la personne « grosse » est alors celle « qui ‘esquive’, refusant l’amaigrissement, négligeant le travail sur soi. Son défaut est abandon, sa responsabilité, manquement intime : moins les passions que l’indifférence, moins l’emportement que la non-maîtrise, l’impossibilité de se régler ou de se transformer »¹⁵⁶. Ne laissant aucune équivoque sur le statut de la corpulence dans la société managériale du 20ème siècle, le psychiatre anglais Eustace Chesser affirme ainsi dans *Slimming for a million*, publié en 1939 :

« Les gros ont la vie dure en ce moment ! Indépendamment de l’effet préjudiciable de l’excès de poids sur la santé, nous vivons une époque où les hommes maigres et les femmes minces sont favorisés. Dans toutes sortes de professions, toutes choses égales par ailleurs, les maigres sont préférés aux gros. Ils ont l’air, et en réalité *sont*, plus alertes, plus en forme, mieux préparés à fournir les résultats rapides que l’on exige de nous aujourd’hui, à la fois physiquement et mentalement »¹⁵⁷.

L’association entre la minceur et la compétitivité dans le monde (très largement masculin) des affaires est d’ailleurs déjà largement mobilisée par les publicités de produits d’amaigrissement adressées aux femmes, comme le montre Farrell. Suggérant que l’encombrement généré par un surplus de graisse est ce qui maintiendrait les femmes « à la traîne » dans les affaires publiques, une publicité pour les comprimés Marmola (contenant un peu d’hormones thyroïdiennes desséchées et beaucoup de laxatifs) du début du 20ème siècle, soutient ainsi que les femmes grosses sont inadmissibles dans la sphère publique:

« La plupart des femmes éprouvent une forte humiliation à cause de leurs grosses quantités de graisse, si localisées que quelque que soit la façon dont elles s’habillent, tout le monde remarque qu’elles sont *anormales*. Nous vivons à l’époque de la minceur, et les femmes grosses ne sont tout simplement pas tolérées, que ce soit dans les affaires ou dans la société »¹⁵⁸.

¹⁵⁵ Vigarello, Georges, 2010, *Op. cit.*, p. 410.

¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 442.

¹⁵⁷ Chesser, Eustace, *Slimming for the Million: The New Treatment of Obesity*, London: Rich and Cowan, 1939, p. 19, cité dans Farrell, Amy, 2011, *Op. Cit.*, p. 113. Traduction libre: “Most women suffer much humiliation because of great quantities of fat, so located that no matter how they dress, everybody sees that they are abnormal. This is the day of the slender figure, and fat women are simply not tolerated either in business or social affairs”.

¹⁵⁸ Farrell, Amy, 2011, *Op. Cit.*, p. 112. Suggérant que l’encombrement généré par un surplus de graisse est ce qui maintiendrait les femmes « à la traîne », une autre publicité analysée par Farrell faisant la promotion de sels de bain

L'accès des femmes à la mobilité et l'avancement professionnel dans un monde d'hommes passe donc indéniablement par l'acquisition d'un corps svelte et discipliné, soit « méritant ». Tandis que la pratique du régime a pu être, pendant une courte période de l'histoire des femmes, une façon pour celles-ci de négocier des rapports de genre plus égalitaires et de dépasser les limitations imposées aux femmes par la société victorienne, on voit donc qu'elle joue, à partir des années 1920, un rôle central dans la consolidation d'identités de genre hautement normatives. Si cette injonction à la minceur s'applique avant tout aux femmes, elle touche également les hommes dans la mesure où la graisse, en ayant été féminisée, problématisée comme une tare proprement féminine, s'oppose plus encore à la virilité masculine qu'au siècle précédent. La graisse « en elle-même » étant naturalisée comme une substance pathologique constitutive du corps féminin, sa présence sur le corps des hommes constitue une menace d'émasculation ou d'infantilisation, le signe d'une masculinité « ratée »¹⁵⁹.

C'est donc ici, dans la première moitié du siècle dernier, qu'apparaît dans les sociétés occidentales une véritable « lipophobie »¹⁶⁰, c'est-à-dire une obsession normative autour de l'excès de graisse et de son contrôle, qui va ne faire que s'intensifier au cours des décennies suivantes. Face au rejet croissant subi par les personnes plus larges, le *fat activism* (ou militantisme des personnes grosses), va d'ailleurs se développer dès la fin des années 1960 aux États-Unis¹⁶¹, avant de s'étendre plus tard à l'échelle mondiale et à différentes sphères de la société dans les années 1980-1990. Afin de soutenir sa compagne corpulente, William Fabrey va d'abord fonder en 1969 l'association NAAFA (*National Association to Aid Fat Americans*) visant, dans une perspective libérale et réformiste, une meilleure acceptation des personnes plus larges dans la société¹⁶². En 1972, un groupe de thérapie alternative s'opposant à la médicalisation du corps des femmes va se former sous le nom de *Fat Underground*¹⁶³.

annonce: "You cannot be happy while you carry around with you that load of useless, energy using fat. Until you rid yourself of that burden you will not be capable of getting out of life the enjoyment you are entitled to. Be Rid of Your Handicap. Every Woman's Flesh Reducer Is the Easy Way".

¹⁵⁹ Comme le souligne Lee F. Monaghan: "Fat oppression [is] a real, emergent process that is not tied to female bodies though it is aimed at bodies that are positioned as feminine (disgusting, despised, dependent, passive, unhealthy) regardless of their biological sex. Within this field of masculine domination—which is potentially injurious not only for particular women but also men whose bodies supposedly symbolize 'failed' manhood—it is hardly surprising that fat oppression is often trivialized", dans Monaghan, Lee, *Men and the War on Obesity: A sociological study*, New York: Routledge, 2008, p. 6.

¹⁶⁰ Fischler, Claude, « La symbolique du gros », *Communications*, n°46, 1987.

¹⁶¹ Dans la mouvance de la deuxième vague féministe, du féminisme lesbien, du mouvement pour les droits civiques et du mouvement pour les droits sociaux.

¹⁶² Farrell, Amy, 2011, Op. cit., p. 141.

¹⁶³ À l'origine du célèbre *Fat Liberation Manifesto*, publié en 1973. Voir, Carof, Solenne, *Sociologie d'une discrimination invisible*, Paris : Maison des Sciences de l'Homme, 2021.

D'orientation féministe, antipsychiatrique et marxiste, ce groupe alternatif va rapidement prendre un tournant plus radical et politisé que NAAFA, en insistant sur les intersections du militantisme « Fat » avec d'autres systèmes d'oppression (le genre, la classe, la race, l'âge, etc.) et revendications sociales pour l'accès aux droits sociaux¹⁶⁴. Disparaissant au début des années 1980, ce groupe continuera d'inspirer certains collectifs militants contemporains, qui retiendront son approche féministe et intersectionnelle et mobiliseront directement les écrits médicaux pour dénoncer la pathologisation de la grosseur et rendre compte de l'inefficacité des régimes.

Ce qui ressort avant tout de l'exploration des sensibilités liées à la corpulence dans ces premières périodes de modernité, c'est que les multiples strates de connotations socioculturelles et affectives qui ont successivement associé la personne « grosse » à la gloutonnerie, à la cupidité, à la paresse, à la difformité, à la dégénérescence ou à un manque de rationalité, de discipline et de volonté, précèdent très largement les discours sanitaires contemporains sur l'obésité. De la même manière, bien avant que le domaine de la santé publique ne fasse de l'obésité une de ses préoccupations principales, nombreuses étaient déjà les personnes prêtes à tous les investissements (en termes de temps, d'argent, d'espoirs, etc.) pour perdre du poids et se libérer ainsi du stigmate lié à l'obésité. La graisse corporelle semble détenir en effet une puissance symbolique et matérielle toute particulière. Symbolisant, depuis les origines de la modernité, ce qui est « hors-contrôle » (ce qui excède et transgresse tout autant l'ordre physiologique que l'ordre religieux, moral ou social¹⁶⁵), elle semble servir de catalyseur pour essayer de résoudre une contradiction culturelle centrale des sociétés modernes occidentales, à savoir la tension de plus en plus forte entre la prétention démocratique à une égalisation des statuts sociaux et la volonté pérenne de maintenir certaines frontières entre les classes sociales, les sexes ou les civilisations.

Perçu comme un indicateur de plus en plus précis de la position des individus dans l'espace social à mesure que le regard sur le corps se modernise et se « sociologise », l'excès de graisse devient, avec la modernité industrielle, le lieu de toutes les promesses brisées de mobilité sociale, de tous les investissements personnels pour s'en défaire et des souffrances les plus aiguës lorsque cela se révèle

¹⁶⁴ Voir, Ibid. Johnnie Tillmon, militante pour les droits sociaux affirmera ainsi dans une perspective intersectionnelle incluant l'axe de la corpulence : « I'm a woman. I'm a black woman. I'm a poor woman. I'm a fat woman. I'm a middle-aged woman. And I'm on welfare. If you're any one of those things, you count less as a person. If you're all of those things, you just don't count, except as a statistic », dans Tillmon, Johnnie, « Welfare As a Woman's Issue », *Ms*, Printemps 1972, p. 111.

¹⁶⁵ À ce sujet, voir Bordo, Susan, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*, Berkeley/Los Angeles, CA et Londres: University of California Press, 1993 et Braziel, Jana Evans, et Kathleen Le Besco (dir.), *Bodies out of bound. Fatness and Transgression*, Berkeley: University of California Press, 2001.

impossible. Si la forte corpulence est présentée dans la presse populaire et largement vécue sur la modalité de la déficience, du handicap et de l'empêchement, elle prend paradoxalement la forme d'un handicap dont l'individu est lui-même considéré responsable, d'un handicap « auto-infligé » en quelque sorte. Dès le moment où l'excès de poids se généralise au milieu du 19ème siècle sous l'effet de l'urbanisation et de l'industrialisation alimentaire, il est en effet interprété comme une conséquence de la société industrielle moderne pouvant être évitée par les plus méritants grâce à un « travail sur soi » (la pratique d'un régime ou de l'exercice physique). Loin de mettre en question la marche du progrès moderne, sa diffusion progressive va au contraire représenter une occasion de distinguer une élite, une classe plus apte à s'y adapter, et participer ainsi de la définition du sujet pleinement moderne. Si l'individu moderne en état d'obésité souffre d'une maladie, c'est de ce que la sociologue Mariana Valverde a appelé une *maladie de la volonté*, c'est-à-dire de « dépendance » en tant que « lieu important où s'est déployé historiquement la dialectique complexe de la liberté personnelle et du contrôle/autocontrôle »¹⁶⁶ au cœur des sociétés modernes. D'abord définie comme l'antithèse de la masculinité bourgeoise, la graisse a ensuite été combattue par les femmes afin de justifier leur accès à la citoyenneté et à la participation aux affaires publiques, avant d'être « féminisée » par le milieu médical dans la première moitié du 20ème siècle pour finalement devenir un puissant vecteur d'exclusion des femmes des sphères publiques et professionnelles.

Si cette exploration historique nous renseigne ainsi sur les conditions socioculturelles d'émergence d'une obsession, voire d'une haine, pour la graisse dans nos sociétés, elle nous permet également de saisir le caractère productif, et non pas uniquement répressif, de toute entreprise de perte de poids. Plutôt que de constituer simplement une manière de rendre les femmes « dociles » ou « disciplinées » comme cela a généralement été défendu par le féminisme poststructuraliste¹⁶⁷, la pratique corporelle de la perte de poids permet, depuis le milieu du 19ème siècle, au sujet moderne de se constituer selon des modalités préexistantes d'identification sociale. Nourrie par l'espoir d'une appartenance à une communauté sociale de plus en plus axée, dans un âge d'abondance capitaliste, sur la maîtrise du corps, de ses pulsions affectives et de ses contours physiques, comme marqueur d'autonomie et de responsabilité civique, elle indique que les idéologies qui produisent les corps, les

¹⁶⁶ Voir Mariana Valverde, *Diseases of the will: alcohol and the dilemmas of freedom*, Cambridge University Press, 1998, p. 5 (traduction libre). À ce sujet, voir aussi: Sedwick, Eve Kosofsky "Epidemics of the will", dans *Tendancies*, London: Routledge, 1994.

¹⁶⁷ Voir notamment, Bordo, Susan, 1993, *Opt. cit*; Peiss, Kathy, *Hope in a Jar: The making of American Beauty Culture*, New York: University of Pennsylvania, 1998; Gimlin, Debra, *Body work: beauty and self-image in American Culture*, Berkeley: University of California Press, 2002; Cahill, Ann, "Feminist Pleasure and feminine beautification", *Hypatia*, 2003, vol. 18, n°4, p. 42-64.

subjectivités et la citoyenneté ne sont pas uniquement discursives, mais également matérielles et affectives¹⁶⁸. Afin de comprendre les effets potentiellement contradictoires des politiques contemporaines de lutte contre l'obésité¹⁶⁹, il s'agira maintenant de voir comment celles-ci s'articulent, discursivement et affectivement, aux anxiétés relatives à l'excès de graisse et aux promesses reliées à la minceur dans les sociétés modernes occidentales.

¹⁶⁸ À ce sujet, voir Ahmed, Sara, "Collective feelings, or the impressions left by others", *Theory, Culture and Society*, 2004, 21(2): 25-42 et *The Cultural Politics of Emotion*, Edinburg, UK: Edinburgh University Press, 2004; Puwar, Nirmal, *Space Invaders. Race, gender and bodies out of place*, Berg, 2004; Guthman, Julie et DuPuis, M., "Embodying neoliberalism: economy, culture and the politics of fat", *Environment and Planning D: Society and Space*, 2006, vol. 24, p. 427-448; Berlant, Lauren, "Slow death", dans *Cruel Optimism*, Durham: Duke University Press, 2011, p. 95-119.

¹⁶⁹ En termes de dégradation de l'état de santé et de renforcement des inégalités socioéconomiques notamment.

Chapitre 2

De la lipophobie aux politiques biosécuritaires de lutte contre l'obésité

Au tournant du siècle dernier, les sociétés occidentales ont été, selon les données relatives à l'indice de masse corporelle, témoins d'une augmentation significative du poids corporel moyen de leur population. Depuis, la surcharge pondérale suscite de vives inquiétudes dans l'imaginaire collectif et les discours politiques, scientifiques et médiatiques; inquiétudes qui sont largement mobilisées pour légitimer le développement de mesures sanitaires visant aujourd'hui à réduire l'obésité au Canada et ailleurs. D'abord considérée comme un simple facteur de risque, l'obésité a ainsi été officiellement redéfinie comme une « maladie » aux proportions épidémiques, puis pandémiques, à la fin des années 1990, dans l'objectif d'en faire une priorité majeure des systèmes publics de santé. Ce « cadrage » politico-sanitaire de l'obésité et l'anxiété collective qu'il traduit s'est toutefois accompagné de débats tout aussi passionnés concernant sa légitimité. Certaines critiques, pour la plupart issues des sciences sociales, argumentent notamment que bien qu'il y ait eu une augmentation du poids moyen à l'échelle populationnelle, celle-ci n'en fait pas pour autant une « épidémie », et que, de surcroît, la surcharge pondérale n'est pas nécessairement nuisible de façon universelle. Ces critiques ont généré des analyses sociologiques intéressantes du discours épidémique soulignant l'influence des émotions dans la prolifération publique de celui-ci. Définissant cette influence comme une « panique morale » autour de l'adiposité manipulant le public, elles omettent toutefois de mettre au jour les processus sociaux et culturels impliqués dans le cadrage de la surcharge pondérale en tant que « maladie » et « épidémie », et de rendre compte du rôle complexe joué par les émotions dans ceux-ci. Comment en effet expliquer l'intensification affective autour de la surcharge pondérale dans les sociétés postindustrielles sans pour autant interpréter les émotions qui s'y attachent comme des forces irrationnelles et mystificatrices? Quels sont les soubassements sociologiques de la définition contemporaine de la surcharge pondérale comme une « épidémie » et ses conséquences à l'échelle des expériences affectives et relationnelles quotidiennes des personnes qui vivent présentement dans des corps plus larges? Finalement, de quelle(s) façon(s) le discours épidémique sur l'obésité est-il impliqué plus ou moins directement dans le recours croissant à la chirurgie bariatrique?

Dans l'objectif de répondre à ces questionnements, ce chapitre propose de considérer les émotions liées au discours épidémique comme une entrée analytique pour saisir la rationalité constitutive des politiques sanitaires actuelles entourant la surcharge pondérale et les mécanismes

sociologiques à l'œuvre dans la construction des subjectivités contemporaines autour du poids et de son contrôle. Si, comme on l'a vu précédemment, l'origine de l'intensité des émotions rattachées à l'obésité remonte à l'ère industrielle, où l'adiposité se trouve située en porte-à-faux avec la définition collective du progrès civilisationnel et du sujet moderne, il s'agit d'analyser comment le discours de l'épidémie d'obésité participe à son tour à la définition et à la constitution du sujet contemporain. Plus précisément, j'argumente que les politiques actuelles de lutte contre l'obésité s'inscrivent dans une rationalité biosécuritaire visant à *anticiper* le risque pondéral, davantage qu'à prévenir des comportements à risque, elle-même inscrite dans les reconfigurations biopolitiques plus larges du rapport à la santé, au corps et à la citoyenneté constitutives des sociétés contemporaines occidentales. La propension « épidémique » de l'obésité est en effet définie par l'IMC, qui, en tant qu'outil statistique devenu outil diagnostique, repose sur une mise en relation temporelle directe entre la condition biologique de la population et celle de l'individu, mais aussi entre la condition biologique présente et la condition biologique future. Cette mise en relation biomédicale et prospective entre menace adipeuse et maladie anticipée, malgré sa puissance d'action inégalée, demeure néanmoins une simple « virtualité » tant qu'elle n'est pas *vécue* comme réelle par les individus : les discours sanitaires doivent alors inciter les citoyens à *ressentir* leur propre futur biologique comme incertain et comme nécessitant un contrôle, une régulation, une prise en charge à travers des pratiques quotidiennes de gestion du risque pondéral. Pour ce faire, les politiques de lutte contre l'obésité tendent à reposer sur des stratégies d'activation et de mise en circulation d'émotions préexistantes associées au « corps gros » (la peur, le dégoût, la honte, etc.) dans le but d'inciter les individus à craindre le risque pondéral et à l'anticiper. En articulant des associations affectives profondément ancrées dans la culture des sociétés libérales modernes à la logique biomédicale du risque, ces stratégies tendent alors à accentuer le stigmatisme lié à la surcharge pondérale. Valorisant chaque citoyen comme un sujet autonome et responsable de ses propres risques de santé, les politiques sanitaires contemporaines individualisent largement la problématique de la surcharge pondérale, masquent ses déterminants structurels et aggravent ainsi la stigmatisation voire la discrimination des personnes plus larges. C'est en effet à l'intérieur de ce « paysage affectif » santéiste que se renouvelle selon moi l'idéal hygiéniste et capacitiste d'un « monde sans gros »¹⁷⁰ qui se traduit par le fait que les individus corpulents soient constamment incités à perdre du poids et à devenir plus minces. Et c'est également dans ce contexte que me semble

¹⁷⁰ Je reprends ici l'expression de la sociologue Fany Guy, qui a mis à jour dans sa thèse portant sur la lutte contre le tabagisme un déplacement similaire des politiques sanitaires de lutte contre le tabac passant d'une pathologisation du tabac à une pathologisation des fumeurs. Voir Guis, Fany, Op. cit. 2013.

s'inscrire l'augmentation constante de la prévalence des chirurgies de perte de poids dans les sociétés occidentales contemporaines, comme j'essaierai de le montrer.

I. La lutte anti-obésité contemporaine, expression d'une « panique morale » autour du gras?

1.1. D'un simple facteur de risque à une pandémie : retour sur la dramatisation affective d'un enjeu de santé publique

Commençons par revenir rapidement sur l'évolution sémantique qui a propulsé l'obésité sur le devant des scènes politico-sanitaires et médiatiques et en a fait l'ennemi principal de la sécurité sanitaire. Si les anxiétés culturelles et médicales relatives à l'excès de gras datent véritablement du milieu de l'ère industrielle, la préoccupation première des gouvernements reste celle de la malnutrition jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Ce n'est qu'à partir du milieu du 20^{ème} siècle, alors que l'obésité cesse d'être l'apanage des nantis pour devenir au contraire une caractéristique des occupants des positions sociales les plus précaires que l'obésité est définie comme un « facteur de risque » déterminant dans l'expansion des maladies chroniques, en particulier des maladies cardiovasculaires et du diabète de type 2. Ce premier cadrage « public » de l'obésité s'appuie originellement sur la mise en évidence, par les sociétés d'assurance nord-américaines, de liens statistiques entre la corpulence et l'espérance de vie, et entre la corpulence et les dépenses de santé. Tandis que certaines compagnies affirment dès les années 1910 qu'une surcharge de 10% du poids idéal réduirait « universellement » la durée de vie¹⁷¹, la *Metropolitan Life Insurance* (Metlife) introduit en 1922 des indicateurs de santé encore plus précis afin d'évaluer les risques de chaque assuré¹⁷². Au courant des années 1940 et 1950, aux États-Unis, ces compagnies institutionnalisent de telles mesures, établissant des corrélations entre surpoids et mortalité sous le regard sceptique, mais favorable, de l'appareil médical¹⁷³. C'est au courant des années 1950 que l'on identifie plus précisément les pathologies impliquées dans la diminution de l'espérance de vie des personnes obèses, dont la mortalité cardiovasculaire et du diabète de type II¹⁷⁴. Les premières associations scientifiques et revues médicales spécialisées sur l'obésité apparaissent ensuite à l'échelle transnationale dès la fin des années

¹⁷¹ Claude Fischler, *L'homnivore*, Paris : Odile Jacob, 1990, p. 318-321.

¹⁷² Lui permettant ainsi d'affirmer que la mortalité augmente « de 30% au-dessus de la normale lorsque le surpoids est de 20% chez un homme mesurant 1,70m et âgé de 40 à 44ans » et de « 80% pour ce même homme si le surpoids est de 40% », dans Vigarello, Georges, Op. cit. 2010, p. 449.

¹⁷³ Poulain Jean-Pierre, *Sociologie de l'Obésité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p. 169.

¹⁷⁴ Ibid., p. 176.

1960, menant progressivement à l'institutionnalisation de la problématique de l'obésité dans le milieu médical¹⁷⁵. En 1985, un groupe d'experts mandatés par l'Institut national de la santé américain (*National Institute of Health*), va évaluer la morbidité ainsi que les demandes de remboursements de frais de santé associés au surpoids effectuées auprès des compagnies d'assurances américaines, pour en conclure que l'obésité représente un « problème majeur de santé publique d'une importance considérable aux États-Unis »¹⁷⁶.

Au cours des décennies suivantes, l'obésité connaîtra ensuite une évolution sémantique importante rendant compte de l'intensification rapide des inquiétudes relatives à l'excès de graisse à la fin du 20^{ème} siècle. Dans les années 1990, l'obésité change en effet de statut nosologique en passant d'abord du simple facteur de risque à une maladie en tant que telle, inscrite dans la nosographie officielle de l'*International Classifications of Disease* (ICD-9-CM, 1990)¹⁷⁷. Comme le souligne Poulain, ce statut de l'obésité comme maladie restera néanmoins ambigu : « elle est reconnue en tant que maladie par l'appareil médical, mise en avant comme un fléau potentiel par les organismes d'assurance sociale, mais les personnes qui en sont atteintes ne bénéficient pas d'une véritable prise en charge, comme c'est le cas pour les autres 'vraies' maladies »¹⁷⁸. C'est ensuite la proposition de l'OMS de définir l'IMC comme outil de mesure international de l'obésité qui va venir modifier radicalement la problématisation de l'obésité en 1995. L'obésité, jusque-là interprétée à la lumière d'une normativité de type qualitative, comme un « excès de masse adipeuse » laissé à l'évaluation subjective du médecin, correspond désormais à « un IMC supérieur à 30 »¹⁷⁹. Tandis que l'IMC était auparavant présenté par l'OMS comme un indicateur approximatif, un outil de pré-diagnostic à utiliser avec parcimonie, il devient soudainement une définition de l'obésité en tant que telle¹⁸⁰. Dès lors, l'IMC acquiert une valeur prédictive qu'il n'avait pas : bien que la personne puisse ne pas « se sentir malade » et qu'il ne soit pas encore possible pour le médecin d'identifier une quelconque dégradation fonctionnelle de

¹⁷⁵ Ibid., p. 165.

¹⁷⁶ Ibid., p. 165. Poulain cite ici un rapport du National Institute of Health (NIH), *Health implications of obesity*, Bethesda, NIH, 1985. La *National Obesity Society* est ainsi fondée en 1920 afin de tenter de diffuser l'idée que la perte de poids améliorerait la santé. Accusée d'avoir des intérêts commerciaux à faire maigrir (elle deviendra d'ailleurs vingt ans plus tard l'*American Society of Bariatric Physicians*), celle-ci n'obtiendra toutefois pas une grande reconnaissance au sein du milieu médical.

¹⁷⁷ Ibid. p. 168.

¹⁷⁸ Ibid., p. 169.

¹⁷⁹ Aujourd'hui, les seuils de l'IMC définissant les différentes catégories de la corpulence situent ainsi la « corpulence normale » entre 18.5 et 24.9, le « surpoids » entre 25 et 29.9, l'« obésité » entre 30 et 39.9 et l'« obésité morbide » au-dessus de 40. Voir : OMS (1997) « Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale », Genève, série de rapports techniques, n°894,

¹⁸⁰ OMS, « Physical status: the use and interpretation of anthropometry », *WHO Technical Report Series n°854*, Geneva, WHO, 1995, p. 368-369.

l'organisme à l'échelle de l'individu (des taux élevés de glucose sanguin par exemple), elle peut être diagnostiquée comme obèse et malade sur la seule base d'un calcul de son excès de poids par rapport au modèle mathématiquement établi du poids « moyen » ou « normal ». Mesure du rapport poids/taille (kg/m^2) et non pas de la masse grasseuse, on peut toutefois reprocher à l'IMC de ne pas prendre en compte les variations de la masse et de la densité osseuse et de ne pas différencier la masse musculaire de la masse grasseuse, celles-ci ayant pourtant des fonctionnalités et des densités de poids différentes¹⁸¹. L'IMC ne reconnaît pas non plus les variations ayant trait au genre ou à la race qui existent entre les populations. Ainsi, les femmes et les hommes sont mesurés par le même index, même si on sait que les femmes conservent naturellement plus de graisse que les hommes¹⁸². Cela souligne un autre problème majeur de l'IMC, qui est de ne pas tenir compte de la fonctionnalité différente du tissu adipeux relativement à sa localisation dans le corps. On sait en effet qu'en matière de conséquences sur la santé, les personnes qui ont un dépôt de graisse important au niveau du torse sont plus à risque de développer des maladies cardiovasculaires que celles qui ont de la graisse au niveau des cuisses¹⁸³. De la même façon, il existe une différence entre la graisse « sous-cutanée », qui correspond à la couche de graisse visible qui s'accumule sous l'épiderme et qui n'est pas forcément nuisible, à la graisse dite « viscérale », qui, parce qu'elle entoure les organes vitaux, peut effectivement être associée à des risques plus élevés de diabète, de maladies cardiovasculaires et d'AVC¹⁸⁴. Malgré ses limites évidentes, l'IMC est non seulement devenu l'outil principal des médecins pour définir l'obésité, mais également une norme corporelle à valeur prescriptive. Désormais, les individus détiennent en effet un instrument extrêmement simple leur permettant de déterminer par eux-mêmes leur condition individuelle en rapport à la norme de poids instituée¹⁸⁵.

En permettant de définir différents seuils dans l'excès de poids, du simple surpoids à l'obésité morbide en passant par toute une série d'états intermédiaires jugés problématiques, l'IMC deviendra également l'instrument privilégié des épidémiologistes pour estimer et surveiller la propagation de la progression mondiale de l'obésité. Si la mesure de cette progression repose sur l'IMC, elle est donc également dépendante des différentes catégories ou intervalles de poids auxquelles sont arbitrairement associées les valeurs relatives calculées par cet index. Ainsi, en 1997, sur la base de cet index et des

¹⁸¹ Guthman, Julie, *Weighting In. Obesity, Food Justice and the Limits of Capitalism*, Berkeley: University of California Press, 2011, p. 28.

¹⁸² Ibid. p. 28

¹⁸³ Ibid., p. 29.

¹⁸⁴ Montague, C.T. et S. O'Rahilly, « The perils of portliness: Causes and consequences of visceral adiposity », *Diabetes*, 2000, 49:883-88, cité dans Guthman, Julie, Op. cit., p. 29.

¹⁸⁵ Poulain Jean-Pierre, Op. Cit., p. 174-177.

seuils de poids établis, l’OMS va en effet opérer un coup de force épistémologique en redéfinissant l’obésité comme une véritable « épidémie globale »¹⁸⁶. Si la notion d’épidémie renvoie usuellement à des maladies contagieuses d’origine infectieuse¹⁸⁷, l’OMS va ainsi jouer sur la métaphore, évoquer l’émotivité associée aux épidémies infectieuses afin de faire de la lutte mondiale contre le surpoids et l’obésité une urgence de santé publique et justifier la mise en œuvre d’actions préventives immédiates. La désignation de l’obésité comme « épidémie » génère en effet un état généralisé de crise qui suscite un nouvel engouement scientifique et institutionnel dont rend bien compte l’explosion de statistiques, d’articles de revues et de rapports institutionnels alarmistes publiés sur la question par la suite. Comme l’affirme Poulain, elle fait efficacement « sortir l’obésité des laboratoires, des hôpitaux, de l’univers médical » pour « en faire une question de santé publique, une question collective, une question politique »¹⁸⁸. « Première épidémie non infectieuse de l’histoire de l’humanité »¹⁸⁹ l’obésité devient en même temps un phénomène médiatique, ce qui surenchérit sur le sentiment d’urgence et de crise entourant la progression continue du surpoids. Suivant la désignation de l’obésité comme « épidémie », les articles médiatiques publiés sur cette question se multiplient ainsi à l’échelle internationale. Entre les années 1990 et 2005, le journal *New York Times* aura ainsi publié à lui seul plus de 750 articles sur l’obésité, la majorité d’entre eux après 1998¹⁹⁰.

Une des conséquences de cette désignation de l’obésité comme une « épidémie » nationale, voire une pandémie globale, est de venir masquer la distribution très largement différenciée de ses effets dans l’espace social. L’une des conclusions les plus concordantes de la littérature consacrée à l’analyse de l’évolution de cette « épidémie » d’obésité insiste en effet sur la relation inverse qui existe dans les pays industrialisés, entre la masse corporelle et la position sociale, relation particulièrement marquée chez les femmes, et de plus en plus évidente chez les hommes :

« Loin de suivre une distribution aléatoire dans l’espace social, les différences de poids correspondent (de plus en plus) aux tracés de la division sociale et sexuelle du travail. Encore relativement rare parmi les personnes qui occupent des positions sociales dominantes,

¹⁸⁶ OMS, « Obésité : prévention et prise en charge de l’épidémie globale », *Rapport de consultation de l’OMS*, Genève : OMS, Série de Rapports techniques, 1997.

¹⁸⁷ Le dictionnaire Larousse définit présentement le terme « épidémie » de la sorte : « Développement et propagation rapide d’une maladie contagieuse, le plus souvent d’origine infectieuse, dans une population ».

¹⁸⁸ Poulain, Jean-Pierre, Op. cit., p. 172.

¹⁸⁹ Frogel, Philippe, « L’obésité, première épidémie non-infectieuse de l’histoire », *Le monde*, 14 mars 2000.

¹⁹⁰ Boero, Natalie “All the news that’s fat to print: The American ‘obesity epidemic’ and the media”, *Qualitative Sociology*, 2007, vol. 30, n°1, p. 41-60

l'« obésité » a une prévalence disproportionnée dans la population confinée dans les sphères les plus précaires de l'espace social »¹⁹¹.

On constate aussi que loin de fléchir, comme on attendrait d'une « épidémie », l'écart pondéral entre les personnes en haut et en bas de l'échelle sociale s'est largement creusé au cours des dernières décennies¹⁹². Tandis que la progression de l'obésité touche principalement des populations précarisées, confirmant donc l'importance des facteurs sociaux, culturels et économiques dans le phénomène, le langage épidémiologique tend néanmoins à « naturaliser » l'explication en considérant « presque exclusivement le poids comme un indice de pathologie *organique* »¹⁹³. Comme le souligne le sociologue Dieter Vandebroeck, « en mettant l'accent sur le lien physiologique 'direct' entre graisse corporelle et santé individuelle, cette orientation conduit à négliger ou à minimiser la façon plus 'indirecte' et plus symbolique dont la corpulence affecte le bien-être, en particulier par la conscience effective qu'ont les agents de la stigmatisation de leur propre capital physique »¹⁹⁴. Cette minimisation des perceptions sociales dominantes de l'obésité et de la stigmatisation qui accompagne celles-ci, ainsi que le sentiment d'urgence caractérisant le discours épidémique, soutient alors des campagnes de santé publique pouvant renforcer la stigmatisation des plus démunis. La crainte des coûts potentiels de l'obésité en termes de dépenses en soins de santé collectifs a en effet encouragé les gouvernements des pays industrialisés à mettre en place des interventions sanitaires ciblant directement les segments de la population désignés par les études épidémiologiques comme propices à un mode de vie particulièrement « obésogène »¹⁹⁵, à savoir les classes populaires. Au Canada par exemple, les

¹⁹¹ Vandebroeck, Dieter, « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique », *Le Seuil*, Actes de la recherche en sciences sociales, 2015, 3, n°208, p. 18. À ce sujet, voir aussi : Jeffery Sobal et Albert J. Stunkard, « Socioeconomic status and obesity: a review of the literature », *Psychological Bulletin*, vol. 105, n°2, mars 1984, p. 260-275 et Lindsay McLaren, « Socioeconomic status and obesity », *Epidemiological Review*, vol. 29, 2007, p. 29-48.

¹⁹² Vandebroeck, Dieter, Op. Cit. p. 18. Voir aussi, Thibault de Saint Pol, « L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent », *INSEE Première*, 1123, février 2007, p. 1-4.

¹⁹³ Ibid., p. 18.

¹⁹⁴ Ibid., p. 18.

¹⁹⁵ La thèse des « environnements obésogènes », autour de laquelle gravite de plus en plus les discussions scientifiques, postule que l'augmentation générale de l'IMC serait liée à la localisation géographique et à la difficulté physique d'accès à des espaces « santé » (ex : marchés publics, épiceries, pistes cyclables, salles de gym et parcs accessibles à pied, etc.). Cette approche prétend appréhender l'obésité comme une problématique « complexe » et « multifactorielle », liée autant à la prévalence de restaurants de *fast-food*, qu'au milieu de vie ou à l'emploi. Or, parce qu'elle continue de se fonder sur le modèle de la balance énergétique expliquant la prise de poids comme le résultat d'une relation déséquilibrée entre l'énergie ingérée (alimentation) et l'énergie dépensée (activité physique), elle défend typiquement des interventions ciblant l'un ou l'autre de ces pôles. Comme l'ont déjà soulevé plusieurs auteurs, cette concentration récente sur l'« environnement » continue dès lors de responsabiliser les individus dans la prise en charge de leur état de santé, plutôt qu'à cibler les structures capitalistes plus larges impliquées dans la transformation des écologies corporelles depuis l'ère industrielle. À ce sujet, voir notamment Guthman, Julie, « Does your neighborhood makes you fat? », dans *Weighing In. Obesity, food Justice, and the limits of capitalism*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2011, p. 66-89.

campagnes mises en œuvre ciblent les individus et les familles appartenant aux segments populationnels jugés les plus « à risque » (les pauvres et les minorités ethniques¹⁹⁶, mais aussi les enfants, visant ainsi leurs parents) dans leurs environnements immédiats, dans leurs différents milieux de vie pour les « accompagner » dans l'adoption de « saines habitudes de vie »¹⁹⁷. Bien que cette approche cherche à tenir compte des facteurs sociaux et économiques liés à l'excès de poids, ces initiatives, en prenant la forme d'« éducation à la santé » (guides diététiques, programmes dans les écoles, campagnes de sensibilisation aux bienfaits d'une alimentation saine et de l'exercice physique, etc.) s'adressent ainsi majoritairement aux femmes des classes populaires, qui, en leur capacité d'épouses et de mères, sont encore considérées comme les principales responsables de l'éducation morale de leur classe¹⁹⁸. Malgré leurs efforts pour rompre avec une ancienne approche de la santé publique jugée paternaliste et moralisatrice¹⁹⁹, ces initiatives viennent ajouter leur propre force symbolique à la stigmatisation morale des plus démunis, dont la corporalité est déjà jugée comme illégitime. Déjà considérées comme ignorantes, irresponsables et incontrôlables, les personnes aux

¹⁹⁶ Les noirs-américains et les latinos aux États-Unis et les Autochtones au Canada. À ce sujet, voir Campos Paul et al. « The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 35, n° 1, p. 55–60 et Boero Natalie « Bypassing Blame. Bariatric surgery and the case of biomedical failure », dans Clarke, Adèle et al. (dir.) *Biomedicalization. Technoscience, health and illness in the US*, Durham: Duke University Press, 2010, p. 307.

¹⁹⁷ Tel que le souligne l'OMS : « Les stratégies de santé publique en vue d'améliorer la prévention et la prise en charge de l'obésité doivent viser à obtenir un environnement favorable à de meilleures habitudes alimentaires et à une activité physique plus intense dans l'ensemble de la communauté. Des mesures appropriées doivent être prises pour modifier les règles d'urbanisation, les politiques de transport, les lois et les réglementations, ainsi que les programmes scolaires en conséquence, offrir les incitations économiques nécessaire, introduire des normes dans la restauration, promouvoir la santé et assurer l'éducation pour la santé et favoriser la production familiale d'aliments », OMS, *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, 2003, p. 210.

¹⁹⁸ Étant donné la naturalisation du rôle « traditionnel » des femmes dans la gestion du panier d'épicerie familial, la préparation des repas et la transmission culturelle, les femmes des classes populaires se voient en effet définies comme les premières responsables de l'épidémie d'obésité et les principaux leviers de l'intervention publique. Elles sont ainsi incitées à inculquer à leurs enfants de meilleures pratiques de consommation alimentaire, par exemple en cuisinant plus 'santé' ou en structurant davantage le moment des repas. À ce sujet voir: Warin Megan et al. « Mothers as smoking guns: Fetal overnutrition and the reproduction of obesity », *Feminism and Psychology*, 2012, vol. 22, n°3, p. 360-375; Boero Natalie, « Fat kids, working moms, and the 'epidemic of obesity' » dans Rothblum, E. and Solovay S (dir.) *The Fat Studies Reader*, New York: NYU Press, 2009, p.113–119; Zivkovic, T, et al. « In the name of the child: the gendered politics of childhood obesity », *Journal of Sociology*, 2010, vol. 46, n°4, 375–92.

¹⁹⁹ Ces initiatives s'inscrivent en effet dans la perspective de la « nouvelle santé publique », telle que définie dans la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé en 1986. Mettant l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des risques, plutôt que sur le traitement des maladies, celle-ci souligne la nécessité de tenir compte des déterminants sociaux de la santé, tels que l'environnement et les conditions socioéconomiques. On lui a toutefois reproché d'imposer une vision normative de la santé entraînant une stigmatisation des personnes ne répondant pas aux normes sanitaires, notamment en termes de gestion individuelle des risques liés à la santé. À ce sujet voir: Petersen, A., Lupton, Deborah, *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*, Londres, Sage, 1996.

corps plus larges semblent désormais refuser délibérément de tenir compte des nombreux avertissements officiels diffusés par les organismes publics de santé et de perdre du poids.

Relativement inefficaces, ces stratégies préventives n'ont toutefois pas su renverser ni même ralentir la progression de la prévalence du gradient du poids²⁰⁰, justifiant de la part des autorités sanitaires de donner un nouveau coup d'accélérateur dans la lutte contre l'obésité. Face à cette inefficacité, les politiques anti-obésité semblent alors s'être intensifiées, devenant plus combatives encore. À partir du début des années 2000, les discours institutionnels, scientifiques et médiatiques entourant l'augmentation continue de la prévalence de l'obésité prennent en effet un ton de plus en plus dramatique. Fréquemment qualifiée de « bombe à retardement », de « fléau imminent », de « bombe de graisse » (*fat bomb*) ou de « tsunami », l'obésité est décrite en termes de crise, d'urgence et d'alarme dans un langage multipliant les métaphores guerrières pour insister sur la nécessité vitale d'agir rapidement²⁰¹. Accusée d'être responsable de l'expansion quasiment inéluctable des maladies chroniques, de la croissance des déficits gouvernementaux et de l'avenir hypothéqué de la nation, l'adiposité est aujourd'hui associée à maints périls collectifs. L'obésité infantile, en particulier, suscite de vives inquiétudes quant à la menace de dommages futurs, annonçant des niveaux inconnus et donc potentiellement ingérables de maladies et de catastrophes économiques. Le corps des enfants et des jeunes, symbolisant le futur de la nation, condense alors toutes les anxiétés liées au surpoids et à l'obésité, mais aussi l'unique espoir de freiner le développement incontrôlable des maladies chroniques²⁰². Ainsi, alors qu'en 2006, l'ancien administrateur du système public de santé des États-Unis définit l'obésité juvénile comme « la Terreur intérieure » (*the terror within*), c'est-à-dire comme une menace plus importante que le terrorisme pour la sécurité de la nation américaine²⁰³, c'est sur un ton tout aussi alarmiste que la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) déclare en 2011 que la population vieillissante des obèses québécois viendra à bout du système de santé si aucune action préventive n'est prise d'urgence :

²⁰⁰ Campbell, K. et al. "Interventions for preventing childhood obesity in childhood. A systematic review", *Obesity Reviews*, 2001, vol. 2, n°3, p. 149–57; Flynn, M.A.T et al., "Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations", *Obesity Reviews*, 2006, 7, Suppl. 1, p. 7–66; Walls, H. et al. "Public health campaigns and obesity – a critique", *BMC Public Health*, 2011, vol. 11, n°1, p. 1–7.

²⁰¹ Saguy, Abigail et Kevin Riley, "Weighing both sides: morality, mortality, and framing contests over obesity", *Journal health polit policy law*, 2005, vol. 30, n°5, p. 869-923.

²⁰² Evans, Bethan, « Anticipating fatness: childhood, affect and the pre-emptive 'war on obesity' », *Transactions of the Institute of British Geographers New Series*, 2010, vol. 35, n°1, p. 21-38.

²⁰³ Le Dr. Richard Carmona, interrogé dans le documentaire *Killer at Large: Why Obesity is America's greatest Threat* sortie en 2006 déclarait en effet: "[...] obesity is the terror within. It is destroying us and destroying our society from within and unless we do something about it, the magnitude of the dilemma will dwarf 9-11 or any other terrorist attempt".

« La menace ne viendra vraisemblablement pas du vieillissement puisque [...] tout dépendra de l'état de santé des personnes âgées. Si rien n'est fait, la menace qui risque de changer la donne et de faire exploser les coûts du système de santé sera bien davantage engendrée par l'épidémie d'obésité qui sévit et qui touche un nombre croissant d'adultes, d'enfants et de jeunes adultes. Cette frange de la population sédentaire aux mauvaises habitudes de vie alimentaires, vieillira et cumulant nombre de pathologies liées qui requerront davantage de visites, de suivis, d'examen, d'interventions, de prise de médicaments, etc. Difficile de croire que le réseau sera en mesure de supporter une telle pression, lui qui peine déjà à suivre la cadence »²⁰⁴.

Tout comme le sociologue Jean-Jacques Amyot l'a analysé pour la vieillesse, l'obésité « ne fait pas seulement courir des risques [...] elle serait un risque qui diffuse à toute la condition humaine, risque qui se matérialiserait dans des risques concrets, ponctuels, circonscrits, parties émergées de l'iceberg »²⁰⁵. Dans un tel contexte sécuritaire, l'obésité la plus évidente, la plus visible, pointe de l'iceberg d'une problématique de fond engageant l'avenir même de la civilisation, devient alors le catalyseur de toutes les peurs et angoisses collectives et la cible d'interventions de plus en plus coercitives. C'est en effet dans ce climat de « crise » que doit à mon sens se comprendre la généralisation du recours aux chirurgies de perte de poids dans les sociétés industrialisées contemporaines.

1.2. La sociologie critique de l'obésité ou le discours épidémique comme « panique morale »

Alors que les représentations discursives de l'obésité en tant qu'épidémie grandissante se sont imposées dans la littérature issue des sciences de la santé et généralisées dans l'espace public, la recherche médicale sur l'obésité se caractérise néanmoins par une absence de consensus. C'est avant tout l'utilisation même de la notion d'« épidémie » pour décrire les changements du poids de la population au fil du temps qui est questionnée. Katherine Flegal, éminente chercheuse en obésité du *National Center for Health Statistics of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, conteste ainsi l'idée que la population des États-Unis aurait récemment connu une augmentation soudaine de son poids corporel moyen, affirmant au contraire qu'il s'agirait plutôt d'une augmentation graduelle remontant à la deuxième moitié du 19^{ème} siècle. Tendances à long terme, plutôt qu'éruption soudaine de cas, l'obésité devrait alors plutôt « être considérée comme *endémique*, et non épidémique »²⁰⁶. Des

²⁰⁴ FMSQ, Dossier « L'obésité n'est pas une mince affaire », *Le spécialiste, magazine de la Fédération des médecins spécialistes du Québec*, vol. 13, n° 3, septembre 2011.

²⁰⁵ Amyot, Jean-Jacques, « Vieillesse, contrôle social et idéologie sécuritaire. Entre autonomie et dépendance », *Vie sociale*, 2012, 1/1, p. 125-143. À ce sujet, voir aussi : Céline Lafontaine, *La société post-mortelle : la mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*, Paris : Seuil, 2008.

²⁰⁶ « Although these phenomena are often referred to as the obesity “epidemic,” the word may be misleading. An epidemic is a number greater than expected, but what would be the expected prevalence of obesity? The prevalence

recherches plus récentes avancent par ailleurs qu'il n'y aurait pas eu d'augmentation significative du poids de la population états-unienne depuis 1999 et que les taux d'obésité se seraient en réalité stabilisés²⁰⁷. Ce manque de consensus autour du statut à attribuer à la croissance de la prévalence de l'obésité concerne également la définition et la mesure de l'obésité, les effets de l'obésité sur la santé, ainsi que l'efficacité et les effets des traitements visant à normaliser le poids. Des débats surgissent ainsi quant à la classification de l'obésité en tant que « maladie », la pertinence de l'indice de masse corporelle comme outil de mesure, les conséquences de l'excès de poids sur la santé, la pertinence de la perte de poids systématique, la possibilité de maintenir une perte de poids sur le long terme, les répercussions de la perte de poids non maintenue, et la nécessité d'une intervention pour normaliser le poids alors que la plupart des approches sont inefficaces, voire néfastes.

Ce sont précisément ces controverses scientifiques qui intéressent la sociologie critique de l'obésité. Le sociologue Jean-Pierre Poulain établit une distinction entre deux types de sociologie de l'obésité, une perspective positiviste qui tend à adopter le point de vue empiriste et déterministe de l'épidémiologie et à soutenir la recherche médicale en identifiant les facteurs sociaux impliqués dans l'obésité-maladie, et une perspective d'orientation constructiviste s'intéressant quant à elle à la construction sociale de l'obésité comme « problème » scientifique et politique en portant attention aux représentations socioculturelles qui sous-tendent la définition même de l'obésité comme « maladie » et sa désignation comme enjeu prioritaire de santé publique²⁰⁸. Les *fat studies*, en voie d'institutionnalisation dans les sciences sociales anglophones, tendent quant à elles à radicaliser cette approche constructiviste. Champ interdisciplinaire au croisement du militantisme « Fat » et du féminisme universitaire de type intersectionnel, cette littérature s'applique à critiquer la médicalisation de l'obésité en déconstruisant les discours produits par les sciences de la santé. Un volet important de cette littérature critique adopte ainsi une position agnostique, voire explicitement hostile à l'égard de l'essor des discours désignant l'obésité comme une « épidémie »²⁰⁹. Ces critiques affirment que la

in 1960, which was about 15 percent? Obesity might more properly be regarded as endemic, not epidemic. Data dating back to the Civil War, though limited, suggests that weight has been increasing steadily ever since and increasing at a slower rate now than it did in the last half of the 19th century. A broader perspective then would suggest that the current trends in obesity are a further manifestation of this longer-term trend and not a sudden outbreak of a disease », dans Bartoshuk, Linda, "The 'obesity epidemic': An interview with Katherine Flegal", *Observer*, 2010, vol. 23, n°1.

²⁰⁷ Flegal, Katherine et al. "Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010", *Journal of the American Medical Association*, 2012, vol. 207, n°5, p. 491-497.

²⁰⁸ Poulain, Jean-Pierre, Op.cit., 2009, p. 23.

²⁰⁹ Voir notamment: Monaghan, Lee, "Discussion piece: A critical take on the obesity debate", *Social Theory & Health*, 2005, vol. 3, p. 302-314; Herr Stephenson, Rebecca et Benet-Weiser, Sarah, "Super-sized kids: obesity, children,

tendance à confondre « surpoids » et « obésité » permet d'accroître l'ampleur apparente du « problème de l'obésité » et de renforcer l'inquiétude quant aux menaces qu'il représente²¹⁰. L'obésité se trouve alors associée aux maladies pour lesquelles elle constitue un facteur de risque, ce qui permet de présenter le corps « obèse » comme un signe de maladie et de danger futur, et donc comme essentiellement « risqué »²¹¹. Le sociologue Lee Monaghan reproche à la notion d'épidémie de renforcer ainsi la sensation de crise et d'urgence, déplaçant ainsi le débat concernant l'existence du problème de l'obésité à ce qui devrait être fait pour lutter contre l'épidémie :

« Le très médiatisé "débat sur l'obésité" se concentre souvent sur les 'solutions' envisagées pour un problème considéré comme une évidence (c'est-à-dire comme un problème apocalyptique en devenir), plutôt que de remettre en question la construction de la grosseur en tant que problème de santé publique majeur auquel il faut répondre »²¹².

Avançant que le débat sur l'obésité doit être replacé dans le cadre d'une peur généralisée de la graisse fondée sur des normes sociales et culturelles (plutôt que sur des preuves scientifiques irréfutables) desservant par ailleurs les intérêts commerciaux de l'industrie pharmaceutique et de celle de l'amaigrissement, l'auteur suggère que les taux de surpoids et leurs effets sur la santé doivent être questionnés, notamment l'hypothèse selon laquelle les poids élevés seraient nécessairement toujours nuisibles à la santé²¹³. D'autres auteurs comme Paul Campos et ses collègues prolongent cet argumentaire en affirmant que les données statistiques disponibles sur l'évolution du poids aux États-Unis mettent en évidence une augmentation somme toute relativement modeste du poids moyen de la population américaine qui rend injustifié le recours à la notion d'épidémie, suggérant quant à elle une croissance exponentielle :

« Ce qu'on a observé aux États-Unis, c'est une inclinaison relativement modeste vers la droite du poids moyen sur la courbe de distribution, les personnes de poids inférieur ayant peu ou pas pris de poids, et la majorité des personnes pesant ~3-5 kg de plus qu'il y a une génération. La prise de poids de l'Américain moyen peut s'expliquer par 10 calories supplémentaires par jour, ou l'équivalent d'un Big Mac une fois tous les deux mois. L'équivalent en exercice

moral panic, and the media", dans *The Children's Television Community*, Routledge, 2007, p. 277-291; Saguy, A. et Almeling, R. "Fat in the fire? Science, the news media, and the 'obesity epidemic'", *Sociological Forum*, 2008, vol. 23, n°1, p. 53-83; Campos, P., et al. "The epidemiology of overweight and obesity: Public health crisis or moral panic?", *International Journal of Epidemiology*, 2006, vol. 35, n°2, p. 55-60; Rich, Emma and Evans, John, "Fat ethics: The obesity discourse and body politics", *Social Theory & Health*, 2005, vol. 3, p. 341-358.

²¹⁰ Campos, P. et al. 2006, Op. cit.; Lupton, Deborah, *Fat*, New York: Routledge, 2013; Holland, K. et al., « Our girth is plain to see: an analysis of newspaper coverage of Australia's future fat bomb », *Health, Risk and Society*, 2011, vol. 13, n°1, p. 31-46.

²¹¹ Evans, Bethans, Op. cit., 2010; McNaughton, D. "Diabesity' down under: overweight and obesity as cultural signifiers for type 2 diabetes mellitus", *Critical Public Health*, 2013, vol. 23, n°3, p. 274-88.

²¹² Monaghan, Lee, 2005, Op. Cit., p. 303.

²¹³ Ibid.

physique serait quelques minutes de marche par jour. On est donc loin de cette orgie de fast-food et d'inactivité à laquelle on attribue généralement la supposée explosion de graisse »²¹⁴.

Avançant que la rhétorique actuelle au sujet de la « crise » de l'obésité serait moins motivée par le risque réel posé par l'augmentation du poids à la santé publique que par des préoccupations d'ordres culturel et politique, ils proposent ainsi que les discours publics concernant l'obésité s'apparentent à une « panique morale » ciblant des populations marginalisées. Étant donné l'association bien établie entre l'obésité et la précarité, Paul Campos et ses collègues reprennent ainsi la notion de « panique morale » proposée par le sociologue Stanley Cohen pour décrire comment les discours affectifs concernant la progression de l'épidémie d'obésité servent à renforcer les frontières morales contre les minorités et les pauvres²¹⁵. Dans *Folk Devils and Moral Panics : The Creation of Mods and Rockers* (1972), le sociologue Stanley Cohen avance en effet que les périodes de changements sociaux rapides génèrent des anxiétés collectives qui sont fréquemment projetées sur des groupes déjà marginalisés, impliquant une production et une exagération des risques par le recours aux analogies de la catastrophe et du désastre²¹⁶. Selon Campos et ses collègues, le discours sur l'épidémie d'obésité pourrait ainsi traduire les anxiétés culturelles relatives à l'intégration des minorités raciales et à l'immigration dans un contexte politique conservateur et à l'évolution des rôles de genre, la portée affective des discours concernant l'épidémie d'obésité infantile constituant un moyen de culpabiliser les femmes ayant fait le choix de travailler plutôt que de s'occuper uniquement des enfants²¹⁷.

Bien que cette littérature critique associant la lutte contre l'obésité à une « panique morale » ait inauguré une première analyse sociologique du rôle joué par les émotions dans la construction de l'obésité comme une « crise » de santé publique, certains auteurs en ont récemment souligné les limites²¹⁸. Premièrement, cette littérature tend à adopter une approche fermement constructiviste, qui

²¹⁴ Campos, Paul et al. 2006, p. 55. Traduction libre: « The claim that we are seeing an 'epidemic' of overweight, and obesity implies an exponential pattern of growth typical of epidemics. The available data do not support this claim. Instead, what we have seen, in the US, is a relatively modest rightward skewing of average weight on the distribution curve, with people of lower weights gaining little or no weight, and the majority of people weighing ~3–5 kg more than they did a generation ago.3 The average American's weight gain can be explained by 10 extra calories a day, or the equivalent of a Big Mac once every 2 months. Exercise equivalents would be a few minutes of walking every day. This is hardly the orgy of fast-food binging and inactivity widely thought to be to blame for the supposed fat explosion ».

²¹⁵ Campos, Paul et al. Op. Cit., 2006.

²¹⁶ Cohen, Stanley, *Folk Devils and Moral Panics*, MacGibbon and Kee Ltd, 1972.

²¹⁷ À ce sujet, voir Stephenson, R.H. et Banet-Weiser, S., Op. cit. 2007.

²¹⁸ Fraser, Suzanne, Jane Maher et Jan Wright « Between bodies and collectivities: articulating the action of emotion in obesity epidemic discourse », *Social theory and health*, 2010, vol. 8, n°2, p. 192-209; Phillipson, Andrea, «Re-reading 'lipoliteracy': putting emotions to work in fat studies scholarship», *Fat studies*, 2013, 2, 70-86; Farrell, Lucy et al.,

peut parfois la mener à nier qu'il puisse effectivement y avoir maladie et perte de longévité pour les personnes les plus corpulentes. Comme le défend Lauren Berlant, en cadrant l'obésité comme une pure construction sociale et politique, certaines de ces analyses vont alors proposer leur propre définition « anti-normative » de l'obésité sans tenir compte de leur pleine participation à la construction historique de l'objet « obésité »²¹⁹. En ce qui concerne le rôle des émotions dans le discours épidémique, on peut dans un second temps reprocher aux analyses proposées d'accorder un crédit démesuré à la capacité des pouvoirs médiatiques, experts et politiques à façonner les opinions publiques sur la graisse et le poids, qui ne nous permet pas de comprendre en quoi et pourquoi ces discours génèrent aujourd'hui un intérêt public aussi fort, soulèvent ainsi les passions collectives. Au-delà de l'action des autorités publiques, quels sont en effet les mécanismes à l'œuvre dans la construction d'une fièvre collective autour de l'obésité? Quels sont les ancrages sociaux et culturels qui ont permis de définir l'obésité comme une « épidémie »? La notion de « panique morale », telle qu'elle est utilisée dans cette littérature²²⁰, tend en effet à représenter l'audience comme un destinataire passif du contenu des discours médiatiques, surestimant dès lors l'efficacité de ces discours²²¹. Or, comme j'ai essayé de le montrer dans le premier chapitre de cette thèse, les émotions entourant la graisse et le poids précèdent historiquement et dépassent largement les discours plus récents portant sur l'obésité comme risque et comme épidémie. Plutôt que de manipuler une audience candide, les pouvoirs experts, politiques et médiatiques ne font alors qu'activer, mettre en forme et renforcer des associations affectives préexistantes liées à la graisse circulant dans l'espace public²²². Finalement, cette littérature tend de façon problématique à envisager les émotions comme des forces polluantes

« Emotion in obesity discourse: understanding public attitudes towards regulations for obesity prevention », *Sociology of health and illness*, 2015, vol. 38, n°4, p. 543-558.

²¹⁹ À ce sujet, voir Yancey, Antronette et al., « Obesity at the crossroads: feminist and public health perspective », *Signs*, vol. 31, n°2, 2006. Elspeth Probyn, « Silences behind the mantra: critiquing feminist fat », 2008. LeBesco, K., *Revolting Bodies: The Struggle to Redefine Fat Identity*. Boston, MA: University of Massachusetts Press, 2004; LeBesco, K. « Fat panic and the new morality », dans Metzger, J., Kirkland, A (eds) *Against Health: How Health Became the New Morality*, NYU Press, 2010; Berlant, Lauren, « Slow death (obesity, sovereignty, lateral agency) », dans *Cruel optimism*, Dunham: Duke University Press, 2011.

²²⁰ Souvent sans tenir compte des critiques et développements dont elle a fait l'objet depuis sa première formulation par Stanley Cohen. À ce sujet voir: Cohen, Stanley, « Whose side were we on? The undeclared politics of moral panic theory », *Crime, Media, Culture: An international Journal*, vol. 7, n°3, 2011; Chaumont Jean-Michel, « Présentation. Entre paniques et croisades: sociologies et *claim-makers* », 2012, 43-1, p. 1-13.

²²¹ Fraser, Suzanne, Jane Maher et Jan Wright, Op. cit, 2010, p. 199.

²²² À ce sujet, voir aussi : Rail, Geneviève et Shannon Jette, « Reflections on Biopedagogies and/of Public Health : On Bio-Others, Rescue Missions, and Social Justice », *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies*, 2015, vol. 15, n°5, p. 327-336, et Orsini, Michael, « Engendering Fatness and 'Obesity': Affect, Emotions, and the Governance of Weight in a Neoliberal Age », dans MacDonald, Fiona et Alexandra Dobrowolsky (dir.), *Turbulent Times, Transformational Possibilities?* Toronto, University of Toronto Press, 2020.

compromettant l'objectivité scientifique. C'est le cas par exemple de Paul Campos et de ses collègues lorsqu'ils reprochent aux émotions de corrompre l'objectivité des faits statistiques « bruts » sur l'évolution du poids, indiquant quant à eux qu'il n'y a pas lieu de parler d'une épidémie de surpoids aux États-Unis. Cette approche suppose ainsi une division claire entre les émotions, associée à l'irrationalité, à la mystification et au chaos, et la rationalité, associée à l'objectivité, à la science et à l'ordre. Or, non seulement il est empiriquement impossible de séparer les deux dans la vie sociale et politique, mais cela implique que les émotions *devraient* être exclues du débat public sur la graisse et le poids. Or, les émotions sont, comme on l'a vu, parties prenantes de notre appréhension de l'« obésité », et cela quel que soit notre poids, et médiatisent notre rapport à l'alimentation ou à d'autres pratiques corporelles liées au contrôle du poids.

1.3. Au-delà de la panique morale : repenser les émotions comme une entrée analytique sur la construction des subjectivités sociales contemporaines

La nouvelle sociologie des émotions (*affect theory*), parce qu'elle s'applique à montrer que les émotions sont pleinement impliquées dans la construction du sens commun, peut nous aider à sortir de ces impasses, et offrir une entrée analytique riche pour situer les logiques sociales sous-jacentes au discours épidémique et ces implications sociologiques. Comme le soulève la sociologue Deborah B. Gould, le « tournant émotionnel » en sciences sociales, datant du début des années 1990, propose « une image à multiples facettes de l'être humain qui, sans nier la rationalité et la capacité de raisonnement des acteurs sociaux [...], reconnaît l'émotion comme une caractéristique universelle de la vie humaine qui influence et donne un sens à chaque aspect de la vie sociale »²²³. Plutôt qu'une force qui interfère avec la raison et qui devrait en conséquence être mise à l'écart du domaine public et politique, « l'émotivité est considérée comme un moyen crucial permettant aux êtres humains de se comprendre eux-mêmes, ainsi que leur contexte, leurs intérêts et leurs engagements, leurs besoins et les options dont ils disposent pour y répondre »²²⁴. Les émotions attachées à la graisse et au poids (la haine, la peur, l'anxiété, la culpabilité, l'espoir, etc.) ne peuvent donc pas être considérées comme irrationnelles ni reléguées au second plan de l'analyse sociologique. Cela suppose aussi qu'il n'existe

²²³ Gould, Deborah, *Moving Politics: Emotion and Act up's fight against Aids*, Chicago: The University of Chicago Press, 2009.

²²⁴Ibid., p. 17. Traduction libre: « In short, rather than being a force that interferes with reason that should therefore be sequestered from the public, political realm, emotion is viewed as a crucial means by which human beings come to know and understand themselves and their context, their interests and commitments, their needs and their options in securing those needs ». Voir aussi Ahmed, Sara, Op. cit., 2004; Wetherell, Margaret, *Affect and emotion. A new social science understanding*, Los Angeles/London: Sage, 2012.

pas de position d'extériorité vis-à-vis de celles-ci, pas de moyen d'y échapper, pas plus pour les acteurs sociaux que pour la sociologie qui cherche à rendre compte de la construction sociale du sens commun. Dans la perspective relationnelle défendue par la théoricienne féministe Sara Ahmed, les émotions ne résident en effet pas « à l'intérieur » des individus ou des objets, mais plutôt dans l'espace qui les sépare. De nature circulaire, elles sont dotées de la capacité de reproduire les frontières existantes entre les sujets et entre les communautés, d'aligner certains individus entre eux en fonction d'attachements affectifs à des objets, des valeurs ou des idées communes²²⁵. Les émotions ne sont donc pas isolées, mais toujours imbriquées à d'autres valeurs culturelles au sein de structurations sociales plus larges qu'Ahmed nomme des « économies émotionnelles »²²⁶. Ces dernières soutiennent et reproduisent des associations affectives entre certains objets, sujets et collectivités, rendant ainsi plus ou moins probables, légitimes ou acceptables certaines manières de se relier à tel individu, tel objet ou telle situation. Détenant une fonction centrale dans le maintien de normativités sociales dominantes, les émotions nous permettent donc de comprendre le degré d'intensité de nos investissements idéologiques dans certains objets, valeurs ou idées²²⁷. Postulant que les discours contemporains sur l'obésité renvoient à des idéaux bien spécifiques de la santé, du corps et de la citoyenneté, je cherche plus précisément à montrer comment ceux-ci obtiennent un support populaire au sein d'« économies émotionnelles » orientées vers des constructions néolibérales et individualistes de l'obésité²²⁸.

Dans la section suivante, j'essaie de démontrer comment les discours politico-sanitaires sur l'obésité diffusés dans l'espace public créent une forte intensité émotionnelle autour de la corpulence en associant les sentiments liés à la graisse à la logique de l'anticipation et du risque. Cela renforce la moralisation du poids et la stigmatisation des personnes en surpoids, contribuant ainsi à la construction de subjectivités et de collectivités sociales investies dans un projet de perte de poids.

²²⁵ Farrell, Lucy et al., *Op. cit.*, 2015, p. 545.

²²⁶ Ahmed, Sara, *Op. cit.*, 2004.

²²⁷ Au-delà de la division entre raison et émotions, la théorie des affects ouvre ainsi un espace théorique et empirique pour examiner comment les cultures émotionnelles entourant le poids —résidant dans des espaces à la fois socio-symboliques et discursifs— circulent entre les individus et les groupes sociaux, investissant ceux-ci d'attachements particuliers.

²²⁸ Le néolibéralisme fait référence à une approche politique et économique qui promeut la primauté du marché, la réduction de l'intervention de l'État dans l'économie, et met l'accent sur l'individualisme et la responsabilité personnelle. Dans le cadre des discours contemporains sur l'obésité, cela signifie que les idéaux de santé, de corps et de citoyenneté sont influencés par une vision néolibérale, où la responsabilité individuelle et les choix personnels sont mis en avant pour lutter contre l'obésité.

II. La sécuritarisation de la lutte contre l'obésité ou l'essor d'une culture anticipatoire productrice de subjectivité

2.1. Le gras comme menace biologique ou l'entrée de la lutte anti-obésité dans le champ biosécuritaire

L'évocation de l'obésité dans un langage de plus en plus combatif (« bombe à retardement », « fléau imminent », etc.) et la centralité que prend l'obésité infantile dans les discussions publiques, traduisent à mon sens le déplacement des politiques de lutte contre l'obésité dans le domaine de l'anticipation, reposant sur la politisation et la mobilisation des peurs et des anxiétés collectives liées à la graisse comme un moyen d'interpeller et de gouverner les sujets. Dans la continuité de l'analyse développée par la géographe Bethan Evans, je soutiens que la dramatisation de l'obésité en tant qu'enjeu de santé publique rend compte non pas d'une explosion chaotique d'anxiétés et de peurs irrationnelles, mais plutôt du caractère largement anticipatoire ou « préemptif », plus que simplement préventif, des politiques contemporaines de lutte contre l'obésité. Tandis que la prévention porte sur la réduction des comportements à risque, l'anticipation est quant à elle basée sur l'anticipation de *risques biologiques*. Elle s'attache à surveiller, prédire et réguler les caractéristiques biologiques des individus et des populations, davantage que leurs pratiques ou comportements²²⁹. Ce qui caractérise en effet la lutte anti-obésité actuelle par rapport à d'autres types de politiques sanitaires, c'est qu'elle se préoccupe davantage « de la menace biomédicale posée par la matérialité des corps »²³⁰, que de pratiques à risque. Contrairement aux luttes contre le tabagisme, l'alcoolisme ou les toxicomanies par exemple, qui ciblent bel et bien des comportements (la consommation de substances supposées addictives) menaçant la santé future des personnes, la lutte contre l'obésité cible quant à elle le corps obèse dans sa matérialité, en le concevant « en lui-même » comme un facteur prédictif de la mortalité cardiovasculaire ou du diabète. Comme Evans le résume bien:

« Les corps tirent leur signification de ce qu'ils *sont* et *deviendront* intrinsèquement, plutôt que de ce qu'ils peuvent révéler sur des actions intentionnelles. Ainsi, l'obésité se rapproche davantage des diagnostics génétiques préventifs qui qualifient les corps comme pré-symptomatiquement malades en se basant de leur matérialité (les gènes) [...] que des campagnes de santé publique axées sur les comportements (comme le tabagisme, l'alcoolisme) qui se concentrent sur des pratiques corporelles futures »²³¹.

²²⁹ Evans, Bethans, «Anticipating fatness: childhood, affect and the pre-emptive 'war on obesity'», *Transactions of the Institute of British Geographers*, 2010, vol. 35, n°1, p. 21–38.

²³⁰ Ibid., p. 22.

²³¹ Ibid. p. 22.

Tandis que l'obésité est souvent comparée à la consommation de cigarettes ou d'alcool parce que réduite à des comportements alimentaires malsains et à un manque d'activité physique²³², l'IMC reste en effet une mesure du volume du corps et non pas de la condition nutritionnelle ou physique d'une personne. Et puisqu'on sait que les corps réagissent différemment à la nourriture et à l'exercice physique, le volume ou la forme d'un corps ne peuvent donc « pas être interprétés *directement* comme un produit de ces facteurs »²³³. Cette définition de l'obésité s'inscrit donc dans l'évolution plus large de la médecine occidentale, s'appliquant de plus en plus à « traiter » le risque lui-même, plutôt que la maladie ou le symptôme²³⁴. La définition de l'obésité par l'IMC et les politiques actuelles de lutte contre l'« épidémie » d'obésité qui sont déployées à partir de celle-ci, reflètent le tournant *biosécuritaire* des politiques publiques, soit leur recentrement sur la surveillance, la prédiction et l'anticipation de risques biologiques. Le paradigme de la « biosécurité » est apparu concomitamment à la construction des risques bioterroristes après les attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis, avant de s'élargir à l'anticipation et à la surveillance des maladies émergentes, à la protection de la biodiversité et à la sécurité alimentaire²³⁵. Il renvoie à une nouvelle gestion biopolitique du risque, ne reposant plus sur la modélisation statistique permettant de prévoir et de mesurer les risques, mais sur l'anticipation et la préparation à une catastrophe à venir dont la probabilité est incalculable²³⁶. Bien que les menaces biologiques auxquelles il s'agit de se préparer soient généralement des agents pathogènes humains ou animaux, la définition de l'excès adipeux comme une matière pathologique à l'origine d'une expansion épidémique incontrôlable dont il faudrait anticiper le développement futur afin d'assurer la sécurité économique et sanitaire nationale, place bel et bien celui-ci dans le champ de la biosécurité.

Ce déplacement de la prévention vers l'anticipation de l'obésité est par ailleurs bien mis en évidence par la multiplication des scénarios prospectifs générés sur le poids corporel des futurs

²³² Bien que les stratégies utilisées en matière de problématique du poids s'inspirent en grande partie du modèle anticipatoire introduit par la lutte contre le tabagisme (ce qui explique peut-être l'utilisation fréquente des termes de « lutte » et d'« épidémie »), contrairement au cas du tabac, l'image qui nous vient en tête n'est pas celle d'une industrie mais bien celle d'une personne affichant certaines caractéristiques physiques très précises.

²³³ Evans, Bethan, 2010, *Op. Cit.*, p. 35, note n°3.

²³⁴ Shim, Janet, Ann Russ et Sharon Kaufman, « Risk, extension and the pursuit of medical possibility », *Sociology of Health and Illness*, 2006, vol. 28, n°4, p. 479-502; Clarke, Adèle et al. 2010, *Op. Cit.*

²³⁵ Fortané, Nicolas et Keck, Frédéric, « Ce que la biosécurité fait à la surveillance des animaux », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2015, vol. 9, n°2, p. 125-137.

²³⁶ Andrew Lakoff et Stephen Collier définissent la biosécurité comme « les interventions techniques et politiques - efforts pour sécuriser la santé - qui ont été formulés en réponse aux nouvelles menaces pathogéniques, ou aux nouvelles menaces pathogéniques perçues », (trad. libre) dans Lakoff, Andrew et Stephen Collier (dir.), *Biosecurity interventions. Global health and security in question*, New York: Columbia University Press, 2008, p.8.

citoyens à l'échelle internationale. Tandis que la « cartographie de l'obésité prospective » (*Foresight obesity map*), produite en 2007 par le Royaume-Uni afin de prédire le développement de l'épidémie d'obésité infantile d'ici 2050, témoigne parfaitement de la progressive « sécuritarisation » des programmes de prévention de l'obésité²³⁷, de nombreux autres organismes internationaux et gouvernementaux semblent suivre la tendance. Au Québec par exemple, l'Institut national de santé publique a ainsi publié en 2017 un rapport intitulé « Projections du poids corporel chez les adultes québécois de 2013 à 2030 et leurs applications en santé publique », qui présente « un des premiers exercices de projections à long terme de l'indice de masse corporelle chez les adultes québécois »²³⁸. Explorant différents scénarios possibles sur la base de données historiques, il élabore des visions spéculatives du futur dans le but de « guider la planification en santé publique »²³⁹. Il invite ainsi les organisations publiques de santé à se détourner des données probantes, de modèles statistiques permettant de prévoir et mesurer les risques, pour se baser sur des visions fictives du futur permettant supposément d'imaginer des formes d'intervention inédites et plus efficaces. Or, si de tels rapports prospectifs entreprennent de « cartographier le futur », de l'incarner dans le présent de manière innovante, ils représentent en réalité plutôt une façon d'étendre le présent dans le futur, de déterminer le futur à la lumière d'anxiétés présentes. Opérant à travers un double mouvement de « présentification du futur » et de « futurisation du présent », bien décrit par la sociologie des attentes²⁴⁰, ils tendent ainsi à reproduire une vision déterministe de la temporalité biologique. Adoptant sans le questionner le modèle de la balance énergétique, ces analyses excluent en effet d'autres types d'explications, proposant une vision moins linéaire de la temporalité du corps biologique²⁴¹. Alimentée par un sentiment d'urgence, la focalisation actuelle des politiques de santé sur l'obésité infantile participe de cet imaginaire anticipatoire et déterministe: agir de manière anticipatoire au niveau de la

²³⁷ Tel que l'analyse Evans, la commission Foresight, constituant une des synthèses les plus abouties de la « science de l'obésité » et façonnant présentement les politiques publiques entourant l'obésité au Royaume-Uni, s'appuie pour cela sur la production de diverses techniques de visualisation du futur. Voir Evans, Bethans, 2010, Op. Cit. et *Foresight*, « Tackling obesity: future choices—project report », *The Stationery Office*, Londres, 2007.

²³⁸ Institut national de santé publique du Québec, « Projections du poids corporel chez les adultes québécois de 2013 à 2030 et leurs applications à la planification en santé publiques. Fardeau du poids corporel », Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ, Novembre 2017.

²³⁹ Ibid., p. 3.

²⁴⁰ Voir : Adam, Barbara et Chris Groves, *Future matters: Action, knowledge, ethics*, Leiden, Netherlands: Brill, 2007; Lafontaine, Céline, Maxime Wolfe, Janie Gagné et Élisabeth Abergel, « Bioprinting as a Sociotechnical Project: Imaginaries, Promises and Futures », *Science as Culture*, **2021**, 17 septembre. Lafontaine, Céline, *Bio-objets : les nouvelles frontières du vivant*, Paris : Le Seuil, 2021.

²⁴¹ Comme celles touchant par exemple à l'omniprésence de toxines environnementales et d'additifs alimentaires. Pour un argumentaire convaincant sur l'implication des perturbateurs endocriniens dans l'augmentation du poids moyen de la population, voir, Guthman, Julie, 2011, Op. cit., « Does eating (too much) make you fat? », p. 91-115.

corporalité plus « plastique » des enfants serait plus efficace car cela permettrait d'intervenir directement sur *les corps du futur*. Loin d'être anodin, cet imaginaire encourage une remise en question de plus en plus importante des capacités parentales des personnes obèses (et notamment des mères) à prendre soin de leurs enfants. Ainsi, les services de protection de l'enfance aux États-Unis et au Canada sont récemment allés jusqu'à considérer retirer la garde des enfants « obèses » à leurs parents en invoquant la maltraitance et le risque pour l'enfant²⁴², chose à mon sens inimaginable en dehors de ce paradigme biosécuritaire.

2.2. Promouvoir des pratiques biocitoyennes d'anticipation du risque ou gouverner par les affects

Ces transformations récentes des politiques publiques s'inscrivent dans les mutations plus larges du rapport politique et culturel au corps, à la santé et à la citoyenneté dans les sociétés occidentales contemporaines. Selon le sociologue Nikolas Rose, qui prolonge les thèses foucaaldiennes sur l'émergence d'une conception vitaliste de la citoyenneté politique et de la collectivité nationale dans les sociétés modernes, le 21^{ème} siècle serait venu marquer une rupture avec la biopolitique moderne telle que décrite par Foucault. Tandis que depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, la biopolitique moderne aurait ciblé l'amélioration générale de la santé des populations en cherchant à éliminer la maladie avérée, la biopolitique contemporaine se serait recentrée sur l'optimisation du vivant en tant que tel, cela autant à l'échelle individuelle que collective²⁴³. Les avancées réalisées dans les domaines biomoléculaires et génétiques au tournant des années 1980 auraient en effet encouragé une « molécularisation » de la culture s'exprimant, comme l'affirme bien la sociologue Céline Lafontaine « non seulement par la place grandissante accordée aux gènes dans les représentations sociales, mais aussi dans la façon dont les individus se perçoivent et conçoivent leur identité corporelle »²⁴⁴. Cela signifie concrètement que la biopolitique contemporaine s'appuie sur une conception du corps biologique comme étant non pas « sain » ou « malade », mais comme étant toujours potentiellement à *risque* de devenir malade. Tandis que la médecine moderne opérait un contrôle disciplinaire fondé sur

²⁴² Friedman, May, "Mother blame, fat shame, and moral panic: obesity and child welfare", *Fat studies*, vol. 4, 2015, p. 14-27. Il est également question de refuser l'accès des femmes obèses aux traitements de fécondation in vitro en prétextant des risques à la santé plus élevés pour celles-ci. Voir, Lacoursière Ariane, « Fécondation in vitro : refuser les traitements aux obèses? », 22 septembre 2011.

²⁴³ Comme le soulève Rose: "Biopolitics today no longer operates in a problem space defined by population, quality, territory and nation. Individuals substitutes for population, quality is no longer evolutionary fitness but quality of life, the political territory of society gives way to the domesticated spaces of family and community, and responsibility now falls not on those who govern a nation in a field of international competition but on those who are responsible for a family and its members": Rose, Nikolas, Op. Cit., 2007, p. 64.

²⁴⁴ Lafontaine, Céline, Op. Cit, 2014, p. 55.

la modification de l'espace du corps (autant de l'espace social externe que de l'espace interne du corps-matière), la médecine contemporaine intervient alors de plus en plus au niveau de sa temporalité. À mesure que les enjeux de santé populationnelle intéressant les institutions publiques de santé se sont déplacés du contrôle des maladies infectieuses à la gestion des maladies chroniques et que la pratique clinique est devenue dépendante des biotechnologies permettant de modifier les processus organiques du corps dans leur temporalité, la *maîtrise des temps du corps* est devenue l'enjeu central de la médecine occidentale. Ce contrôle du temps biologique prend la forme d'une médicalisation des bornes de l'existence (la naissance et la mort), mais aussi celle d'une mise en relation inédite entre les différentes échelles chronologiques de la vie. Comme le soulignent en effet Nicolas Moreau et Florence Vinit, le corps ne se réduit plus dans ce contexte « à une structure matérielle immédiatement présente, mais devient, dans sa substance même, à la fois mémoire du passé, et énonciateur de l'avenir »²⁴⁵. Conceptualisant le corps biologique comme étant ontologiquement à la fois « à risque » et « perfectible », la biopolitique contemporaine vise ainsi, non plus la santé comprise comme simple absence de maladie, mais une amélioration continue du potentiel biologique/vital du corps visant à repousser toujours davantage les limites du vivant et à éloigner « le plus possible » le corps humain de la maladie, du vieillissement ou de la mort. Elle concerne avant tout « nos capacités croissantes à contrôler, gérer, fabriquer, remodeler et réguler les capacités vitales mêmes des êtres humains en tant que créatures vivantes »²⁴⁶.

Fondée sur une continuelle projection temporelle dans le futur du corps biologique, cette nouvelle administration du vivant implique alors d'inculquer aux sujets politiques une surveillance constante de leurs niveaux de risque et une anticipation proactive d'une potentielle dégradation de leur état de santé²⁴⁷. Parce qu'elles se fondent de plus en plus sur des risques et des probabilités, les politiques publiques tendent à reposer sur des stratégies visant à responsabiliser les individus face à leur devenir de santé, en les incitant à adopter un rapport actif, autonome, informé et prudent au futur. Le terme de « citoyenneté biologique » a été proposé par Rose pour décrire les formes de participation citoyenne encouragées par cette nouvelle administration du vivant. Traduisant un recentrement des revendications politiques et citoyennes autour de la biomédecine et des biotechnologies, la

²⁴⁵ Moreau, Nicolas et Florence Vinit, « Empreintes de corps. Éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation », *Nouvelles pratiques sociales*, 2007, vol. 19, n°2, p. 40.

²⁴⁶ Rose, Nikolas, 2007, *Op. Cit.* p. 3. Traduction libre.

²⁴⁷ En effet, même lorsque les politiques sanitaires visent une amélioration générale de l'état de santé de la population, c'est ultimement à l'individu qu'est le plus souvent déléguée la prise en charge de ses risques de santé selon une logique d'auto-amélioration active reposant sur l'apprentissage d'une nouvelle « expertise somatique », pour reprendre la terminologie de N. Rose.

biocitoyenneté implique une relation proactive à leur propre condition biologique, davantage qu'à leur position sociale, économique ou politique dans la société²⁴⁸. Au sein de cette construction contemporaine du sujet politique, on observe une transformation des mécanismes d'intériorisation des normes sociales par les individus, qui passe de l'intégration d'une organisation spatiale à travers la discipline, à l'apprentissage d'un nouveau rapport affectif au temps caractérisé par l'anticipation²⁴⁹. L'obésité, telle qu'elle est présentement définie par la mesure quantitative de l'IMC (et non pas la présence avérée de diabète ou de problèmes cardiovasculaires) constitue largement une maladie « virtuelle » ou « anticipée »²⁵⁰ dans la mesure où il est possible pour un individu d'être diagnostiqué (ou auto-diagnostiqué) comme obèse sans *se sentir malade*, c'est-à-dire sans expérimenter, dans le présent, des problèmes de santé. Dans ce contexte d'incertitude, un des enjeux principaux des politiques anticipatoires de lutte contre l'obésité est de faire en sorte que les individus ayant un IMC « anormal » puissent se sentir malades, sinon « à risque » de le devenir pour les motiver à adopter de saines habitudes de vie. Au-delà des techniques prospectives de visualisation du futur utilisées pour rendre celui-ci « visible » et « actionnable » dans le présent, les politiques publiques s'appuient alors de plus en plus sur l'activation et la canalisation de certains affects afin de construire un avenir qui puisse être *ressenti* comme incertain, mais domptable, maîtrisable à condition d'intervenir à temps. Il s'agit pour celles-ci de façonner la représentation qu'ont les individus de leur devenir corporel à travers la mobilisation d'affects anticipatoires (la crainte, l'anxiété, l'espoir, etc.), qu'ils puissent expérimenter de manière tout à fait concrète dans leur *réalité quotidienne*. C'est en ce sens que Rose affirme que les stratégies des promoteurs de la santé publique mises en place à partir de la fin du 20ème siècle cherchent à assurer la santé des populations en « instrumentalisant l'anxiété et en façonnant les espoirs et les craintes des individus et des familles concernant leur propre destin biologique »²⁵¹.

Dans le but d'interpeller plus efficacement les citoyens et d'optimiser leurs impacts, les politiques de lutte contre l'obésité misent ainsi de plus en plus sur l'activation et la mise en circulation d'affects préexistants dans l'espace public, notamment en articulant des sédimentations affectives plus anciennes associées à la grosseur au sein d'une économie anticipatoire fondée sur la logique du risque. C'est notamment à travers la mise en circulation de la peur et de l'anxiété généralisée de devenir gros

²⁴⁸ À ce sujet voir, Lafontaine, Céline, Op. Cit., 2014.

²⁴⁹ Adams, Vincanne, Michelle Murphy et Adèle Clarke, Op. cit., 2009.

²⁵⁰ Voir : Evans, Bethans, 2009, Op. Cit; Vaz Paulo et Fernanda Bruno, "Types of self-surveillance: from abnormality to individuals 'at risk'", *Surveillance and Society*, 1, p. 272-291.

²⁵¹ Rose, Nikolas, « The Human Sciences in a Biological Age », *Theory, Culture & Society*, 2013, 30(1), p. 17. Traduction libre.

que les discours anti-obésité cherchent à rendre le *risque* concret, réel, dans la vie quotidienne des individus. En conséquence, on observe une instrumentalisation plus ou moins directe du stigmatisme moral lié à la corpulence et des expériences affectives et relationnelles qui s’y rattachent, transformant les personnes plus larges en cibles vivantes de discours sanitaires de plus en plus coercitifs. C’est en effet au sein de cette « économie affective » sécuritaire et anticipatoire qu’il me semble devoir situer l’agressivité dont ont récemment fait preuve certaines campagnes récentes de sensibilisation ciblant l’obésité infantile, aux États-Unis, en Angleterre et en Australie notamment²⁵². La campagne *Strong4Life*, diffusée dans l’État de Géorgie par *Children’s Healthcare of Atlanta*, est d’ailleurs devenue un sujet vivement controversé, ses critiques estimant que l’approche de l’organisation aurait le potentiel de renforcer l’ostracisation dont souffrent déjà les enfants en surpoids²⁵³. Visant à sensibiliser aux conséquences de l’obésité sur la santé de la manière la plus directe possible, c’est-à-dire à travers des témoignages supposément réels d’enfants obèses, les affiches de la campagne présentent ainsi des photos d’enfants en surpoids à l’expression sombre et morose sous-titrées de déclarations telles que « *Fat kids become fat adults* », « *Big bones didn’t make me this way, big meals did* », « *Chubby kids may not outlive their parents* », « *He has his fathers’s eyes, his laugh and maybe even his diabetes* », « *My fat may be funny to you but it’s killing me* », ou encore « *It’s difficult to be a little girl if you’re not* ». Ces discours instrumentalisent ainsi de manière évidente la charge affective des représentations des enfants comme des êtres vulnérables et innocents, victimes de l’ignorance, de l’irresponsabilité et/ou de l’excès d’indulgence des parents (et plus spécifiquement des mères²⁵⁴), qui privent les enfants d’un comportement approprié et, par conséquent, de l’enfance à laquelle ils ont droit. Cette instrumentalisation de l’amour des parents pour leurs enfants, de leurs inquiétudes face à l’idée que leurs enfants pourraient subir de l’intimidation ou mourir avant eux en raison de leur poids, s’inscrit dans une logique de l’anticipation qui, paradoxalement, nie l’enfance. Rendant compte du caractère anticipatoire de la lutte contre l’obésité, ce type d’intervention ne considère en effet pas véritablement les enfants comme des enfants, des enfants qu’il s’agirait de protéger dans le présent, mais plutôt comme de *futurs adultes*, des « obèses en devenir » posant une menace à la santé future de la nation. Les enfants sont ciblés en tant qu’ils

²⁵² Young, Rachel, Roma Subramanian et Amanda Hinnant, « Stigmatizing images in obesity health campaign messages and healthy behavioral intentions », *Health education and Behavior*, 2016, vol. 43, n°4, p. 412-419; Georgina Johnstone et Sharon Grant, « Weight stigmatization in antiobesity campaigns: the role of images », *Health promotion journal of Australia*, 2019, vol. 30, n°1, p. 37-46; Editorial, « UK policy targeting obesity during a pandemic – the right approach? », *Nature Reviews endocrinology*, vol. 16, n°609, 2020.

²⁵³ Dailey, Kate, « Atlanta anti-obesity ads ‘risk child stigma’, BBC News, 9 février 2012. En ligne.; Goodyear, Sheena, « Childhood obesity ad campaign sparks controversy », Toronto Sun, 9 février 2012. En ligne.

²⁵⁴ Voir note de bas de page n°237.

représentent la « relève de demain »²⁵⁵, incarnant simultanément le futur dystopique associé à la progression jugée incontrôlable de l'épidémie d'obésité, et l'espoir de pouvoir concrétiser des futurs alternatifs plus heureux. L'apparition récente de ce genre de campagnes de « sensibilisation », loin d'être anecdotique, rend ainsi bien compte de la manière dont le sentiment d'urgence et de crise qui caractérise le discours épidémique entourant l'obésité tend à justifier de plus en plus le recours par les promoteurs de la santé publique à la performativité des émotions attachées aux personnes obèses afin de « faire réagir » rapidement les populations ciblées. Renvoyant à une conception très limitée de la « santé », cette « militarisation » des expériences affectives des personnes plus larges et de leurs proches à des fins de prévention du risque renforce ainsi des « économies affectives » néolibérales de l'obésité qui détournent notre attention collective de ses causes structurelles et renforcent la stigmatisation morale des personnes plus larges²⁵⁶.

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, les perceptions sociales de la grosseur renvoient largement l'obésité à ce que Valverde appelle une « maladie de la volonté »²⁵⁷, c'est-à-dire à une condition que l'individu s'auto-infligerait par manque de détermination dans une société libérale définissant le gouvernement de soi comme un marqueur de civilisation et de pleine citoyenneté. Or, qu'elle instrumentalise ouvertement ces représentations profanes de l'obésité ou qu'elle n'en tienne tout simplement pas compte, la rhétorique épidémiologique du « risque » diffusée par les institutions de la santé publique renforce à divers degrés l'idée néolibérale que la grosseur relèverait avant tout d'un défaut de responsabilité personnelle. Déconnectée des déterminants macro-structurels de l'obésité pouvant expliquer que celle-ci touche en grande proportion des personnes déjà fragilisées sur le plan social et économique, la santé publique finit par culpabiliser des personnes dans l'incapacité de faire les « bons » choix et de répondre au modèle du « biocitoyen » sain et producteur de lui-même et de sa santé, et donc à renforcer les inégalités sociales et économiques.

2.3. Vers une société « sans gros » : les effets pervers des politiques anticipatoires contre l'obésité

²⁵⁵ Tel que l'exprime le président de l'association des pédiatres du Québec et une collègue dans une lettre ouverte adressée au premier ministre du Québec en 2019. Voir : Lebel, Marc et Julie St-Pierre, « Il y a urgence d'agir pour contrer l'épidémie d'obésité », *Le Devoir*, 11 octobre 2019. En ligne.

²⁵⁶ Bien que les institutions canadiennes et québécoises de santé publique n'investissent pas encore dans des stratégies aussi ouvertement coercitives au moment d'écrire ces lignes, en ciblant des populations précarisées et stigmatisées auxquelles certaines émotions sont publiquement attachées (le mépris, la peur, la honte, le dégoût, etc.), elles risquent d'offrir un vernis d'objectivité et de neutralité scientifique aux croyances populaires dominantes sur les personnes « grosses ». À ce sujet, voir : Rail, Geneviève, Dave Holmes et Stuart J. Murray, "The Politics of Evidence on "Domestic Terrorists": Obesity Discourses and their Effects", *Social Theory & Health*, 2010, vol. 8, n°3, p.259-279.

²⁵⁷ Valverde, Mariana, 1998, Op. cit.

Visant à inculquer de meilleures habitudes de vie à l'ensemble de la population en insistant sur des populations dites « à risque », la lutte contemporaine contre l'obésité s'applique ainsi à rationaliser des comportements alimentaires supposés désordonnés. Plutôt que de chercher à gouverner les substances potentiellement impliquées dans l'essor endémique du poids corporel moyen depuis la fin du 19^{ème} siècle (par exemple à travers une régulation des industries agroalimentaires, pharmaceutiques et chimiques), elle s'inscrit, comme l'écrit Valverde à propos de la gouvernance de l'alcoolisme, dans une volonté « d'utiliser les substances pour gouverner le domaine de la liberté »²⁵⁸. En apparence « démoralisée », la rhétorique épidémiologique du risque renvoie ainsi à une gouvernementalité néolibérale qui cherche à guider les populations « sans rien laisser paraître, en prétendant ne travailler qu'à renforcer des aspirations préexistantes »²⁵⁹, c'est-à-dire en faisant appel non plus directement à la morale, mais au potentiel disciplinaire d'une liberté soigneusement délimitée. Comme l'affirme Rose :

« Au sein de cette logique, il apparaît que les individus peuvent accomplir au mieux leurs obligations politiques concernant la richesse, la santé et le bonheur de la nation, non pas lorsqu'ils sont tenus par des relations de dépendance et d'obligation, mais lorsqu'ils cherchent à se réaliser en tant qu'individus libres. Les individus doivent désormais être rattachés à une société par des pratiques de consommation approuvées socialement et des choix responsables »²⁶⁰.

En activant et en mettant en circulation au sein de la population la crainte de devenir « gros », elle incite l'ensemble des citoyens à faire des choix responsables afin de réduire l'anxiété relative au poids, à travers la consommation de produits et services commerciaux mis à disposition par les industries de la santé et de la minceur. Responsabilisant ainsi l'individu dans la prise en charge des risques liés au surpoids, elle véhicule une conception biomédicalisée de la santé qui crée ses propres mécanismes d'inclusion et d'exclusion en fonction de la capacité différenciée des individus à prendre en main « leur » propre liberté/dépendance. Bien que nous soyons tous visés par les discours publics sur l'obésité, nous en subissons différemment les effets selon notre niveau d'adhésion apparente aux normes sanitaires diffusées. Tandis que ceux qui ne sont ni gros ni malades sont constamment inquiets à l'idée de le devenir, ainsi que récompensés pour leurs efforts constants en vue de rester en bonne santé, ceux qui sont en surpoids sont considérés comme échouant dans leur quête de santé²⁶¹. À mesure que ces exigences morales de prise en charge individuelle de sa santé et d'amélioration de son

²⁵⁸ Ibid., p. 6.

²⁵⁹ Berlivet, Luc, « Les ressorts de la biopolitique : dispositifs de sécurité et processus de subjectivation au prisme de l'histoire de la santé », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2013, 4, n°60, p. 119.

²⁶⁰ Rose, Nikolas, *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, Cambridge: Cambridge University Press, 1999, p. 166.

²⁶¹ Galvin, Rose, « Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: Towards a genealogy of morals », *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 2002, vol. 6, n°2, p. 107-137.

« capital-santé » sont relayées par les médias, est ainsi reproduite et fortifiée une ligne de division séparant les citoyens « vertueux » (minces, sains, autonomes, civilisés, responsables), des autres, des citoyens « en échec » (gros, malsains, dépendants, non-civilisés, irresponsables) face auxquels il paraît alors légitime, sinon rationnel, de ressentir de la crainte, du mépris, du dégoût, voire de la haine²⁶². Les personnes grosses ne sont en effet plus uniquement stigmatisées en raison des dispositions « non-civilisées » qu'évoque leur poids, mais parce qu'on leur reproche désormais de ne pas chercher à réguler leurs appétits excessifs pour contenir les risques posés à la santé nationale, de refuser volontairement de participer à l'effort collectif de lutte contre le surpoids et l'obésité. Auparavant confinées à la nourriture, on remarque alors que les allégations de consommation excessive liées à l'obésité s'étendent aujourd'hui aux ressources publiques, voire mondiales: les personnes « obèses » sont désormais accusées de prendre trop de place dans l'avion²⁶³, de porter atteinte à la sécurité économique nationale²⁶⁴, de détourner des pompiers du sauvetage d'innocents²⁶⁵, et même de participer au réchauffement climatique²⁶⁶! En étant cadré comme une menace collective, un enjeu national, sinon planétaire, le corps « gros » ne fait ainsi plus seulement l'objet d'une simple aversion; il devient potentiellement un vecteur de détestation et de colère.

Les politiques anticipatoires de lutte contre l'obésité, en ignorant l'influence des structures sociales sur la transformation progressive du poids corporel moyen, alimentent des débats préoccupants cherchant à déterminer qui devrait se voir accorder ou refuser l'accès à des soins de santé, et plus largement, les droits et privilèges communément associés à la citoyenneté sociale. Ainsi, une étude publiée en 2006 par la *British Medical Association* démontrait que 40% des médecins interrogés étaient d'accord pour dire qu'un rationnement des ressources du système public de santé serait approprié dans le cas des patients obèses, ce qui devrait selon eux influencer sur les décisions relatives au traitement²⁶⁷. Ouvrant la porte à la possibilité de dénier aux personnes obèses l'accès à des services

²⁶² Dans ce contexte, la haine des gros devient presque une position de principe : en se dissociant des corps obèses, on réaffirme son appartenance à la communauté des citoyens sains, responsables, autonomes valorisée par les discours sanitaires. À ce sujet, voir Farrell, Lucy et al. 2015, Op. cit.

²⁶³ Cuneo, Louise, « La polémique sur les passagers obèses ressurgit chez Air France-KLM », *Le Point*, 20 janvier 2010. En ligne. Chang, Juju et al. « 'Too fat to fly' Passenger sues southwest airlines for discriminatory actions », *Abc News*, 3 mai 2012. En ligne.

²⁶⁴ Herndon, April, « Collateral damage from friendly fire? Race, Nation, Class and the War Against Obesity », *Social Semiotics*, 2005, vol. 15, n°2, p. 127-141.

²⁶⁵ Campbell, Denis, « Fire crews 'are lifting obese patients daily' », *The Guardian*, 13 mars 2009. En ligne.

²⁶⁶ Kahn, Michael, « Obesity seem contributing to global warming », *Reuters*, 15 mai 2008.; Preidt, Rober, « Obesity epidemic may contribute to climate change », *HealthDay News*, 10 décembre 2019. En ligne.; Childs, Dan, « Do obese people aggravate Global warming? », *ABC News*, 16 mai 2018. En ligne.

²⁶⁷ Editorial, « The weighty matter of care for all », *The Lancet*, 18 mars 2006. En ligne.

publics de santé, l'éthicien britannique Len Doyal publiait la même année un article dans la prestigieuse revue *International Journal of Surgery* investiguant le problème de savoir si les personnes devraient être tenues responsables de leurs conditions et de ses conséquences cliniques et si leur obésité devrait affecter leur accès aux ressources limitées du NHS (National Health Service) :

« Est-ce que les personnes obèses devraient recevoir moins de traitement ou attendre plus longtemps pour les mêmes traitements que les non-obèses ? Ou est-ce que certains traitements, tels que l'arthroplastie, ne devraient pas être proposés tant que ces patients n'ont pas perdu un certain poids prescrit par leur professionnel de santé ? »²⁶⁸.

Bien que l'auteur conclue par la négative, jugeant ce refus discriminatoire et peu justifié en termes économiques, le simple fait de prendre cette question au sérieux rend compte de la facilité avec laquelle est de nouveau invoquée, autour des citoyens en obésité, la distinction datant de la fin du 19^{ème} siècle entre les classes modestes « travailleuses » qui méritent d'être assistées, et les pauvres soupçonnés de fainéantise ou de débauche, qui nuisent à l'équilibre social et doivent dès lors être « mis au travail »²⁶⁹. La résurgence de cette distinction faite entre de « bons » et de « mauvais » citoyens, qui traduit bien le climat néolibéral/néoconservateur dans lequel est aujourd'hui posée la question de l'obésité et de ses causes, se généralise autour de la question plus large de savoir quelle *place* il faudrait accorder aux personnes « obèses » dans l'espace public, question se condensant autour des transports en commun. Ainsi, le journaliste Christophe Barbier, ancien éditorialiste de la revue française l'Express, a fait beaucoup réagir le mouvement contre la grossophobie en défendant, dans un édito vidéo, la compagnie Air France, qui souhaitait faire payer double tarif aux personnes occupant une place supplémentaire en raison de leur poids. Celui-ci mobilise l'imaginaire d'une classe d'obèses « innocents », victimes d'une génétique infortunée, et une classe d'obèses « coupables » de leur manque de volonté et de travail sur eux-mêmes, devant en conséquence assumer le coût des « problèmes causés à la collectivité » :

« Air France [...] remet ça. La compagnie aérienne veut faire payer un double fauteuil aux passagers obèses, quitte à leur rembourser la place supplémentaire si l'avion n'était pas plein. Cela choque. Pourtant, je considère qu'Air France a raison. Il faut distinguer, dans notre vie collective, ceux qui sont 100% victimes d'un handicap, et ceux qui peuvent avoir une part de responsabilité. Il y a des obèses pour qui c'est génétique, c'est une maladie. Ils ne peuvent pas faire autrement. Et puis il y a ceux qui payent le prix de comportements alimentaires dérégulés, d'un manque de volonté, d'un manque de violence qu'on se fait à soi-même pour que son corps ne crée pas des problèmes à la

²⁶⁸ Doyal, Len, "Obesity and rationing within the NHS: Joint replacement surgery", *International Journal of Surgery*, vol. 4, n°3, p, 146. Trad. Libre.

²⁶⁹ À ce sujet, voir, Tennant, Margaret, *Paupers and Providers: Charitable Aid in New Zealand*, Allen and Unwin/Historical Branch, Wellington, 1989.

collectivité, notamment dans les transports en commun. Comment distinguer l'obésité subie, de l'obésité dont on est responsable? Ce n'est pas évident, mais il faut que notre société puisse regarder en face ce qui relève de l'état de victime : on a subi quelque chose et la collectivité est solidaire, et ce qui relève de l'état de responsable : on a des difficultés mais on en est responsable parce qu'on n'a pas su échapper à cette fatalité par son manque de volonté. On a eu ce débat sur les fumeurs, l'aura-t-on sur ceux qui sont obèses par irrégulation de leur régime alimentaire? »²⁷⁰.

En filigrane de ces discussions publiques concernant l'espace physique mobilisé par les personnes grosses dans les espaces publics, c'est bien la question de la pleine appartenance des personnes obèses à la communauté politique, à la citoyenneté, qui me semble être posée. Réitérant l'idée, datant là encore de l'époque victorienne, que les corps gros se seraient pas adaptés à certains espaces, ne seraient pas « à leur place » dans certains lieux publics, plus précisément dans ceux incarnant les plaisirs et privilèges de la vie moderne, elles justifient désormais cette exclusion symbolique non plus en recourant à la théorie de la dégénérescence et à la pensée évolutionniste, mais en mobilisant la rhétorique de la responsabilité civique face à sa santé et sa condition physique, soit l'éthique néolibérale de la biocitoyenneté. Ce faisant, ces discussions dessinent l'utopie à la fois santéiste et capacitiste d'un « monde sans gros », c'est-à-dire d'un paysage social débarrassé des personnes plus larges, imaginées comme prenant plus de place qu'elles ne méritent dans l'espace politique. Les économies affectives et morales néolibérales portées par les discours publics entourant le surpoids et l'obésité incitent en conséquence les individus à percevoir leur propre condition physique et celle des autres comme étant le résultat d'un *travail sur soi* devant être récompensé ou sévèrement puni. Une enquête réalisée en Nouvelle-Zélande, portant sur la façon dont un groupe de participants réagit à deux campagnes de santé publique néo-zélandaises adressant le problème de l'obésité, montre que les personnes minces tendent à imaginer les personnes « obèses » comme étant dans le déni, sinon dans une posture de résistance volontaire face aux discours sanitaire, incapables de gérer les risques à la santé contrairement à eux-mêmes²⁷¹. Interprétant le « droit à la santé » à travers l'idéologie néolibérale du mérite, certains participants allaient jusqu'à proposer de leur refuser en conséquence l'accès aux soins de santé²⁷².

²⁷⁰ Édito vidéo de Christophe Barbier, « Obèses : à qui la faute? », 29 janvier 2020 rediffusé sur le site Arrêt sur images, « Air France/Obèses : Barbier contesté », 26 janvier 2020. En ligne.

²⁷¹ Thompson, Lee et Anjeela Kumar, « Responses to health promotion campaigns: resistance, denial and othering », *Critical Public Health*, 2011, vol. 21, n°1, p. 105-117.

²⁷² Tel que l'affirme un participant: « You need to make more emphasis on the people who are prepared to make a choice. Doctors do it very simply by saying: 'no, we're not going to operate on you because you're a smoker'. Bottom line, that's it, very black and white. Your diet's crap, you're obese, you've got diabetes, I'm not going to give you a kidney, sod off. Until you're prepared to make a life choice, then you deserve what you get. [...] Unless you're prepared to start looking after yourself, the ambulance isn't going to be at the bottom of the cliff for you. It's hard, but I think it's fair », dans Ibid. p. 113.

La lutte anticipatoire contre l'excès de graisse, malgré son apparente « neutralité », a dès lors des conséquences sociales pour le moins paradoxales. Parce qu'elle tend à reproduire les divisions sociales entre les sujets minces, sains, disciplinés, responsables, et donc dignes de soin, de considération et de respect, et les autres, considérés comme des citoyens de seconde zone, incapables de prendre leur santé en main, elle tend à accentuer les inégalités sociales plutôt qu'à les réduire. En moralisant la question de l'obésité, elle renforce la stigmatisation des personnes plus larges, voire des attitudes et comportements proprement discriminatoires²⁷³. Souvent décrite comme la dernière forme de discrimination encore socialement acceptable, la discrimination vécue par les personnes plus larges a été clairement démontrée au niveau de l'éducation, de l'emploi et des soins de santé²⁷⁴. Bien que la plupart des données scientifiques que nous détenons à ce sujet concernent les États-Unis, celles-ci rendent toutefois compte de l'étendue d'une discrimination structurelle qui est subjectivement ressentie et exprimée par les personnes concernées dans d'autres contextes nationaux, y compris au Canada et au Québec²⁷⁵. En ce qui concerne le domaine éducatif, la discrimination des personnes plus larges commence très tôt à l'école, où les enfants plus gros sont souvent rejetés par leurs pairs, pour se poursuivre de façon plus manifeste au secondaire et à l'université²⁷⁶. Au travail, les stéréotypes péjoratifs considérant les personnes plus larges comme paresseuses, incompetentes, négligées, désagréables et émotionnellement instables influencent leur employabilité, ainsi que leurs possibilités d'avancement professionnel. Celles-ci discriminent différemment les hommes et les femmes plus larges : si les femmes sont les plus touchées en termes de pénalité salariale, les hommes sont généralement sous représentés et moins bien payés que les hommes plus minces dans les postes de direction et les professions libérales²⁷⁷. Étant donné la force des imaginaires sociaux réduisant l'obésité à une maladie de la volonté, en faisant le signe d'une faiblesse morale et intellectuelle associée aux

²⁷³ François Dubet et ses co-auteurs définissent la discrimination comme « une action pratique, elle est le fait d'imposer ou de subir, en toute illégalité, un traitement différent et inégalitaire par rapport à d'autres. Les actes de discriminations concernent l'interdiction d'accéder des services, des biens, des positions professionnelles ou des espaces publics ». Voir : Dubet, François et al., *Pourquoi moi? L'expérience des discriminations*, Paris : Le Seuil, 2013, p. 86.

²⁷⁴ Voir: Puhl, Rebecca et Kelly D. Brownell, « Bias, discrimination, and obesity », *Obesity Review*, 2001, vol.9, n°12, p. 788-805.

²⁷⁵ Solovay, Sondra, *Tipping the Scales of Injustice: Fighting Weight-Based Discrimination*, Amherst, NY: Prometheus Books, 2000; Puhl, Rebecca et al. "International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field", *International Journal of Obesity*, vol. 45, n°9, 2021, p. 1976-1985.

²⁷⁶ Voir Puhl, Rebecca et Kelly D. Brownell, 2001, Op. cit., p. 797. Aux États-Unis, il existe également des cas juridiques d'étudiants obèses déclarant avoir été rejetés de l'université en raison de leur poids. Ibid., p. 979. Voir aussi: Weiler Kay et Helms Lelia, "Responsibilities of nursing education: the lessons of Russell v Salve Regina", *Journal of Professional Nursing*, 1993, vol. 9, n°3, p. 131-138.

²⁷⁷ Ibid. p. 789-790.

milieux populaires, il n'est pas étonnant que la surcharge pondérale constitue un élément fort de discrimination à l'embauche pour les postes à responsabilité. C'est d'ailleurs aussi le cas en France, comme en témoigne une étude réalisée pour l'Observatoire des discriminations, montrant que pour une recherche d'emploi dans le domaine de la vente, le nombre de refus était trois fois plus élevé pour des sujets en obésité²⁷⁸. Les conclusions de certains procès judiciaires ayant eu lieu aux États-Unis portent également à penser que des employés « obèses » pourraient se voir injustement licenciés en raison de leur poids, sous le motif plus ou moins explicite que leur surcharge pondérale nuirait à l'image de leur employeur²⁷⁹. Dans le domaine médical, les représentations négatives des personnes « obèses » sont également omniprésentes, autant chez les étudiants en médecine que chez les professionnels de santé²⁸⁰, ce qui peut avoir des impacts négatifs sur le jugement clinique, le diagnostic posé, ainsi que la qualité du soin offert aux patients.

Au-delà de ces discriminations institutionnelles, d'innombrables témoignages mettent en évidence les situations quotidiennes de stigmatisation que les personnes corpulentes vivent à la fois collectivement ou individuellement. Les limitations physiques causées par des espaces standardisés et non-adaptés aux corps plus larges (ex : les chaises, les couloirs, les portes, les vêtements, le métro, les équipements médicaux, etc.), figurent parmi les situations de stigmatisation les plus courantes, exposant les personnes de grande taille à des expériences quotidiennes anxiogènes, gênantes, voire humiliantes²⁸¹. Les personnes plus larges sont également confrontées à des moqueries et à des commentaires dépréciatifs dans les médias populaires, dans les lieux publics ou encore dans l'intimité de leur vie familiale ou amoureuse²⁸². Ce stigmate est encore plus fort chez les femmes que chez les hommes, qui signalent moins d'épisodes de stigmatisation²⁸³. Les remarques, insultes, blagues,

²⁷⁸ Belsoeur, Camille « Comment la grossophobie entrave l'accès à l'emploi pour les personnes en surpoids », *France Info*, 21 mars 2019. En ligne.

²⁷⁹ Puhl et al., 2001, Op. cit.

²⁸⁰ Les médecins associent fréquemment l'obésité à une mauvaise hygiène, à la non-observance, à l'hostilité et à la malhonnêteté, et pensent que les patients obèses sont paresseux, manquent d'autodiscipline, de maîtrise de soi, de persistance face à l'adversité et de réussite. Voir: Ibid.; Price JH, et al. "Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity", *American Journal of Preventive Medicine*, 1987; 3:339-45. Blumberg P. et Mellis LP, "Medical students' attitudes toward the obese and morbidly obese", *International Journal of Eating Disorder*, 1980, p. 169-75; Bombak, Andrea, Deborah McPhail et Ward Pamela, "Reproducing stigma: interpreting 'overweight' and 'obese' women's experiences of weight-based discrimination in reproductive healthcare", *Social science and medicine*, 2016, vol. 166, p. 94-101.

²⁸¹ Puhl, Rebecca et Kelly Brownell, "Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults", 2012, vol. 14, n°10, 1802-1815.

²⁸² Les médecins, les camarades de classe, les collègues, les membres de la famille et les commerçants constituent ainsi des sources de stigmatisation fréquentes, cela autant pour les femmes que pour les hommes. À ce sujet, voir Ibid.

²⁸³ Carof, Solenne « Être grosse. Du corps discréditable au corps discrédité », *Sociologie*, n°3, vol. 19, 2019 p. 290.

moqueries, regards ou gestes d'évitement subis au quotidien par les personnes plus larges constituent à mon sens autant d'expressions de ce que l'anthropologue Susan Greenhalgh, nomme une « biointimidation » (*biobullying*) socialement acceptée, voire encouragée à l'égard des personnes en surpoids²⁸⁴. Selon elle, les sociétés contemporaines, en valorisant une vision de la citoyenneté recentrée sur la santé individuelle, exigent non seulement des individus qu'ils se disciplinent en tant que sujets nationaux minces et en bonne condition physique, mais les incitent aussi à s'impliquer personnellement dans la discipline des autres, en les réprimandant ou les rappelant à l'ordre si nécessaire afin qu'ils se comportent comme des biocitoyens appropriés, c'est-à-dire des sujets politiques responsables, autonomes et proactifs dans la gestion de leur santé et de leur poids²⁸⁵. La force de l'association qui existe aujourd'hui entre la grosseur et la « mauvaise » citoyenneté me semble être bien exemplifiée par la prolifération des commentaires moqueurs qui ont eu lieu à l'endroit de deux personnalités politiques, l'ancien ministre de la Santé du Québec, Gaétan Barrette, et l'ancien maire de la ville de Toronto, Rob Ford. Bien que l'on puisse bien sûr trouver ironique de parler d'intimidation à l'endroit de deux politiciens connus pour être eux-mêmes des « bullies »²⁸⁶, il reste que les railleries produites jouaient sur les ressorts anciens liant le « gros ventre » du bourgeois au pouvoir et à la corruption, tout en les réinscrivant dans l'idéologie contemporaine de la biocitoyenneté, faisant du corps « indiscipliné » la preuve visible qu'on se préoccupe personnellement peu des questions relatives à la santé collective et à l'environnement. Dans le texte de la pétition « Pour un ministre de la santé en santé » lancée sur internet afin d'inciter le Dr Barrette à « reprendre en main sa santé », soit à entreprendre un régime d'amaigrissement, on pouvait ainsi lire : « On l'avait vu venir de loin, mais sûrement que plusieurs d'entre vous ont réagi comme nous après l'annonce de ce matin: M. Gaétan Barrette sera nommé ministre de la Santé. Malheureusement, l'image qu'il projette est loin de représenter son mandat: la santé. Notre cordonnier semble avoir besoin d'une nouvelle paire de chaussures »²⁸⁷. Sans entrer dans la catégorie des actes discriminatoires, ces formes d'intimidation publiques et privées constituent autant d'expériences partagées de violence symbolique qui peuvent affecter l'ensemble des personnes plus larges dans leur identité et leur santé, autant physique

²⁸⁴Greenhalgh, Susan, *Fat-Talk Nation: The Human Costs of America's War on Fat*, Ithaca: Cornell University Press, 2015.

²⁸⁵ À ce sujet voir: Rail, Geneviève et Shannon Jette, "Reflections on Biopedagogies and/of Public Health : On Bio-Others, Rescue Missions, and Social Justice", *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies*, 2015, vol. 15, n°5, p. 327-336.

²⁸⁶ Dubuc, Alain, « Le bully », *La Presse*, 28 janvier 2015. En ligne; O'Connor, Joe, « Doug Ford is a bigger bully, ex-Rob voter says », *The National Post*, 12 septembre 2014. En ligne.

²⁸⁷ Non signé, « Une pétition pour que Gaétan Barrette prenne sa santé en main », *Le Journal de Montréal*, 23 avril 2014. En ligne.

qu'émotionnelle²⁸⁸. Ces expériences de stigmatisation, qui commencent tôt dans l'enfance, peuvent notamment donner lieu à une diminution de l'estime de soi et de l'image de soi²⁸⁹, à une diminution de la participation aux activités physiques²⁹⁰, à des anxiétés alimentaires plus fortes et à des symptômes dépressifs, voire à des pensées suicidaires²⁹¹, autant pendant l'enfance qu'à l'âge adulte. De façon plus générale, la réticence et l'aversion ressentie par les médecins en raison des stéréotypes face aux patients en surcharge pondérale²⁹² peuvent aussi être anticipées par ces derniers, expliquant que ceux-ci hésitent à consulter²⁹³. Comme le montre la sociologue Solenne Carof, les personnes plus larges, en essayant de naviguer ces expériences, sont aussi amenées à adopter des stratégies d'autocensure, pouvant avoir des conséquences pénalisantes en termes de mobilité sociale²⁹⁴. On voit bien comment la stigmatisation pondérale vient aujourd'hui accentuer les inégalités sociales de santé et la discrimination économique des personnes plus larges, soit renforcer la probabilité statistique que celles-ci soient pauvres et/ou malades.

2.4. Le fantasme de la minceur, l'horizon d'un « optimisme cruel » pour le sujet contemporain en forte surcharge pondérale?

²⁸⁸ Comme le rappelle la blogueuse torontoise Julia Horel: "I am fat, and I am *right here* when you say that Rob Ford would do better to lay off the gravy. I'm *right here* when you say that grotesque individuals like Ford would be a lot better off if they got on a bicycle now and then, because they're harming the environment as well as being grossly obese", dans Horel, Julia "Fatness and Rob Ford", *Shameless*, 27 juillet 2011. En ligne. Voir aussi le chapitre "Humour gras" dans Bergeron, Michael, *La vie en gros. Regard sur la société et le poids*, Québec, Éditions Somme toute, 2019.

²⁸⁹ Greenleaf, C. et al. "Relationship of weight-based teasing and adolescents' psychological well-being and physical health", *The Journal of School Health*, 2014, vol. 84, n°1, p. 49–55.

²⁹⁰ Losekam, S. "Physical activity in normal-weight and overweight youth: associations with weight teasing and self-efficacy", *Obesity Facts*, 2010, vol. 3, n°4, p. 239–244; Schmalz, D. L. "I feel fat": weight-related stigma, body esteem, and BMI as predictors of perceived competence in physical activity", *Obesity Facts*, 2010, 3(1), p. 15–21; Slater, A., et Tiggemann, M. "Gender differences in adolescent sport participation, teasing, self-objectification and body image concerns", *Journal of Adolescence*, 2011, vol. 34, n°3, p. 455–463.

²⁹¹ Greenleaf, C. et al. "Relationship of weight-based teasing and adolescents' psychological well-being and physical health", *The Journal of School Health*, 2014, vol. 84, n°1, p. 49–55; Puhl, Rebecca, M., Luedicke, J. et Depierre, J. A. "Parental concerns about weight-based victimization in youth", *Childhood Obesity*, 2013, vol. 9, n°6, p. 540–548; Puhl, Rebecca et King, K. M. "Weight discrimination and bullying", *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2013, vol. 27, n°2, p. 117–127.

²⁹² Une étude concernant plus de 400 médecins de famille a identifié que l'obésité suscitait chez ceux-ci des sentiments de malaise, de réticence et d'aversion. Voir, Klein D. et al. "Patient characteristics that elicit negative responses from family physicians", *Journal of Family Practice*, 1982, vol. 14, p. 881–888.

²⁹³ Adams CH, et al. "The relationship of obesity to the frequency of pelvic examinations: do physician and patient attitudes make a difference?", *Women Health*, 1993, vol. 20, p. 45–57.

²⁹⁴ Carof, Solenne, « Être grosse. Du corps discréditable au corps discrédité », *Sociologie*, n°3, vol. 10, 2019. Voir aussi Alberga, Angela, Biagina-Carla Farseni et Julius Erdstein, « Les ravages de la guerre contre l'obésité sur les adolescents », *Le Devoir*, 12 octobre 2021, qui suggère que l'intimidation relative au poids a des conséquences négatives sur l'engagement à l'école et sur la réussite scolaire.

Il n'est donc pas étonnant que les tentatives d'amaigrissement soient aujourd'hui aussi répandues²⁹⁵. Le « gros » devenant l'anti-modèle normatif du « bon » citoyen, capable de prendre en charge sa santé, une figure repoussoir à laquelle il faut à tout prix éviter de ressembler, le désir de perdre du poids répond ainsi en partie à la finalité de contrecarrer chez les autres des sentiments d'aversion, de mépris ou de colère et d'être jugé digne de respect et de reconnaissance. Concrètement, le fantasme d'une « société sans gros » se traduit ainsi par l'émergence d'une véritable fascination culturelle pour la *perte de poids*, faisant le jeu d'une florissante industrie de la minceur²⁹⁶. Cette industrie cible principalement les femmes, qui sont soumises à des normes esthétiques plus strictes et qui sont davantage jugées sur leur apparence physique, comme on l'a vu dans le premier chapitre de cette thèse. La popularité dont bénéficient aujourd'hui les programmes de télé-réalité mettant en scène des pertes de poids extrême (ex : Qui perd gagne, Extreme weight loss, Heavy, etc.) rend d'ailleurs bien compte de cette fascination. Tandis que les personnes larges sont largement sous-représentées à la télévision²⁹⁷, ces émissions offrent le premier rôle aux personnes très fortes à condition qu'elles témoignent d'une volonté presque désespérée de perdre du poids. Ces programmes suivent les parcours d'individus en obésité sévère qui, grâce à l'accompagnement d'un petit groupe d'experts, s'engagent dans un travail continu d'autodiscipline jusqu'à atteindre l'objectif de poids fixé. Réaffirmant la croyance populaire voulant que le corps obèse soit le reflet d'un « problème intérieur », notamment d'un trouble de la volonté et de l'estime de soi, ces émissions partagent comme le soulignent Katerine Senders et Margaret Sullivan la visée thérapeutique propre à ce que Rose nomme les « disciplines psy »²⁹⁸, dont l'objectif est de redonner aux individus la capacité de fonctionner comme des sujets libres et autonomes dans une société où le libre arbitre et la conduite de soi constituent des valeurs centrales²⁹⁹.

²⁹⁵ En 2014, une enquête réalisée par le Conseil québécois sur le poids et la santé a ainsi établi que 71% des adultes avaient ainsi entrepris de contrôler leur poids par une quelconque méthode d'amaigrissement afin de le maintenir ou de le réduire. Ces tentatives semblent commencer tôt dans la vie, puisque c'est 59% des jeunes Québécois du secondaire qui ont cherché à contrôler leur poids en 2012. Voir, Conseil québécois sur le poids et la santé, « Enquête sur la stratégie québécoise de lutte à l'obésité- sondage grand public », *présentation powerpoint*, 2014, cité dans Association pour la santé publique du Québec, « Démasquer l'industrie de l'amaigrissement. Appel à l'action », 2020.

²⁹⁶ Au Canada, l'industrie de l'amaigrissement connaît ainsi une croissance fulgurante et génère déjà plus de 6 milliards de dollars américains en 2004. Voir, Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) « Démasquer l'industrie de l'amaigrissement. Appel à l'action », *ASPQ*, 2015.

²⁹⁷ Et qu'elles apparaissent habituellement comme des objets de dérision ou de pitié quand elles le sont. À ce sujet, voir : Bradley, Greenberg et al. "Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television", *American Journal of Public Health*, vol. 93, n°8, 2003.

²⁹⁸ Rose, Nikolas, *Governing the soul: The shaping of the private self*, London: Free Association Press, 1999.

²⁹⁹ Senders Katerine et Margaret Sullivan, "Epidemics of the will, failures of self-esteem: Responding to fat bodies in the Biggest Loser and What not to wear", *Continuum, Journal of Media & Cultural Studies*, 2008, vol. 22, n°4, p. 573-584.

Effaçant les contextes plus larges de la prise de poids, elles participent ainsi de l'imaginaire néolibéral d'une rédemption biocitoyenne dans laquelle le citoyen en échec pourrait redevenir « lui-même », c'est-à-dire un citoyen libre, mince et sain, et être réhabilité dans la société en tant que tel, grâce au simple apprentissage d'une nouvelle « expertise somatique »³⁰⁰. Si ces programmes télévisés détiennent une fonction sociale similaire à celle des *freak shows* du 19^{ème} siècle (c'est-à-dire définir le sujet contemporain au regard de la normativité propre à une époque), ils renvoient à des conceptions radicalement différentes de la différence corporelle, de la santé et de la citoyenneté. Plus qu'une simple expression de la pérennité d'une fascination pour le monstrueux ou l'extraordinaire, ces nouvelles mises en spectacles du « gros » indiquent que même l'obésité la plus extrême, jadis considérée « hors-normes », est aujourd'hui évaluée au regard de l'imaginaire antinaturaliste d'un corps entièrement flexible et transformable par la puissance de la volonté du sujet, lui-même fortement inspiré de l'univers des discours et techniques scientifiques contemporaines. À mesure que les citoyens sont encouragés à concevoir la perte de poids comme une entreprise d'affirmation de soi en tant que sujet pleinement autonome, comme un chemin vers la libération, et qu'ils se trouvent assistés par un ensemble de « béquilles thérapeutiques » afin d'y parvenir supposément facilement (approches diététiques, substituts de repas et produits alimentaires, produits de santé naturels et médicaments sans ordonnance, clubs de fitness, chirurgies bariatriques, etc.), l'obésité la plus visible semble renvoyer à un refus volontaire, et donc impardonnable, de se libérer de ses propres limitations internes. Dans ce contexte, la seule identité socialement viable ou légitime en tant que personne « obèse » devient donc celle de « l'obèse en réhabilitation » c'est-à-dire de la personne en surcharge pondérale qui, se repentant de son déficit visible de volonté, est investie corps et âme dans une entreprise libératrice et rédemptrice de perte de poids.

Malgré la popularité en apparence intarissable des régimes, la plupart des spécialistes de l'obésité s'entendent néanmoins pour dire que les interventions diététiques sont très peu efficaces pour obtenir une perte de poids substantielle et durable, notamment pour les personnes en forte « obésité ». Une méta-analyse datant de 2001 a notamment montré que plus de 80% des personnes qui s'engagent dans une diète ou une démarche de perte de poids reprennent le poids perdu, et même davantage, dans les cinq années suivant le régime³⁰¹. En plus de leur inefficacité notoire, les régimes d'amaigrissement peuvent aussi avoir des effets néfastes sur la santé autant psychologique que physique des personnes,

³⁰⁰ Rose, Nikolas, 2007, *Op. cit.*, p. 6.

³⁰¹ Anderson JW, et al. "Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies", *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, vol. 74, n°5, p. 579–584.

en termes de préoccupations excessives à l'égard du poids pouvant mener à des troubles alimentaires³⁰² ou des cycles répétés de perte et de reprise de poids, eux-mêmes associés à un risque accru d'hypertension et de maladies cardiovasculaires³⁰³. Ainsi, même si une perte de poids permanente et substantielle était possible pour une faible proportion de personnes au régime, il n'est pas certain que celle-ci serait nécessairement « saine ». Les discours publics contemporains sur l'obésité paraissent ainsi construire ce que Lauren Berlant appelait une relation d'« optimisme cruel » pour la majorité des personnes en surcharge pondérale, qui continuent d'entretenir le fantasme d'une perte de poids libératrice malgré des expériences d'échec répétées. Selon Berlant, « une relation d'optimisme cruel existe lorsque quelque chose que vous désirez est en réalité un obstacle à votre épanouissement »³⁰⁴. Bien que Berlant voit dans la nourriture ce « quelque chose »³⁰⁵, le désir de perdre du poids constitue lui-même un investissement affectif pouvant représenter un obstacle à l'épanouissement, puisque le bonheur peut être continuellement reporté jusqu'à ce que ce fantasme de la minceur soit réalisé. Un sondage réalisé par l'Association pour la santé publique du Québec a ainsi montré que pour 6% des Québécois qui s'efforcent de maîtriser leur poids, le nombre moyen de tentatives d'amaigrissement dépassait le nombre de...21!³⁰⁶. Et cela est sans doute encore plus vrai pour les personnes ayant une forte surcharge pondérale, pour qui la fatalité de l'échec des régimes amaigrissants semble encore plus prévisible³⁰⁷. Ainsi, l'« usure du sujet »³⁰⁸ résultant de l'expérience de maintes tentatives d'amaigrissement échouées dans le passé, peut mener de nombreuses personnes en surcharge pondérale à accepter des interventions médicales de plus en plus drastiques et invasives pour accéder

³⁰² Lee, Kristen, Jeffrey Hunger et Janet Tomiyama, “Weight stigma and health behaviors: evidence from the eating in America Study”, *International Journal of Obesity*, 2021, vol. 45, 1499-1509.

³⁰³ À ce sujet, voir : Mann et al. “Medicare’s Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer”, *American Psychologist*, 2007, vol. 62, n°3, p. 220–233; Brown, H. “More data suggests fitness matters more than weight”, *New York Times*, 17 septembre 2012; J. P. et M. Angell, “Losing weight: An ill-fated New Year's resolution”, *The New England Journal of Medicine*, 1998, vol. 338, n°1, p. 52; Linda Bacon et Lucy Aphramor, “Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift”, *Nutrition journal*, 2, 2011.

³⁰⁴ Si l'objet associé à la promesse d'un bonheur imminent (trouver un partenaire amoureux, avoir des enfants, guérir d'une condition médicale, etc.) n'est pas intrinsèquement cruel, il le devient lorsque les tentatives pour l'atteindre se mettent à compromettre l'objectif d'une vie bonne ou épanouie, parce que ces tentatives sont vouées à l'échec ou que le simple fait de les poursuivre cause une fatigue existentielle. Voir : Berlant, Lauren, 2011, Op. cit., p. 2.

³⁰⁵ Elle avance que les personnes en surcharge pondérale mangent pour se soulager du stress occasionné par les conditions de vie et de travail propres à l'économie capitaliste contemporaine.

³⁰⁶ Association pour la santé publique du Québec, “Industrie de la minceur”.

³⁰⁷ Le corps tend à revenir vers son poids initial. Comme le souligne Anne Morrow: “These efforts fail not because fat people lack ‘willpower’ (a shaky construct, to be interrogated later in this essay) but because the size of each person's body is governed by a setpoint or ‘set range’, the weight or narrow span of weights that, over the long term, a given individual can embody”, dans Morrow, Anne, “Disability Studies Gets Fat”, *Hypatia*, 2015 vol. 30, n°1, p. 199-216.

³⁰⁸ Berlant, Lauren, 2011, Op. cit.

à l'identité désirée³⁰⁹, comme la chirurgie bariatrique, en plein essor depuis une dizaine d'années, y compris chez les enfants et les adolescents. En la présence des puissantes forces discursives et idéologiques précédemment décrites incitant les personnes plus larges à perdre du poids, l'introduction de technologies médicales d'amaigrissement plus drastiques peut s'accompagner de l'impératif moral pour les individus d'en accepter l'usage, ou du moins de difficultés à refuser celles-ci sans le moindre dilemme moral ou sentiment de culpabilité³¹⁰, ce qui soulève des enjeux sociologiques et éthiques considérables, comme j'essaierais de le démontrer dans le chapitre suivant.

Si la corpulence représente depuis longtemps un stigmate moral dans les sociétés occidentales, associée à l'excès et à un manque de discipline et de volonté, ce stigmate a été largement exacerbé, plutôt qu'atténué³¹¹ à la suite de l'entrée de la surcharge pondérale dans le champ de la santé des populations. Bien que la progression relativement stable du poids moyen de la population depuis la fin du 19^{ème} siècle semble indiquer que nous faisons face à un phénomène de fond, à une tendance *endémique* des sociétés industrielles modernes³¹², la surcharge pondérale a été définie au début des années 2000 non seulement comme un facteur de risque pour le développement de maladies cardiovasculaires et métaboliques, mais comme une « maladie » en tant que telle aux tendances *épidémiques*. Cette propulsion de la surcharge pondérale dans l'univers langagier (et profondément affectif) de l'épidémie, de la crise, du cataclysme aux effets sanitaires et économiques dévastateurs pour la nation, voire la planète entière, renvoie selon la sociologie critique de l'obésité à l'émergence d'une « panique morale » irrationnelle ciblant des populations marginalisées. À mon sens, elle s'inscrit plutôt dans la rationalité biosécuritaire qui caractérise les politiques publiques contemporaines, déplaçant progressivement leur cible de la prévention de comportements à risque vers l'anticipation de menaces

³⁰⁹ Une dynamique similaire peut caractériser l'expérience des femmes cherchant à avoir des enfants sans succès, dans un contexte social où la « pleine » identité féminine est fortement associée à la maternité et où de technologies de reproduction assistée de plus en plus diversifiées sont mises à leur disposition. À ce sujet, voir Throsby, Karen, *When IVF Fails: Feminism, Infertility, and the Negotiation of Normality*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.

³¹⁰ Au sujet de l'apparente inévitabilité de l'innovation technologique associée aux valeurs de progrès et de mieux-être, voir Strathern Marilyn, *Reproducing the future : anthropology, kinship and the new reproductive technologies*, Routledge, 1992.

³¹¹ Le processus de « médicalisation », généralement conçu comme la transformation de problématiques sociales ou morales en problèmes médicaux suppose généralement une forme de « démoralisation » de la condition, ce qui n'est pas le cas ici.

³¹² Où l'augmentation progressive, mais inégalement distribuée du poids dans la population, suit en réalité le processus d'industrialisation, ainsi que la division sociale et sexuelle du travail qui en découle (touchant de ce fait avant tout les populations les plus précaires). Voir : Bartoshuk, Linda, 2010, Op.cit. et Flegal, Katherine, et al. 2012, Op. cit.

biologiques. Au sein de cette logique biomédicale de l'anticipation, qui se traduit bien dans la centralité récemment accordée à l'obésité infantile dans la lutte contre l'obésité (le corps des enfants symbolisant la santé nationale future sur laquelle il semble alors possible d'intervenir le plus *en amont* possible), l'adiposité acquiert dans sa matérialité biologique la capacité à révéler des comportements passés et présents, mais aussi, de façon sans doute plus novatrice, à *énoncer l'avenir*. Le corps présent devient alors une potentialité biologique à réguler et à façonner en fonction de futurs anticipés (et largement dystopiques). La thématique hygiénique de l'ère industrielle basculant dans celle de la menace adipeuse, il s'agit désormais pour les institutions de santé publique d'inculquer aux individus des pratiques quotidiennes de gestion du risque, c'est-à-dire un nouveau rapport affectif à la temporalité biologique du corps, qui se met en retour à occuper une place centrale dans la construction des identités sociales et collectives contemporaines. Les individus, encouragés à se considérer comme des malades *en devenir*, sont en effet amenés à se comporter comme des biocitoyens, c'est-à-dire comme des acteurs proactifs, responsables et autonomes vis-à-vis de « leurs » risques adipeux au nom de la collectivité, de la santé et de la prospérité nationale.

Conséquemment à l'émergence de cette biocitoyenneté néolibérale, où chacun est amené à prendre en charge ses propres risques biologiques, tout en s'inquiétant de la capacité des autres à prendre correctement en charge les leurs, la stigmatisation des personnes plus larges s'est vue largement accentuée. À la suite de la propagation publique de la rhétorique sanitaire sur le risque adipeux à travers de nombreuses campagnes de sensibilisation largement médiatisées, leur condition corporelle est devenue le révélateur, non plus seulement de comportements passés/présents excessifs jugés « non-civilisés », mais également d'une incapacité à remplir leurs obligations civiques à l'égard du *futur* de la collectivité nationale. La surcharge pondérale est désormais interprétée non seulement comme le résultat d'une consommation incontrôlée de malbouffe, mais aussi comme une charge future pour la société en raison des pathologies qu'elle annonce, et des services de santé subventionnés par l'État qu'elle nécessitera en conséquence. L'association devenue largement *préréflexive* dans l'espace public entre grosseur et risque, morbidité, fardeau social, inefficience ou dépendance est ainsi venue non seulement déplacer et accentuer le stigmate lié à la surcharge pondérale, mais également alimenter le fantasme d'une « société sans gros ». L'obésité étant largement comprise comme le résultat d'un manque de travail sur soi, d'un manque de volonté personnelle, il devient justifié de « secouer » les citoyens dissidents pour les ramener vers le droit chemin de la santé, c'est-à-dire de les culpabiliser pour leur condition en faisant un usage stratégique du stigmate pondéral à des fins d'amélioration de la santé publique, ou en s'engageant, à une échelle interpersonnelle, dans des pratiques directes de

« biointimidation » des individus jugés « trop gros ». Comme le soutient Vigarello, entre le siècle dernier et le nôtre, la critique du « gros » s’est déplacé : « Critique ancienne : il mange trop, il ‘abuse’. Critique actuelle : il ne sait pas maigrir, il ne se maîtrise ni ne se corrige »³¹³. La dissémination de ces nouvelles divisions biomédicales renforçant les frontières entre les « bons » et les « mauvais » citoyens en fonction de leurs capacités différenciées à incarner l’idéal corporel promu par les institutions de santé publique, peut ainsi en partie expliquer l’ampleur bien référencée des situations de discrimination et de stigmatisation que subissent aujourd’hui les personnes plus larges dans tous les domaines de la société. De telles situations ont en retour des effets néfastes sur les personnes plus larges, en termes de santé et de mobilité sociale, renforçant ainsi les inégalités sociales que le système public de santé a paradoxalement le mandat de combattre. Pour de nombreuses personnes corpulentes, les affects circulants dans l’espace public autour du poids sont en effet internalisés sous la forme d’un puissant attachement à la fantaisie de la minceur, incarnant la promesse de se libérer du stigmate pondéral et de se réaliser pleinement en tant qu’individu. Cette fantaisie se trouve elle-même alimentée par une industrie croissante de la minceur, exploitant les expériences de stigmatisation des personnes plus larges et leurs espoirs d’amaigrissement pour commercialiser des produits et services notoirement inefficaces et potentiellement dangereux.

C’est à l’intersection des injonctions anticipatoires des instances de santé publique et du fantasme « cruel » de la minceur que celles-ci réactivent, qu’il est selon moi possible de comprendre et d’expliquer l’essor actuel du recours à la chirurgie bariatrique aux échelles nationale et mondiale. Permettant de « court-circuiter » la volonté du sujet en surcharge pondérale et d’induire une perte de poids quasi-automatique, la chirurgie bariatrique est aujourd’hui présentée par le milieu médical comme l’unique solution pour perdre du poids de manière considérable et durable. Son essor actuel génère néanmoins une large controverse publique autour de ses risques sur la santé et des enjeux sociaux et politiques qu’elle soulève quant à la place accordée aux personnes plus larges dans la société. Situé au croisement de logiques biomédicales et anticipatoires visant à intervenir de plus en plus *en amont* dans le développement des maladies (soit directement au niveau du *risque*) et de logiques identitaires et relationnelles associant la perte de poids au bien-être et à l’épanouissement personnel, le recours croissant à la chirurgie bariatrique et l’extension de ses usages prend selon moi ancrage dans une culture de la transformation biomédicale de soi constitutive de la biocitoyenneté néolibérale. Dans le chapitre suivant, je propose donc d’offrir un éclairage sociologique sur la controverse publique

³¹³ Vigarello, George, 2010, Op. cit., p. 490.

entourant aujourd'hui l'essor de la chirurgie bariatrique au Québec en problématisant celui-ci comme une expression paradigmatique de la biocitoyenneté contemporaine.

Chapitre 3

La clinique chirurgicale de l'obésité, au centre de la biopolitique affective de la corpulence

Bien que les premières chirurgies expérimentales de régulation du poids datent des années 1950, il faudra attendre l'aube du 21^e siècle pour que la chirurgie bariatrique acquière une légitimité au sein de la communauté médicale et devienne une spécialité à part entière. En se positionnant stratégiquement dans le champ de la recherche biomédicale en obésité et métabolisme, les chirurgiens bariatriques ont réussi à faire valoir l'intervention chirurgicale comme la seule méthode efficace dans le traitement des grandes obésités et de leurs comorbidités présentes et futures. En dépit du fait que l'obésité soit généralement considérée comme une condition de santé complexe et multifactorielle d'origine « biopsychosociale », la chirurgie bariatrique a par conséquent été reconnue par l'OMS et de nombreuses autres institutions politico-sanitaires comme un outil « curativo-anticipatoire » permettant à terme d'économiser dans les coûts des systèmes de soins. À mesure que la plupart des pays occidentaux se sont dotés d'institutions pour en encadrer la pratique et en couvrir les frais, le recours à la chirurgie de l'obésité a connu un essor fulgurant, particulièrement chez les femmes. Tandis qu'en 1996 aux États-Unis, moins de 10000 opérations bariatriques avaient été réalisées³¹⁴, ces chiffres ont, entre 1998 et 2004, augmenté d'environ 700% pour les personnes âgées de 18 à 54 ans et de 2000% pour les patientes âgées de 55 à 64 ans³¹⁵. Similairement, le recours à la chirurgie bariatrique en France s'est vu multiplié par vingt entre 1997 et 2017³¹⁶ et par quatre au Canada entre 2006 et 2012³¹⁷. Pratiquées annuellement sur un demi-million de patientes dans le monde³¹⁸, les chirurgies de perte de poids font de la chirurgie bariatrique l'une des spécialités médicales connaissant actuellement la plus forte progression clinique³¹⁹. Cette tendance semble d'ailleurs s'accroître, car la chirurgie a longtemps été envisagée comme une option de dernier recours pour les adultes en

³¹⁴ Hutter, M.M., "Does outcomes research impact quality? Examples from bariatric surgery", *The American Surgeon*, 2006, vol. 72, n°11, p. 1055-1060.

³¹⁵ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), "Bariatric surgery utilization and outcomes in 1998 and 2004", *Statistical Brief #23, Healthcare cost and utilization project (HCUP)*, janvier 2007.

³¹⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997 », *Études & Résultats*, février 2018.

³¹⁷ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), « Chirurgie bariatrique au Canada. Rapport », *Performance du système de santé*, ICIS, mai 2014.

³¹⁸ Angrisani, Luigi et al., "Bariatric Surgery Worldwide", *Obesity Surgery*, 2013, vol. 25, n°10, p. 1822-1832.

³¹⁹ Encinosa, W.E et al. "Recent improvements in bariatric surgery outcomes", *Medical Care*, 2009, vol. 47, n°5, p. 531-535.

obésité « morbide », elle s'étend aujourd'hui aux adolescents et aux enfants et est de plus en plus considérée pour les patients en plus faible surcharge pondérale, mais atteints de troubles métaboliques.

Alors que la normalisation de la chirurgie témoigne de l'érosion des résistances médicales longtemps suscitées par le principe d'un traitement chirurgical de l'obésité³²⁰, celle-ci est loin de faire consensus dans l'espace public. En grande partie portée par le milieu bariatrique et le militantisme contre la grossophobie, la controverse sur l'obésité divise et confronte aujourd'hui les personnes en surpoids. La question centrale est de savoir si la surcharge pondérale doit être considérée comme une maladie à traiter, comme le suggèrent le corps médical, les chirurgiens bariatriques et leurs patientes, ou plutôt comme une simple différence corporelle à dédramatiser dans une société lipophobe pathologisant des corps plus larges au nom d'une conception de la santé imprégnée d'un idéal esthétique de minceur.

Cette deuxième représentation de la surcharge pondérale a le mérite de venir déstabiliser la signification dominante de celle-ci comme une pathologie à éradiquer à tout prix et d'ouvrir ainsi de nouvelles possibilités d'acceptation de soi pour les personnes plus larges et de conscientisation publique à la stigmatisation et à la discrimination qu'elles subissent. Toutefois, elle ne devrait pas pour autant nous mener à interpréter la décision d'avoir recours à la chirurgie bariatrique et les parcours chirurgicaux des patientes comme des expressions d'un rapport de pleine conformité aux discours médicaux portés par les experts médicaux et les institutions politico-sanitaires. Comme j'essaierai de le montrer, les patientes ne sont en effet pas passives dans leur parcours de chirurgie. Au contraire, elles sont activement engagées dans la mise en œuvre de la technologie bariatrique, la négociation de ses effets ambivalents et parfois négatifs, et la construction de ses significations sociales et culturelles. Ni opprimées, ni naïves, ni masochistes, ces patientes agissent toutefois dans le contexte de logiques sociétales plus larges et de relations de pouvoir qu'il s'agira de circonscrire et de définir. La clinique chirurgicale de l'obésité représente en effet, comme j'essaierai de le montrer dans ce chapitre, un terrain privilégié à partir duquel explorer les discours ambivalents sur le corps, la santé et le soin médical qui traversent aujourd'hui la biopolitique de la corpulence.

Afin d'inscrire la pratique bariatrique dans la continuité de la biopolitique anticipatoire de la corpulence décrite dans le chapitre précédent, je commencerai par retracer les grandes lignes de son développement depuis ses origines expérimentales vers le milieu des années 1950 jusqu'à l'acceptation

³²⁰ Consistant à amputer un organe digestif qui n'est pas malade et ne peut être tenu responsable de la genèse de l'obésité.

clinique du principe d'une chirurgie « métabolique » au début des années 2000³²¹. Après avoir exposé les résistances médicales qui ont entravé l'évolution de la pratique bariatrique, je montrerai comment la polémique actuelle entourant son utilisation généralisée réduit les personnes qui y ont recours à des symboles politiques. Elles sont présentées soit comme des victimes de la grossophobie qu'elles ont intériorisée inconsciemment, soit comme les têtes d'affiche de la lutte contre l'obésité. Dans le but d'offrir un éclairage sociologique sur les enjeux socio-symboliques dont rend compte cette polémique et de reconnaître l'agentivité relationnelle des patientes bariatriques, ce chapitre problématisera enfin le recours à la chirurgie comme une expression paradigmatique de la biocitoyenneté et d'une culture néolibérale de l'encapacitation biomédicale des corps et des identités redéfinissant les expériences de la maladie et du handicap en opportunités de transformation de soi.

I. Controverses et enjeux autour d'une cure anticipatoire en voie d'expansion

1.1. Des premières expérimentations « bariatriques » au traitement anticipatoire des troubles métaboliques

Comment la chirurgie bariatrique, longtemps envisagée comme une option de « sauvetage » pour les cas d'obésité les plus désespérés, est-elle devenue un traitement courant pour les grandes obésités et une cure d'avant-garde pour traiter les troubles métaboliques? Aujourd'hui, le succès du traitement chirurgical de l'obésité est généralement dépeint par les chirurgiens bariatriques comme la conséquence inévitable d'un lent perfectionnement technique, d'une accumulation progressive de données démontrant les bénéfices de la chirurgie comparativement aux cures alternatives et d'une « démoralisation » médicale de l'obésité ayant enfin fait des obèses des « malades » méritant un traitement efficace³²². Comme l'a bien montré l'historien québécois Jean-Philippe Gendron dans sa thèse exhaustive sur l'histoire de l'expérimentation bariatrique, cette lecture « internaliste » lisse et sans remous, passe toutefois sous silence l'acceptation difficile du principe chirurgical dans le milieu médical et l'important travail de légitimation effectué par les chirurgiens bariatriques pour crédibiliser la chirurgie et l'intégrer à la clinique³²³. En effet, si les critiques les plus fortes de la chirurgie de l'obésité

³²¹ À ce sujet, voir Jeske, Melanie, « Constructing complexity: collective action framing and rise of obesity research », *Biosocieties*, 2021, 16, p. 116-14.

³²² À titre d'exemple, voir l'article Biertho, Laurent, et al. « A Canadian and Historical Perspective on Bariatric Surgery », *Canadian Journal of Diabetes*, 2017, vol. 41, p. 341-343.

³²³ Cette sous-partie historique s'appuie d'ailleurs très largement sur cette thèse : Gendron, Jean-Philippe, « Généalogie de la médecine opératoire de l'obésité : une histoire de l'expérimentation en chirurgie gastro-intestinale 17e-20e siècles », *Thèse doctorale d'histoire*, Université du Québec à Montréal, mai 2016. Voir aussi : Gendron Jean-

émanent aujourd'hui des mouvements militants pour l'acceptation des personnes plus larges, c'est d'abord à l'intérieur même du cercle des médecins que la chirurgie a soulevé des débats animés³²⁴. Tandis que les chirurgiens bariatriques contemporains ramènent les résistances longtemps manifestées à l'endroit de leur pratique comme des sous-produits « de l'ignorance ou de la discrimination exercées contre les patients avec de l'obésité morbide »³²⁵ revenir sur les débats internes qui ont entouré l'idée d'une clinique chirurgicale de l'obésité permet de situer sa trajectoire dans l'évolution plus large du cadrage scientifique de l'obésité.

Le développement de la chirurgie de l'obésité prend racine dans le sentiment d'impuissance des médecins de l'époque face à l'inefficacité des méthodes d'amaigrissement classiques à obtenir une perte de poids significative et durable chez les sujets en obésité. Au milieu du 20^{ème} siècle³²⁶, le milieu médical énonce déjà son impuissance face à l'obésité avancée. C'est dans ce contexte que les premiers chirurgiens de l'obésité proposeront de reconverter les complications les plus graves associées aux traitements du cancer intestinal, de l'occlusion et de l'ulcère en principes curatifs de l'obésité sévère³²⁷. Prenant forme dans les travaux d'Owen H. Wangensteen, chirurgien précurseur d'une conception novatrice de la médecine opératoire impliquant d'opérer sur des parties saines du corps dans le but de contrôler certaines fonctions physiologiques³²⁸, cette proposition de reconversion thérapeutique est, comme on le verra, à l'origine des résistances médicales entourant l'intégration clinique de la chirurgie de l'obésité. Défiant les principes classiques d'une chirurgie opératoire de type anatomo-localiste respectueuse de l'intégrité naturelle des organes, cette vision plus performative de la chirurgie devra alors attendre la « molécularisation » de l'obésité et du diabète amenée par le développement des sciences métaboliques contemporaines³²⁹ pour acquérir une pleine légitimité au sein du milieu médical.

Philippe, « Une première chirurgie de l'obésité : la longue controverse du court-circuit jévuno-iléal (1954-1980) », *Scientia Canadensis*, 2010, vol. 33, n°1, p.

³²⁴ Ibid., p. 34.

³²⁵ Biertho, Laurent, et al., Op cit. 2017, p. 341.

³²⁶ Alors qu'une corrélation statistique entre le surpoids et l'espérance de vie vient d'être établie par le secteur assurantiel américain et que la progression « névrotique » du marché diététique inquiète le milieu médical. Selon certains médecins, le marché de la diète dépassait en effet déjà « toute préoccupation raisonnable en matière de santé pour prendre les proportions d'une névrose nationale », à ce sujet voir : Albert J. Stunkard, « Cornell Conferences on Therapy: The Management of Obesity », *New York State Journal of Medicine*, vol. 58, n°1, 1958, p. 79. Cité dans Gendron, Jean-Philippe, 2016, p. 377. Ma traduction.

³²⁷ Cette logique de reconversion thérapeutique est généralement associée à la recherche en pharmacologie, bien connue pour sa tendance à reconverter les effets imprévus/secondaires de médicaments originellement destinés à des conditions bien précises en principes curatifs actifs pour des conditions différentes.

³²⁸ Comme le souligne Gendron, l'École de Wangensteen va reconfigurer le rôle de la chirurgie en permettant d'envisager de « produire, par des interventions limitées, des effets physiologiques inverses de ceux que la maladie réalise, sans s'inquiéter outre mesure de la lésion », dans Gendron, Jean-Philippe, 2016, p. 15.

³²⁹ À ce sujet, voir Landecker, Hannah, Op. Cit. 2013.

Ainsi, la toute première intervention « bariatrique » (un court-circuit jujéno-iléal) réalisée en 1954 sous la demande de Wangensteen par Arnold Kremen et John Linner, deux de ses collègues de l'Université de Minnesota, visait non pas une perte de poids chez un sujet en obésité, mais plutôt la résolution d'une complication postopératoire, le « syndrome du grêle court » (occasionnant une déshydratation, des diarrhées chroniques, une dénutrition protéinique et des carences énergétiques, vitaminiques et minérales), apparaissant parfois à la suite d'une ablation partielle de l'intestin pratiquée sur des sujets atteints de cancer ou d'occlusion intestinale³³⁰. Initialement effectué sur des cobayes canins, cette expérience de laboratoire devait aider les chirurgiens à minimiser les effets néfastes (une évacuation anormale de lipides associée à une perte de poids) des ablations pratiquées sur leurs sujets humains en milieu clinique en déterminant la masse et la localisation optimale de l'excision intestinale à effectuer. Inversant complètement le principe au cœur de cette visée originelle, il vient toutefois à l'esprit des chirurgiens en charge du projet de réinterpréter les anomalies d'assimilation lipidique observées « sous un angle différent et les envisager plutôt comme des effets à portée thérapeutique qu'il serait dès lors souhaitable d'induire »³³¹ chez les sujets en grandes obésités. La même année, présentant les résultats de l'expérimentation au congrès de l'*American Surgical Association* (ASA), Kremen affirmait qu'ils l'avaient amené à envisager « la possibilité de traiter des cas d'obésité extrêmes en retirant de la continuité intestinale une quantité suffisante d'intestin grêle pour produire une perte de poids sans autre danger ou déficience grave »³³². C'est dans cette intuition de requalifier les effets iatrogéniques associés aux interventions usuelles de la chirurgie gastro-intestinale en principes actifs de traitement qu'est donc né le programme expérimental de la chirurgie bariatrique. Celle-ci dépassait d'ailleurs le stade de la simple hypothèse de recherche : questionné par ses collègues de l'ASA, Kremen reconnaissait effectivement l'avoir déjà testée sur un premier sujet humain, une jeune femme employée à l'hôpital où les expérimentations animales avaient eu lieu³³³. L'enthousiasme initial de Kremen allait cependant décroître à mesure de l'accumulation des complications graves affectant la patiente jusqu'à sa mort à l'âge de 61 ans, à la suite d'une crise cardiaque³³⁴. Ce cas unique, bien que peu convaincant, allait toutefois motiver, au courant des décennies suivantes, le développement d'un programme de

³³⁰ Arnold J. Kremen, John H. Linner et Charles H. Nelson, "An Experimental Evaluation of the Nutritional Importance of Proximal and Distal Small Intestine", *Annals of Surgery*, 1954, vol. 140, n°3 p. 439-447.

³³¹ Gendron, Jean-Philippe, Op. Cit. 2010, p. 34.

³³² Ibid., p. 38. Ma traduction.

³³³ Elle pesait en effet près des quatre cents livres. John H. Linner, "Early History of Bariatric Surgery", *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 3, n. 5, 2007, p. 569-570.

³³⁴ Ulcération gastrique nécessitant plusieurs révisions, puis hernies, hépatites, carences minérales généralisées, cirrhose, insuffisance coronarienne, etc.

recherche autour du versant « malabsorptif » de la chirurgie de l'obésité. Entre 1956 et 1961, trois médecins-chercheurs de l'Université Southern California, Howard Payne et Loren DeWind et Robert Commons entreprendront ainsi d'effectuer une première dérivation de l'intestin grêle (court-circuit intestinal ou *bypass*) sur dix femmes en état d'obésité « incontrôlable » recrutées sur une base volontaire. Malgré la panoplie de complications ayant suivi leurs interventions³³⁵, les obligeant à rétablir plus rapidement que prévu la continuité de l'intestin des patientes (qui reprirent alors toutes le poids perdu) et précipitant le décès de l'une d'entre elles³³⁶, les chirurgiens entreprirent, selon Gendron, de requalifier celles-ci soit comme des « effets secondaires » voués à disparaître grâce aux corrections techniques à venir, soit comme des effets physiologiques qui bien que méconnus dans l'immédiat, n'étaient sans doute que des expressions temporaires de la lutte du corps contre la maladie... La communauté médicale restera néanmoins extrêmement dubitative devant ces résultats, jugeant la procédure inefficace sur le plan curatif et démesurément risquée sur le plan des complications postopératoires calamiteuses qui l'accompagnait³³⁷. Malgré le fait que la chirurgie de l'obésité constituait déjà au début des années 1960 une pratique largement controversée, l'intérêt qu'elle suscitait continua de prendre de l'ampleur. Ce paradoxe apparent s'explique par l'inexistence, admise par la communauté médicale, de thérapies alternatives efficaces³³⁸. Ce parti pris médical, permettant d'attribuer *malgré tout* au court-circuit intestinal un avantage thérapeutique sur les autres cures, encouragea donc la recherche expérimentale en chirurgie malabsorptive. Au cours des décennies suivantes, celle-ci allait en conséquence progresser autour de la quête d'une « zone thérapeutique » supposée assurer un équilibre entre les bénéfices associés à la chirurgie en termes de perte de poids et les complications nutritionnelles associées à celle-ci et motivant l'incroyable prolifération des variations procédurales envisagées par les chirurgiens pour s'en rapprocher³³⁹.

³³⁵ « Les complications, de fait, furent nombreuses : hernies, carences électrolytiques, pertes de cheveux, thrombophlébites et embolies pulmonaires, la dysfonction la plus sérieuse étant sans doute une chute drastique des niveaux de potassium et de calcium sanguins [...] », Gendron, Jean-Philippe, 2010, p. 41.

³³⁶ Morte d'embolie pulmonaire cinq mois après l'opération. Ce décès toutefois ne fut toutefois pas reconnu comme une conséquence de la chirurgie.

³³⁷ « Nous savons que la résection de l'intestin grêle avec la préservation de 15 à 20 pouces de jéjunum proximal [...] est presque toujours incompatible avec le maintien de la vie [...] Considéré dans son ensemble, l'intestin grêle, contrairement à l'estomac ou au côlon, est un organe vital », dans Leon Goldman, « Discussion », *The American Journal of Surgery*, 1963, vol. 106 287, cité dans Gendron, Jean-Philippe, 2010, p. 43. Ma traduction.

³³⁸ Gendron, Jean-Philippe, 2017, p. 377.

³³⁹ Si bien « qu'en 1983, on ne recensera pas moins de vingt-et-un types distincts d'interventions, depuis la fixation mandibulaire et jusqu'à la lacération hypothalamique, avec chacune ses sous-variantes plus ou moins expérimentales », Gendron, Jean-Philippe, 2010, p. 45.

En parallèle au développement du versant « malabsorptif » de la recherche en chirurgie bariatrique, un autre programme expérimental émergeait également depuis les années 1960 autour d'une chirurgie dite « restrictive » prenant la forme de gastroplasties par agrafage. Ce programme de recherche envisageait lui aussi de récupérer les effets indésirables de la chirurgie gastro-intestinale, mais en s'inspirant plutôt des complications de dénutrition observées à la suite de gastrectomies de l'ulcère. Les résections d'estomac pratiquées pour l'extraction de masses cancéreuses ou le contrôle des productions acides s'accompagnaient de complications nutritionnelles extrêmement graves et débilitantes; les cas d'anémie et de dénutrition se généralisant dans le temps au point de causer la mort d'un tiers des patientes opérées³⁴⁰. Wangensteen, qui s'appliquait à documenter ces complications au cours des années 1950, fut là aussi le premier à leur imaginer une fonction thérapeutique. Il suggéra ainsi que certains des effets nutritionnels indésirables les plus fréquents du court-circuit du grêle, regroupés sous le terme de « syndrome du dumping »³⁴¹ pouvaient ainsi être réévalués comme « une bénédiction déguisée »³⁴² et mis à profit. Dans la continuité de cette logique de reconversion médicale, un chirurgien du nom d'Edward Mason (ancien étudiant de Wangensteen) allait redéfinir la perte de poids causée par la gastrectomie de l'ulcère, s'accompagnant généralement d'une perte irréversible de force et de vitalité chez les patientes (qui se plaignaient d'une fatigue généralisée les rendant incapables de réaliser un travail manuel), comme « une vertu plutôt que comme une complication »³⁴³ dans le traitement de l'obésité sévère. Sceptique face à l'idée de reconvertir les pires complications des chirurgies gastro-intestinales en principes thérapeutiques, Mason condamnait en revanche le principe malabsorptif du court-circuit gastrique pour permettre une alimentation non-contrôlée précipitant du « dumping » (et donc de la déshydratation et une perte en électrolytes et nutriments essentiels)³⁴⁴. Il aura ainsi posé les bases du programme restrictif : celui-ci chercherait à réduire le volume de l'estomac afin d'induire une restriction strictement mécanique de la prise alimentaire sans complications malabsorptives. À la suite des travaux de Mason, l'essentiel de la recherche en chirurgie restrictive

³⁴⁰ Gendron, Jean-Philippe, 2017, p. 392.

³⁴¹ Douleurs et crampes d'estomac, nausées, vomissements, diarrhées extrêmes, fatigue et vertiges (dus à une hypoglycémie) survenant à la suite d'un repas et généralement associés à la consommation d'aliments gras et sucrés.

³⁴² Gendron, Jean-Philippe, 2017, p. 393.

³⁴³ Edward E. Masan, "Historical Perspectives", dans Henry Buchwald, George S. M. Cohen et Walter J. Paries (dir), *Surgical Management of Obesity*, Philadelphie: Saunders Elseviers, 2007, p. 5. Cité dans Gendron, Jean-Philippe, 2017, p. 394.

³⁴⁴ Bien qu'à la suite de ses premiers essais de pontage gastrique, il finisse par considérer l'idée que le dumping (dont la moitié de ses sujets avaient souffert, en plus de complications menant à la mort de deux d'entre eux) pourrait être accueilli comme un « dressage pavlovien opportun » du fait que les aliments principaux qui l'occasionnaient étaient des produits gras et sucrés. Voir : Mason Edward, et Chikashi Ito, "Gastric Bypass", *Annals of Surgery*, vol. 170, n°3, septembre 1969, p. 355. Ma traduction.

viserait alors à simplifier la procédure opératoire et à la rendre « aussi peu invasive que possible » en mobilisant diverses techniques d'agrafage et de reconstruction de type « Roux-en-Y »³⁴⁵.

La multiplication des avenues de recherche et des procédures expérimentées depuis le début des années 1960 jusqu'à la fin des années 1970 interdisait à la médecine opératoire de l'obésité de se stabiliser autour d'une procédure standard susceptible d'être reconnue par l'ensemble de la communauté médicale et intégrée en milieu clinique. Tandis que les chirurgies restrictives continuaient d'être perçues comme des interventions lourdes devant être tenues en marge de la pratique, les résultats des chirurgies malabsorptives, pratiquées sur des centaines de patientes par des expérimentateurs cherchant à se rapprocher de la fameuse « zone thérapeutique », se révélaient quant à eux décevants : si des dérivations plus courtes entraînaient une perte pondérale plus importante, celle-ci se faisait toujours au prix de complications nutritionnelles supplémentaires. Mais plus fondamentalement, cette prolifération de techniques expérimentales semblait exposer le manque de légitimité épistémologique de la chirurgie de l'obésité, son incapacité à « atteindre le noyau morbide de l'obésité et de défaire la maladie »³⁴⁶. Parmi les chirurgiens les plus impliqués dans le champ bariatrique, certains reconnaissaient en ce sens que « toutes les approches chirurgicales de gestion de l'obésité morbide ne constituent qu'une approximation d'une thérapie rationnelle, puisque les chirurgiens ne s'occupent pas, à ce stade, de l'étiologie primaire de cette maladie »³⁴⁷. Radicalisant ce constat, certains médecins affirmaient que le court-circuit iléal n'était « pas plus sensé pour le traitement de l'obésité que le fait de traiter un fumeur de cigarettes en lui coupant les mains »³⁴⁸. Ainsi, la chirurgie bariatrique, en « confinant la cure à un ensemble d'effets physiologiques obtenus souvent au gré des manipulations les plus empiriques »³⁴⁹, se heurtait au paradigme moderne d'une médecine opératoire « localisatrice »³⁵⁰, ne pouvant voir dans la chirurgicalisation de l'obésité qu'une approche purement instrumentale ramenant une causalité complexe à des « exercices de plomberie

³⁴⁵ La reconstruction en anse de Roux-en-Y vise à créer une petite poche dans l'estomac avec des agrafes afin de limiter la quantité d'aliments pouvant être consommée par le patient. La plus grande partie de l'estomac est ensuite retirée de la poche, mais n'est pas retirée.

³⁴⁶ Gendron, Jean-Philippe, 2010, p. 46.

³⁴⁷ Buchwald Henry, "Foreword- Symposium on Morbid Obesity", *Surgical Clinics of North America*, 1979, vol. 59, n° 6, p. 961. Notons que Buchwald fut l'un des premiers à voir dans la chirurgie malabsorptive les origines d'un programme de chirurgie métabolique, d'où sa précision « à ce stade ».

³⁴⁸ Mann, George, "Obesity, the Nutritional Spook", *The American Journal of Public Health*, vol. 61, n. 8, août 1971, p. 1497, cité dans Gendron, Jean-Philippe, 2017, p. 416. Traduction libre.

³⁴⁹ Gendron, Jean-Philippe, 2010, p. 46.

³⁵⁰ Demandant qu'il soit possible d'identifier précisément l'emplacement de la lésion à réparer. À ce sujet, voir Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris : Presses Universitaires de France, 1963 et Faber, Knud, *Nosography : The Evolution of Clinical Medicine in Modern Times*, New York : AMS Press, 1978.

sophistiquée »³⁵¹. En dépit des oppositions qu'elle suscitait, la chirurgie malabsorptive avait néanmoins réussi à échapper à son statut expérimental pour intégrer le milieu clinique, si bien qu'au courant des années 1970, ce qui ne devait rester qu'une « investigation préliminaire sur les possibilités d'une limitation thérapeutique des capacités absorbatives de l'organisme » avait pris, selon Gendron, « les airs d'une cure courante »³⁵². Face à cette expansion « incontrôlée » du nombre de cas traités, les Instituts américains de la santé (NIH) ont alors convoqué en 1978 une première conférence de consensus sur le traitement chirurgical de l'obésité morbide, à l'issue de laquelle il fut conclu que la dérivation intestinale comportait plus de risques que l'obésité elle-même; les membres du panel allant jusqu'à définir cette intervention comme une « maladie iatrogène mettant la vie en danger »³⁵³. Cela conduira alors la communauté bariatrique à abandonner le programme malabsorptif pour se tourner vers celui, plus marginal à l'époque, de la chirurgie restrictive.

Au début des années 1980, les chirurgiens gastro-intestinaux, se réunissant autour de la figure de Mason, fonderont alors leur propre organisation professionnelle, l'*American Society for Bariatric Surgery* (ASBS), menant aussi à la création de premières institutions scientifiques et professionnelles (revues spécialisées, congrès, etc.). Malgré leurs efforts pour simplifier la procédure restrictive en testant différentes procédures de compartimentation de l'estomac³⁵⁴, le pontage gastrique restait néanmoins le plus efficace au niveau du contrôle du poids. Indiquant que la réduction du volume alimentaire ne pouvait pas, à elle seule, être tenue responsable de la supériorité du pontage gastrique sur les autres opérations en termes de contrôle pondéral, celui-ci commença à être compris « comme une procédure mixte qui hybridait les principes de la restriction et de la malabsorption »³⁵⁵. Tandis que les chirurgiens commençaient à y ajouter des anses de Roux-en Y de différentes longueurs, la distinction originelle entre chirurgie restrictive et chirurgie malabsorptive tendait à se brouiller. Comme on va le voir, celle-ci était de toute façon appelée à être dépassée par le développement d'un troisième programme de

³⁵¹ Dargent, Jérôme, *Le corps obèse : obésité, science et culture*, Éditions Ceyzérieu : Champ Vallon, 2005, p. 118.

³⁵² Gendron, Jean-Philippe, 2010, p. 50.

³⁵³ Thirlby, Richard C. "Jejunioleal Bypass: Can the Mistake be Corrected?", *Gastroenterology*, vol. 98, n° 6, 1990, p. 1711, cité dans Gendron, Jean-Philippe, 2017, p. 431.

³⁵⁴ Le pontage gastrique était en effet jugé démesurément invasif. C'est ce qui favorisa l'émergence d'une procédure préservant l'intégrité du système digestif, l'anneau gastrique ajustable, qui deviendra très populaire en Europe à partir des années 1990. À ce sujet, voir : Gendron, Jean-Philippe, « Bariatric and cosmetic surgery : Shifting rationales in contemporary surgical practices », dans Schlich Thomas (dir.) *The Palgrave handbook of the history of surgery*, 2018, p. 503-524. Exigeant des réajustements fréquents (un calibrage trop serré provoquant des vomissements, un calibrage trop lâche étant inefficace), cette procédure ne connut néanmoins jamais un fort succès en Amérique du Nord, où le pontage gastrique restait la référence à laquelle toutes les autres procédures restrictives expérimentées devaient être comparées. Voir Gendron, Jean-Philippe, 2017, p. 440.

³⁵⁵ Ibid., p. 441.

recherche en chirurgie de l'obésité, dit « métabolique », confirmant et radicalisant les intuitions novatrices avancées par Wangensteen quarante ans plus tôt. Laissant initialement le reste du milieu médical dubitatif, la chirurgie métabolique ne connaîtra toutefois son apogée qu'au début du 21^{ème} siècle, lorsque l'obésité sera définie comme une « épidémie mondiale » et propulsée à la tête des préoccupations des institutions de santé publique.

Cette troisième orientation de recherche en chirurgie bariatrique, qui ne sera véritablement consolidée en un programme structuré de recherche qu'à partir du milieu des années 1990, avait été initiée à la fin des années 1970 par Henry Buchwald et Richard Varco, deux chirurgiens de l'Université du Minnesota qui voyaient dans la chirurgie métabolique un nouveau paradigme en voie de révolutionner le domaine chirurgical³⁵⁶. Dans un ouvrage intitulé *Metabolic Surgery* publié en 1978, ceux-ci définissaient la chirurgie métabolique comme « la manipulation opératoire d'un organe ou d'un système organique normal pour obtenir un résultat biologique en vue d'un gain potentiel pour la santé »³⁵⁷. Réorientant le rôle thérapeutique de l'intervention chirurgicale du simple contrôle pondéral vers la gestion des comorbidités de l'obésité, ils anticipaient déjà la chirurgie métabolique comme « la porte d'entrée » pour l'acceptation généralisée des procédures chirurgicales par le reste du milieu médical³⁵⁸. Cette acceptation n'allait toutefois pas encore de soi au début des années 1980, le milieu médical y restant largement défavorable. Ainsi, en raison du fait, en lui-même évocateur, qu'aucun chirurgien bariatrique n'ait été invité à participer au Congrès de l'*International Association for the Study of Obesity* tenu à Rome cette année-là³⁵⁹, les chirurgiens avaient entrepris d'organiser à Gênes leur propre symposium parallèle pour y présenter, en contrepartie de l'accumulation des complications associées

³⁵⁶ « Dans l'histoire de la chirurgie, les chirurgiens ont enrichi leur arsenal en passant des procédures incisionnelles aux procédures extirpatives et reconstructives. Aujourd'hui, les chirurgiens ont résolument progressé vers la chirurgie métabolique, un concept qui n'est plus une spéculation intéressante pour l'avenir, mais l'épitomé du présent et le fondement de l'avenir », Buchwald, Henry, « Metabolic Surgery: A Brief History and Perspective », *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 6, n. 2, mars 2010, p. 221; cité dans Gendron, Jean-Philippe, 2017, p. 379. Ma traduction.

³⁵⁷ Buchwald, Henry, « Metabolic surgery: a brief history and perspective », *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 6, n°2, p. 221-222. Trad. libre, p. 221.

³⁵⁸ Cela dans le traitement de l'obésité, mais aussi dans une diversité de maladies complexes comme le diabète et l'hyperlipidémie. Comme l'annonçait Buchwald: « En raison de l'incapacité du régime alimentaire et de la pharmacothérapie à résoudre l'obésité, la pandémie d'obésité aura longtemps besoin de la chirurgie bariatrique ; cependant, c'est dans la chirurgie métabolique que réside l'avenir de notre discipline. La chirurgie métabolique est en train de devenir la voie d'acceptation des procédures chirurgicales par nos collègues médecins. Ne pas accepter les perspectives offertes par la chirurgie métabolique, c'est prendre du retard dans la recherche médicale de connaissances et de méthodes permettant de faire face efficacement aux afflictions de la maladie. La chirurgie métabolique permet à tous les membres des sciences médicales de rester en phase avec l'humanité », Ibid., p. 222. Trad. libre.

³⁵⁹ Buchwald, Henry, « Surgical Treatment of Morbid Obesity – Introduction », *World Journal of Surgery*, vol. 5, n°6, 1981, p. 779.

au traitement chirurgical de l'obésité, une liste de ses effets secondaires positifs. Celle-ci, incluant entre autres une réduction de la pression artérielle, de l'arthrite liée au poids et des besoins en insuline chez les diabétiques ou encore une amélioration de la fonction cardiaque, de la ventilation pulmonaire et des douleurs lombaires, venait ainsi suggérer une extension des visées thérapeutiques au-delà du simple contrôle pondéral. Pour les promoteurs de la chirurgie bariatrique, il s'agissait de recadrer les termes du débat au sein duquel la légitimité clinique de la chirurgie devait être évaluée. Comme le pose Gendron, « puisque la somme des connaissances en biologie de l'obésité ne permettait de tenir pour certaine aucune explication physiopathologique, aucune raison n'interdisait non plus le rejet pur et simple d'une approche curative sous prétexte qu'elle n'intervenait pas sur la lésion elle-même »³⁶⁰. De façon plus ambitieuse encore, ils allaient jusqu'à proposer une nouvelle étiologie « métabolique » de l'obésité permettant d'imaginer une adéquation épistémologique entre chirurgie et obésité : la lésion organique si chère aux tenants d'une chirurgie de type localisatrice/mécaniste pouvait être substituée par l'idée de mécanismes neuro-hormonaux complexes et fortement héréditaires³⁶¹, que la chirurgie aiderait à identifier avec plus de précision si on lui en donnait l'occasion. Cette initiative générera toutefois son lot de critiques à l'intérieur de la communauté chirurgicale, certains chirurgiens y voyant une stratégie fumeuse de redéfinition de l'obésité à la lumière de la technologie promue pour la traiter. Alors président de l'*American Surgical Association*, Mark Revitch déplorait ainsi à l'occasion du congrès annuel de l'organisation de 1984, l'absurdité à laquelle lui semblait renvoyer la démultiplication des procédures bariatriques expérimentées au nom d'une supposée amélioration technique déconnectée de tout fondement étiologique³⁶². Bien que l'entente adoptée par les NIH à l'issue d'une seconde conférence organisée sur la chirurgie bariatrique en 1991 était fort mitigée, ne jugeant toujours pas concluants les résultats des procédures évaluées, mais reconnaissant une validité thérapeutique à la chirurgie bariatrique pour les cas d'obésité les plus désespérés³⁶³, les chirurgiens l'avaient néanmoins accueilli avec enthousiasme, y voyant une première annonce officielle de leur succès à venir³⁶⁴.

³⁶⁰ Gendron, Jean-Philippe, 2010, p. 65.

³⁶¹ Gendron-Jean-Philippe, 2017, p. 963.

³⁶² Ravitch, Mark, "Presidential Address: The Reception of New Operations", *Annals of Surgery*, vol. 200, n°3 1984, 242, cité dans Gendron, Jean-Philippe, 2010, p. 67.

³⁶³ Pour les patients présentant une espérance de vie réduite en raison des troubles associés à leurs excès de poids notamment. Voir: National Institutes of Health, Consensus Development Conference Panel on Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity, "Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity Consensus Statement. NIH Consensus Development Conference, March 25-27, 1991", *Annals of International Medicine*, vol. 115, n° 12, décembre 1991 p. 956.

³⁶⁴ Ils encourageaient ainsi l'intégration des différentes expérimentations chirurgicales au sein d'un espace de recherche de plus en plus encadré et normé.

Ce ne sera néanmoins que la perspective contemporaine d'une expansion incontrôlable d'excès de graisse qui viendra véritablement épuiser les dernières résistances médicales à la chirurgicalisation de l'obésité et offrir un nouvel élan à l'implémentation clinique de la chirurgie métabolique comme cure d'avant-garde dans la lutte anticipatoire contre l'excès de graisse. Les chirurgiens bariatriques allaient en effet profiter de la désignation de l'obésité comme une « épidémie mondiale » par l'OMS à la fin du 20ème siècle³⁶⁵, pour promouvoir un élargissement de leur champ de pratique. Peinant toujours à générer un consensus autour de la validité clinique de la chirurgie bariatrique dans la communauté médico-scientifique, les chirurgiens américains iront se tourner vers les organismes payeurs du secteur des soins de la santé afin d'alimenter leur pratique, qui avait déjà connu une forte croissance depuis le début des années 1990³⁶⁶. En 2004, ils vont ainsi organiser une rencontre avec un comité de l'agence responsable des programmes Medicare et Medicaid (CMS), où ils feront valoir les économies que permettrait à terme une extension de la couverture de santé aux interventions bariatriques, pouvant alors coûter aux États-Unis jusqu'à 40 000\$ en l'absence de complications. Les chirurgiens y présentaient les effets bénéfiques de la chirurgie en termes de perte de poids, mais surtout de réduction des comorbidités présentes et futures liées à l'obésité³⁶⁷, soulignant au passage les coûts immenses associés à leur prise en charge. Obtenant gain de cause en 2006³⁶⁸, ils n'avaient plus qu'à espérer que les assureurs privés suivent le pas³⁶⁹. On assiste en conséquence à un essor fulgurant du recours à la chirurgie bariatrique aux États-Unis, à tel point que certains médecins annonçaient que l'épidémie d'obésité avait « engendré une deuxième épidémie de la chirurgie bariatrique »³⁷⁰ ou encore que la chirurgie bariatrique était en voie d'effectuer un « dé-*supersizing* chirurgical de l'Amérique »³⁷¹. Aux États-Unis, le volume d'opérations bariatriques était en effet passé de 16 000 au début des années

³⁶⁵OMS, « Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie globale », *Rapport de consultation de l'OMS*, Genève : OMS, Série de rapports techniques, 1997.

³⁶⁶ Notamment grâce à l'arrivée de la laparoscopie rendant les procédures beaucoup moins invasives.

³⁶⁷ En insistant sur le diabète, l'hypertension, l'hyperlipidémie, l'apnée du sommeil, le reflux gastrique, le dysfonctionnement cardiaque, l'arthrose et les douleurs lombaires, l'incontinence à l'effort, les symptômes de dépression et les troubles de l'alimentation.

³⁶⁸ « La chirurgie bariatrique entraîne une perte de poids marquée et durable ainsi que l'élimination ou l'amélioration de la plupart des complications médicales liées à l'obésité, notamment le diabète, l'hypertension, l'hyperlipidémie, l'apnée obstructive du sommeil, le reflux gastro-œsophagien, le dysfonctionnement cardiaque, l'arthrose et les douleurs lombaires, l'incontinence à l'effort, les symptômes de dépression et les troubles de l'alimentation », dans Buchwald Henry, « Consensus Conference Statement. Bariatric Surgery for Morbid Obesity: Health Implications for Patients, Health Professionals, and Third-Party Payers », *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 1, n°1, 2005, p. 379-380.

³⁶⁹ Gendron, Jean-Philippe, 2017, p. 448.

³⁷⁰ Steinbrock, Robert, 'Surgery for Severe Obesity', *New England Journal of Medicine*, 350, 2004, p. 1075–1079, p. 1075.

³⁷¹ Mandell, Brian, "The surgical Unsupersizing of America", *Cleveland Journal of Medicine*, vol. 73, n°11, 2006.

1990 à plus de 100 000 en 2003, pour se stabiliser autour des 220 000 interventions en 2008³⁷². C'est dans cette même logique biosécuritaire que les autorités sanitaires québécoises ont initialement décidé d'étendre la couverture de santé à la chirurgie bariatrique en 2009 et qu'ils travaillent depuis à augmenter son accessibilité en ouvrant des programmes de chirurgie bariatrique un peu partout au Québec³⁷³. Ainsi, comme le résume le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans un plan d'action pour « L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec » publié en 2009, dans un contexte où l'obésité constituerait un « fardeau » entraînant des coûts annuels allant jusqu'à « 5.8% du budget provincial de santé [...] et des pertes de productivité supérieures à 800 millions de dollars »³⁷⁴, la chirurgie bariatrique représenterait une opportunité de couper dans le gras. Ayant « le potentiel, par la perte de poids, de réduire de façon importante les comorbidités et partant, la consommation de soins de santé »³⁷⁵, elle est appréhendée comme un dispositif anticipatoire efficace pour sécuriser la santé nationale. Elle réduirait d'ailleurs si bien la consommation de médicaments, le nombre de consultations médicales et de visites à l'hôpital et les pertes de productivité causées par l'invalidité et les congés maladie, que ses coûts initiaux, bien qu'initialement considérables, se verraient entièrement remboursés en l'espace de deux à quatre ans³⁷⁶. Dans la continuité logique de cette redéfinition de la chirurgie comme outil anticipatoire dans la lutte contre la supposée « épidémie d'obésité », celle-ci est aujourd'hui de plus en plus administrée pour traiter l'obésité sévère chez les adolescents, voire les enfants³⁷⁷. Comme le défendait clairement une équipe de chercheurs américains en 2019 : « La chirurgie métabolique et bariatrique est une stratégie efficace pour freiner l'histoire naturelle de la progression de l'obésité et améliorer le statut psychosocial des adolescents souffrant d'obésité sévère »³⁷⁸. Témoinant bien du consensus dont fait aujourd'hui objet la chirurgie métabolique au sein de l'ensemble de la

³⁷² Satgg Elliot, Victoria, «Bariatric Surgery Maintains, Doesn't Gain», *American Medical News*, 23 avril 2012, cité dans Gendron, Jean-Philippe, 2017, p. 449.

³⁷³ Pour un aperçu de la structure du système de santé Canadien, voir Annexe 1. Selon les cliniciens interrogés, les budgets importants accordés par le gouvernement aux centres désignés pour faire de la chirurgie aurait incité de nombreux hôpitaux québécois à ouvrir des centres de chirurgie afin de générer des revenus supplémentaires pouvant ensuite être utilisés pour financer d'autres services de santé.

³⁷⁴ Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), « Le traitement chirurgical de l'obésité morbide : mise à jour », *Rapport préparé par Raouf Hassen Khodja et Jean-Marie R. Lance* (AETMIS 05-04), Montréal : AETMIS, 2005, p. xvi-116, p. v.

³⁷⁵ Gouvernement du Québec, « L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec. Plan d'action », *La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, 2009, p. 5.

³⁷⁶ Ibid., p. 5.

³⁷⁷ C'est aussi le cas ici au Québec, où l'âge n'est généralement pas perçu comme une contre-indication par les chirurgiens interrogés dans le cadre de cette thèse. Un des chirurgiens interrogés m'a ainsi confié avoir opéré un enfant de 11 ans.

³⁷⁸ Trooboffm, Spencer et al., «Psychosocial outcomes following adolescent metabolic and bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis», *Obesity Surgery*, 2019, vol. 29, p. 3653-3664.

communauté médicale, l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) a d'ailleurs lancé en 2019 un appel collectif à améliorer urgemment l'accès à la chirurgie bariatrique pour les adolescents en obésité sévère, jugée sous-utilisée, en particulier pour les adolescents à faible revenu³⁷⁹.

D'avantage qu'une simple manœuvre rhétorique effectuée par le milieu bariatrique pour alimenter sa pratique, cette redéfinition de la chirurgie comme cure anticipatoire dans la lutte sanitaire contre l'obésité s'inscrit en réalité dans le projet plus large d'une médecine opératoire des fonctions métaboliques, autour duquel la plupart des chirurgiens bariatriques s'étaient recentrés dans les années 1990. Cette reconnaissance politico-institutionnelle des bénéfices de la chirurgie sur les comorbidités présentes ou futures de l'excès adipeux est donc enfin venue légitimer les prétentions « métaboliques » du milieu bariatrique. Le fait que l'association professionnelle des chirurgiens bariatriques ait été en 2007 rebaptisée l'*American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* (plaçant le terme métabolique en premier, comme me l'a fait remarquer un chirurgien interrogé dans le cadre de cette thèse) témoigne de l'horizon thérapeutique ouvert par cette légitimation publique³⁸⁰. Tout comme le développement initial de la chirurgie bariatrique était venu reconfigurer la relation entre la chirurgie et les sciences physiologiques, cette institutionnalisation de la chirurgie métabolique annonçait une profonde reconfiguration de la relation entre la chirurgie et les sciences métaboliques. Autorisant les chirurgiens à cesser de se présenter comme de simples « chirurgiens qui réduisent le poids » pour se dire « aussi et surtout des chirurgiens métaboliques capables de thérapies auparavant considérées impossibles »³⁸¹, elle offre soudainement à la chirurgie une position de premier rang dans la recherche biomédicale sur les mécanismes « complexes » de l'obésité. Il faut dire que le milieu contemporain de la recherche sur l'obésité ne ressemble plus du tout à celui au sein duquel ont émergé les premières hypothèses de recherche au fondement du programme métabolique, formulées par Buchwald et Varco à la fin des années 1970. Tandis que l'obésité était alors conçue comme une simple condition d'excès pondéral qui « résultait du style de vie, sur lequel il était possible d'intervenir »³⁸², elle a progressivement été

³⁷⁹ Armstrong, Sarah, "AAP guidance calls for better access to bariatric surgery for teens with severe obesity", *American Academy of Pediatrics News*, 27 octobre 2019.

³⁸⁰ La nouvelle appellation marquant l'intégration d'une « expanded and evolving view of surgery - sa nouvelle mission étant de promouvoir désormais les procédures de la chirurgie gastro-intestinale en tant que « most effective treatment for metabolic diseases and conditions including type 2 diabetes, hypertension, high cholesterol, non-alcoholic fatty liver disease and obstructive sleep apnea » dans Henry, Buchwald, "The Evolution of Metabolic/Bariatric Surgery", *Obesity Surgery*, vol. 24, n. 8, août 2014, p. 11-27.

³⁸¹ Pories Walter, "So you think we are bariatric surgeons? Think again", *Obesity Surgery*, vol. 13, n°5, 2003, 675.

³⁸² « Le fait que la recherche postule elle-même cette rigidité du biologique est inédit dans le champ de la biomédecine moléculaire. Jusqu'alors, il a simplement été admis que le surpoids résultait du style de vie, sur lequel il était possible d'intervenir », dans Niewöhner Jörg et Michalis Kontopodis, « Se former à la vie elle-même : une étude

recadrée par le milieu médical comme une condition « complexe » et « multifactorielle » exigeant une collaboration multidisciplinaire entre chercheurs et domaines d'expertise³⁸³. Représentant aujourd'hui une industrie se chiffrant à plusieurs milliards de dollars³⁸⁴ organisée autour du projet commun de résoudre l'épidémie d'obésité, la recherche sur l'obésité adopte ainsi une étiologie multifactorielle qui aplanit les conflits épistémologiques et les rivalités entre disciplines³⁸⁵. La recherche en chirurgie métabolique ne représente en effet plus qu'un autre « point de vue » disciplinaire sur l'obésité, et, si elle peut encore faire l'objet de quelques désaccords au sein de la communauté médicale, ceux-ci ne s'élèveront désormais plus au niveau de la controverse. Par ailleurs, elle bénéficie également d'une position avantageuse en termes d'accès à du financement puisqu'elle porte directement sur l'interconnexion « complexe » entre l'obésité et un ou plusieurs facteurs de risque (le diabète, a minima) et qu'ils peuvent potentiellement être mis à profit dans la lutte sanitaire contre l'épidémie d'obésité. Les travaux actuels en chirurgie métabolique s'inscrivent en effet dans un éclatement de l'étiologie des facteurs de risque de l'obésité³⁸⁶ qui insiste sur la nécessité de comprendre et de traiter ceux-ci dans leur interdépendance et interaction dynamique avec l'environnement³⁸⁷. Ainsi, si la chirurgie bariatrique a longtemps été critiquée en raison de son principe réducteur, elle est désormais définie comme le traitement le plus efficace pour réduire le diabète³⁸⁸, et perçue comme offrant un cadre expérimental privilégié pour observer les transformations métaboliques associées à la perte de poids et mieux identifier les mécanismes au cœur de la régulation de l'appétit ou de la rémission de certaines conditions métaboliques comme le diabète de type 2. C'est d'ailleurs sur des sujets en obésité dite « morbide » subissant une opération bariatrique (et donc sur des femmes, qui représentent autour de 80% de la patientèle bariatrique) que sont aujourd'hui prélevés les échantillons de tissus sous-cutanés et adipeux soutenant la plupart des recherches d'envergure sur l'obésité et le métabolisme³⁸⁹.

ethnographique de la prévention cardiovasculaire », dans Janina Kehr (dir.) *De la vie biologique à la vie sociale. Approches sociologiques et anthropologiques*. Paris, La Découverte, 2011, p. 250.

³⁸³ À ce sujet, voir Jeske, Melanie, Op. cit. 2021.

³⁸⁴ Ainsi, pour l'année 2017 seulement, les NIH rapportaient avoir dépensé environ un milliard de dollars dans la recherche sur l'obésité (NIH, 2018), cité dans Ibid., p. 117.

³⁸⁵ À ce sujet, voir, Shim, Janet et Katherine Thomson, «The end of the epidemiology wars? Epidemiological 'ethics' and the challenge of translation », *BioSocieties*, 2010, vol. 5, n°2, p. 159–179.

³⁸⁶ Le syndrome métabolique désigne une série de modifications physiologiques (adiposité centrale, hypertension, dyslipidémie et taux de glycémie à jeun élevé) dont l'apparition peut être statistiquement corrélée à un événement cardiovasculaire.

³⁸⁷ Niewohhner, Jorg et Michalis Kontopodis, Op. cit. 2011.

³⁸⁸ Scheuer, Philip, « Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes — 3-Year Outcomes », *The New England Journal of Medicine*, 2014, vol. 370, p. 2002-2013.

³⁸⁹ Landecker, Hannah, Op. Cit., 2013, p. 516.

Entreprise au nom d'une approche plus globale de traitement³⁹⁰, cette réorganisation biomédicale de la relation entre théorie médicale, relation thérapeutique et pratique expérimentale a des implications économiques en termes d'innovation pharmaceutique, puisque la pratique de la chirurgie métabolique permettrait de faciliter le développement de médicaments contre le diabète³⁹¹. Cela explique bien l'ampleur des fonds publics et privés dont bénéficient depuis quelques années les programmes de recherche en chirurgie métabolique³⁹². Le tournant « métabolique » de la chirurgie constitue donc une proposition d'élargissement de ses applications cliniques en voie de changer les caractéristiques médicales et démographiques des candidates bariatriques. En effet, en plus d'un traitement d'avant-garde contre le diabète, la chirurgie est aujourd'hui envisagée comme un traitement prometteur contre les troubles cardiovasculaires³⁹³, le cancer³⁹⁴, la dépression majeure réfractaire³⁹⁵, la maladie d'Alzheimer et autres démences liées aux traumatismes crâniens chroniques³⁹⁶ ou encore l'épilepsie³⁹⁷. Bien que les institutions médicales soient encore réticentes à l'idée de reconnaître un tel élargissement des usages opératoires, il reste que l'acceptation clinique de la chirurgie bariatrique comme traitement des comorbidités présentes et futures liées à l'obésité pourrait bien ne constituer qu'une étape dans la trajectoire d'expansion de la chirurgie métabolique...

³⁹⁰ Comme le soutient le Dr André Tchernof, chercheur en chirurgie Bariatrique à l'IUCPQ: « Il s'agit d'un véritable tournant dans le traitement de l'obésité au Canada [...] Il faut s'éloigner de la cible du poids corporel sur la balance. On devrait cibler des paramètres de santé comme le diabète, l'hypertension et les taux de lipides dans le sang. En visant ces paramètres de santé, s'ils s'améliorent, eh bien, le travail est fait » dans Radio Canada, « Le point sur l'obésité chez l'adulte : entrevue avec le Dr André Tchernof », *Radio Canada, Émission Tout un matin*, 4 août 2020.

³⁹¹ « L'inclusion de la chirurgie parmi les thérapies standard du diabète représente une avancée significative dans les soins et la recherche sur le diabète. Les mécanismes de la chirurgie métabolique, bien qu'incomplètement compris, soulignent les rôles importants de l'intestin dans l'homéostasie du glucose. L'élucidation de ces mécanismes permet de clarifier la pathogenèse du diabète de type 2, en identifiant potentiellement des cibles pour de nouvelles pharmacothérapies », Cummings, David et Francesco Rubino, « Metabolic surgery for the treatment of type 2 diabetes in obese individuals », *Diabetologica*, 2018, vol. 61, p. 257-264. Trad. libre.

³⁹² C'est par exemple le cas de l'étude québécoise RÉMISSION (qui étudie les impacts des chirurgies bariatriques sur la rémission du diabète) lancée en 2015 par une équipe multidisciplinaire de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) et financée à une hauteur de plus de trois millions de dollars par la firme pharmaceutique Johnson & Johnson, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et les Fonds de recherche du Québec. À ce sujet, voir : Université Laval, « Plus de 3 M\$ pour la recherche en chirurgie bariatrique à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval », *Université Laval, Communiqué de Presse*, 11 juin 2016. En ligne.

³⁹³ Schauer, Philip et Steven Nissen, « After 70 years, metabolic surgery has earned a cardiovascular outcome trial », *Circulation*, 2021, vol. 143, n°14, 1481-1483.

³⁹⁴ Ashrafian, Hutan et al. « Metabolic surgery and cancer. Protective effects of bariatric procedures », *Cancer*, vol. 117, n°9, p. 1788-1799.

³⁹⁵ Mitchell, James et al. « Bariatric surgery and psychiatry: a review », *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1er mars 2019. En ligne.

³⁹⁶ McGlennon et al., « Bypassing TBI: Metabolic surgery and the link between obesity and traumatic brain injury – a review », *Obesity Surgery*, 2020, vol. 30, p. 4704-4714.

³⁹⁷ Buchwald, Henry, « The evolution of metabolic/bariatric surgery », *Obesity Surgery*, 2014, 24, p. 1126-1135.

Pour le moment toutefois, les tendances expansionnistes du milieu bariatrique se heurtent aux capacités limitées des programmes publics pour opérer les candidates inscrites sur leurs listes. En dépit du fait que le gouvernement du Québec ait investi en 2009 près de 29 millions de dollars pour soutenir un plan d'action visant à augmenter le volume d'opérations dans la province³⁹⁸, l'accessibilité à la chirurgie bariatrique se caractérise par des délais d'attente importants allant de six mois à cinq ans. Évoquant fréquemment l'écart abyssal existant entre l'offre de soin en chirurgie bariatrique et la clientèle admissible dans un contexte d'« épidémie d'obésité »³⁹⁹, le milieu bariatrique milite actuellement pour une reconnaissance par le gouvernement canadien de l'obésité comme une « maladie chronique » à part entière, qui mènerait à un remboursement plus important des médicaments, mais également à un meilleur financement public des programmes de chirurgie bariatrique⁴⁰⁰. Les revendications d'investissement public supplémentaires sont ainsi formulées par les promoteurs de la chirurgie bariatrique au nom d'une vision sociale voire humanitaire de la chirurgie, qui répondrait aux besoins fondamentaux de santé de patientes injustement considérées responsables de leur maladie par le reste du milieu médical :

« Selon le D^r Tchernof, le Canada est en retard, car le pays, tout comme le Québec, ne reconnaît pas encore l'obésité comme une maladie. « Or, c'est une maladie », dit-il. Les lignes directrices militent d'ailleurs pour que le milieu de la santé « déculpabilise les patients »⁴⁰¹.

Cette rhétorique « compassionnelle » semble pour le moment convaincre les autorités de santé québécoises, qui n'ont pas encore entrepris d'encadrer de façon rigoureuse les pratiques, pourtant très diversifiées, des établissements publics et privés offrant la chirurgie bariatrique au Québec. En France, où la chirurgie bariatrique est pourtant bien plus encadrée qu'au Canada et qu'au Québec, le manque

³⁹⁸ Celui-ci comprend entre autres la création de 4 nouveaux centres spécialisés en chirurgie bariatrique (Outaouais, Saguenay-Lac Saint-Jean, Bas-Saint-Laurent, Bas-Saint-Laurent, Mauricie et Centre-du-Québec), l'ouverture de nouvelles salles d'opération dans des centres déjà actifs et l'installation d'appareils de résonance magnétique ouverts plus adaptés à des patients très larges. À ce sujet, voir : Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, « L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec. Plan d'action », *La direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux Québec*, 2009.

³⁹⁹ « Et la demande est croissante. On en opère 600 (à l'IUCPQ). Ça paraît beaucoup, mais dans les faits, au Québec, on opère un peu plus de 3000 patients par année. Ça ne représente pas 1 % des patients obèses morbides », a complété le docteur Simon Marceau, chef de chirurgie générale et bariatrique à l'IUCPQ », dans Chouinard, Valérie, « La chirurgie bariatrique change la vie, mais non sans efforts », *TVA Nouvelles*, 19 octobre 2017, en ligne.

⁴⁰⁰ Si l'obésité a été inscrite comme maladie (plutôt que comme un facteur de risque) dans la nosographie officielle de l'International classification of disease en 1990 et est reconnue comme une maladie chronique par l'OMS et la plupart des associations professionnelles médicales, elle détient un statut ambigu au Canada, où elle n'a pas encore été reconnue comme une maladie en tant que telle.

⁴⁰¹ Lacoursière, Ariane, « L'obésité, c'est une maladie », *La Presse*, 4 août 2020, en ligne. Voir aussi, Kirkey, Sharon, « Are obese people to blame for their condition? No, says report calling for a wider access to treatment », *National Post*, 25 avril 2017. En ligne.

de régulation fait actuellement l'objet d'une controverse au sein même de la communauté bariatrique. Des experts de la communauté bariatrique française pointent notamment les lacunes en termes de suivi postopératoire, de formation des chirurgiens et de transparence des informations communiquées aux patients. Certains s'inquiètent également de la banalisation de cette intervention, qui pourrait être perçue comme une solution miracle pour perdre du poids rapidement⁴⁰². En ce même sens, certains chirurgiens bariatriques québécois interrogés dans le cadre de cette recherche ont soulevé de sérieuses questions concernant le manque d'encadrement de leur pratique. Celles-ci concernent les libertés que peuvent s'autoriser les chirurgiens vis-à-vis des critères officiels d'admissibilité à la chirurgie bariatrique (avoir un IMC de plus de 35kg/m² avec comorbidités ou de plus de 40kg/m² sans comorbidités), dites fréquentes et plus importantes dans le secteur privé⁴⁰³, et la forte variabilité qui existe entre les centres de chirurgie en ce qui concerne l'encadrement pré- et postopératoire des patientes, pourtant reconnu comme indispensable par la communauté bariatrique en raison du taux important de complications graves et de reprise de poids accompagnant l'intervention⁴⁰⁴. On associe également la chirurgie bariatrique à une augmentation des troubles de santé mentale (alcoolisme, dépression, anxiété, suicides et automutilations) comparativement à une population non-opérée appariée pour l'âge, le sexe et l'IMC⁴⁰⁵, et le *bypass* à une augmentation significative de cancers du côlon (celui-ci n'étant pas fait pour recevoir des aliments non-digérés)⁴⁰⁶. J'ajouterai à cela que, malgré le fait que la littérature médicale

⁴⁰² À ce sujet, voir : Inspection Générale des Affaires Sociales, « Situation de la chirurgie de l'obésité », *Rapport public*, 2017. En ligne; France culture, « Obésité : une chirurgie à risque », Cellule investigation de Radio France, 7 février 2020. En ligne.

⁴⁰³ Comme me l'a expliqué un chirurgien du public: « chaque chirurgien est indépendant donc on a tous notre philosophie. On a des barèmes, on a des indications internationales reconnues [...] ça c'est l'indication classique, maintenant de temps en temps on peut faire des exceptions mais c'est du cas par cas. Maintenant ça dépend un peu de notre éthique puis ça dépend un peu j'imagine aussi du nombre de...le problème du privé dans certaines cliniques privées c'est que t'as un loyer à payer, t'as des équipements à payer, infirmières à payer, donc est ce que la tentation pour faire une chirurgie pour des critères d'inclusion qui ne sont pas parfaits ou des patients qui ne répondent pas aux critères classiques...ben j'imagine que la tentation est plus grande ». Il n'y a d'ailleurs pas à aller chercher très loin des preuves des exceptions faites par le secteur privé. Le site promotionnel de la clinique privée Michel Gagner à Montréal, étend déjà considérablement les critères d'admissibilité : « D'une manière générale, la chirurgie bariatrique est effectuée sur des patients avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35, ce qui représente environ 100 livres de plus que leur poids normal. Dans certains cas, la procédure peut être recommandée pour les patients avec un IMC inférieur si ces derniers ont certaines conditions de santé, tel l'hypertension (haute pression sanguine), le diabète, l'asthme ou l'apnée du sommeil ». En ligne.

⁴⁰⁴ Notons qu'il n'existe tout simplement pas de suivi dans le milieu privé, où les chirurgiens encouragent leurs patientes à se tourner vers le système public pour y avoir accès ou en cas de complications, ce qui contrarie beaucoup les chirurgiens du public que j'ai eu l'occasion d'interroger.

⁴⁰⁵ Obésité Canada, « Chirurgie bariatrique et santé mentale », 8 mars 2021, En ligne.

⁴⁰⁶ À ce sujet voir, Cellule investigation de Radio France, « Obésité : les dérives de la chirurgie », *Secrets d'info*, 8 février 2020. En ligne.

identifie des risques spécifiques à opérer sur une population plus jeune⁴⁰⁷, les enfants et les adolescents ne sont pas considérés comme une population à prendre en charge de manière distincte au Québec, les indications les concernant étant laissés à la discrétion du chirurgien.

1.2. La polémique autour de la chirurgie bariatrique, expression d'une médicalisation contestée de la corpulence

La normalisation clinique de la chirurgie bariatrique au cours des dernières décennies est donc le résultat du double travail de recherche expérimentale et de justification rhétorique entreprise par le milieu bariatrique auprès des institutions sanitaires pour la présenter comme une solution rentable et efficace pour freiner l'« histoire naturelle »⁴⁰⁸ de la progression des troubles métaboliques associés à l'excès pondéral. Sa popularité actuelle ne peut toutefois pas être envisagée sans tenir compte du rôle majeur joué par les médias populaires dans la modification de la perception culturelle de l'intervention chirurgicale et de l'obésité. Tandis que, dans les représentations profanes, la chirurgie bariatrique a longtemps été envisagée comme une « solution facile » adoptée par des individus sans volonté qui n'auraient qu'à manger moins et à se mettre au sport⁴⁰⁹, elle bénéficie depuis quelques années d'une large couverture médiatique la présentant sous un jour bien plus favorable. En ce qui concerne la presse québécoise, on peut facilement ranger la majorité des articles récents publiés sur le sujet en trois catégories: ceux qui entreprennent d'éduquer les lecteurs aux souffrances reliées à l'expérience de l'obésité et aux bénéfices de la chirurgie bariatrique en termes d'amélioration de la santé et de la qualité de vie des patientes, souvent en s'appuyant sur le témoignage de chirurgiens⁴¹⁰; ceux qui relatent les expériences libératrices associées aux pertes de poids spectaculaires de célébrités ou de patientes quelconques ayant eu recours à une opération bariatrique⁴¹¹; et ceux qui rapportent l'existence des

⁴⁰⁷ Voir par exemple, Ibele, Anna et Samer Mattar, « Adolescent bariatric surgery », *Surgical Clinics of North America*, vol. 91, n°6, 1011, p. 1559-1351.

⁴⁰⁸ Trooboffm Spencer et al., 2019, Op. cit. Note n°380.

⁴⁰⁹ Groven, KS, « They think surgery is just a quick fix », *International Journal of Qualitative Studies of Health Well-being*, 2014, vol. 9, n°1, p. 243-78.

⁴¹⁰ Lacoursière, Ariane, 2020, Op. cit., note n°403; St-Jacques, Sylvie, « Chirurgie bariatrique : rétrécir de l'intérieur », *La Presse*, 27 avril 2012; Labos Christopher, « Opinion : Weight loss and the case for bariatric surgery », *Montreal Gazette*, 22 février 2018, en ligne; Legault, Jean-Benoit, « L'obésité, pas seulement une question de poids », *Le Devoir*, 4 août 2020, en ligne; Roy, Johanne, « Chirurgie de l'obésité : étude d'envergure sur les bénéfices à long terme », *Le Journal de Montréal*, 11 juin 2015, en ligne; Le Journal de Montréal, « La chirurgie bariatrique, un premier pas vers une nouvelle vie », *Le Journal de Montréal*, 16 octobre 2020, en ligne.

⁴¹¹ Allard, Sophie, « Chirurgie bariatrique : 4 femmes témoignent », *La Presse*, 27 avril 2012, en ligne; Kutlu, Nadielle, « Chirurgie bariatrique : quand les stars se tournent vers la chirurgie », *La Presse*, 14 novembre 2017, en ligne; Roberge, Simon, « Le plus beau cadeau que la vie m'a fait », *La Tribune*, 4 avril 2020, en ligne; Poupart, Marie, « Obésité :

listes d'attentes conditionnant l'accès à la chirurgie, en insistant souvent sur le désespoir des patientes en attente face à la dégradation continue de leur état de santé⁴¹². Cette couverture de presse tend ainsi à présenter la surcharge pondérale comme une véritable maladie échappant au contrôle des individus et méritant de ce fait une prise en charge « adaptée ». Rejoignant la rhétorique « compassionnelle » promue par le milieu bariatrique, elle dépeint l'individu « obèse » comme la victime passive d'une condition extrêmement débilitante pour qui la seule solution tangible serait de recourir à une chirurgie invasive⁴¹³. Elle va toutefois au-delà de la simple énumération des comorbidités liées à l'excès de poids pour insister sur la souffrance relationnelle des personnes en grande obésité et sur l'expérience émancipatrice associée à la réintégration post-chirurgicale des patientes dans la société « normale ». Tendait par ailleurs à minimiser les altérations physiologiques permanentes résultants de la chirurgie au profit d'une « normalité » de nature psychosociale, les journaux populaires génèrent ainsi un régime de l'espoir autour de la chirurgie, prenant la forme d'anticipations optimistes sur l'avenir des patientes en surcharge pondérale choisissant d'y avoir recours.

Participant pleinement de cette économie de l'espoir, la télévision multiplie également depuis quelques années les émissions de télé-réalité jouant intentionnellement sur les ressorts affectifs de cette supposée « délivrance » post-chirurgicale (aux États-Unis, « Big Medicine », « Inside Brookhaven Obesity Clinic » et « Too Large » diffusées sur TLC; en France, « Opération Renaissance » diffusée sur M6⁴¹⁴). Il y a quelques mois, le programme « Opération Renaissance » produit par Karine Le Marchand a d'ailleurs fait couler beaucoup d'encre. L'émission, qui suit les parcours de chirurgie de dix personnes dites « obèses morbides », a en effet été fortement dénoncée par des militantes anti-grossophobie pour son caractère voyeuriste et dégradant:

« J'ai pleuré quand j'ai regardé les épisodes, les images sont profondément violentes pour les personnes concernées, on y voit des femmes, pour la plupart, en sous-vêtements, parfois nues, inconscientes, avec des instruments chirurgicaux prêts à l'emploi. C'est extrêmement humiliant »⁴¹⁵.

maigrir après une chirurgie bariatrique », *Le Journal de Montréal*, 31 octobre 2014, en ligne; Lelièvre, Dominique, « Il perd 147 livres en sept mois », *TVA Nouvelles*, 18 octobre 2019, en ligne.

⁴¹² Nadeau, Jessica, « Denis est en attente d'une opération de chirurgie bariatrique, qui s'éloigne encore et toujours », *Le Devoir*, 24 janvier 2022, en ligne; Roberge Simon, « Chirurgie bariatrique : une qualité de vie en chute libre », *La Tribune*, 4 avril 2020, en ligne.

⁴¹³ Lacoursière, Ariane, 2020, Op. cit., note n°403.

⁴¹⁴ Je n'inclus pas ici l'émission québécoise « OBÉSE changer de vie » (TVA) réalisée par Maryse Deraîche ancienne « obèse » ayant elle-même été opérée d'une chirurgie bariatrique, qui me semble trancher avec ce sensationnalisme.

⁴¹⁵ Lavenne, Laura, « #PasMaRenaissance : la contre-attaque des anti-grossophobie face à la nouvelle émission de M6 », *France Inter*, 11 janvier 2021. En ligne.

Le collectif Gras Politique a alors organisé une contre-attaque médiatique en lançant une pétition pour tenter de faire retirer l'émission, en introduisant le sujet #PasMaRenaissance sur les réseaux sociaux et en publiant une tribune sur Mediapart⁴¹⁶. Se défendant d'être opposé à la chirurgie bariatrique, le collectif déplore les dangers liés à une représentation sublimée de ses conséquences, mais également la duplicité de l'émission, qui prétend vouloir changer le regard de la société sur les gros en présentant l'obésité comme une maladie comme une autre, tout en faisant un spectacle à sensation des corps, des récits de vie et des expériences affectives des personnes concernées. Comme l'exprime *une militante* :

« L'obésité est une maladie et c'est certainement la seule maladie sur laquelle on ferait une émission comme celle-là, imaginez un programme qui s'intitulerait *mon incroyable tumeur au cerveau, ça ne verrait jamais le jour* »⁴¹⁷.

Ainsi, si la couverture médiatique de la chirurgie de l'obésité tend à en faire un portrait démesurément optimiste qui a pu participer de son essor, elle a également provoqué la production de « contre-promesses » technologiques ou de « pronostics pessimistes »⁴¹⁸ par des groupes contestataires. Le mouvement contre la grossophobie, très actif sur Internet déplore ainsi qu'« on présente la chirurgie, peu importe la version [...] un peu comme un miracle, un peu comme quelque chose qui va tout guérir, tout régler, que tout va être merveilleux et il n'y en aura plus de problème »⁴¹⁹. En contrepartie, le mouvement soulève l'absence de recherches à grande échelle et à long terme sur ses effets secondaires chroniques et son impact mitigé sur la qualité et l'espérance de vie des personnes opérées. Il rappelle notamment que de nombreuses patientes reprennent leur poids quelques années après une chirurgie, et souligne l'augmentation du taux de mutilations et de tentatives de suicide, d'alcoolisme et de cancer du côlon documentée par suite de la chirurgie. En plus de questionner les effets individuels de la chirurgie, les militantes anti-grossophobie voient dans la fréquence à laquelle elle est aujourd'hui prescrite l'accentuation d'une culture dans laquelle les corps gros sont pathologisés, déshumanisés et réduits à des signes d'une « épidémie » à éliminer à tout prix. Le fait que la très grande majorité des individus ayant recours à la chirurgie bariatrique soient des femmes (à plus de 80%) les mène également à dénoncer une pathologisation plus forte du corps des femmes faite au nom de normes esthétiques. Cette suspicion extrême face à la chirurgie rend compte de la méfiance partagée par le mouvement

⁴¹⁶ Gras politique, « #PasMaRenaissance : halte à la grossophobie ! », *Billet de Blog, Le Club de Mediapart*, 8 janvier 2021. En ligne.

⁴¹⁷ Lavenne, Laura, 2021. Op. cit., note n°114.

⁴¹⁸ Quet, Mathieu, « La critique des technologies émergentes face à la communication promettante. Contestations autour des nanotechnologies », *Réseaux*, 2012/n°3-4, p. 271-302.

⁴¹⁹ Racine Véronique, « La fondatrice du site grossophobie.ca dénonce la chirurgie bariatrique pour les adolescents », *Le Journal de Québec*, 7 novembre 2019. En ligne. Voir aussi: Richardson Lisa, « Activists fight against weight-loss surgery », *Lawrence Journal World*, 28 février 2004, en ligne.

vis-à-vis de la communauté médicale, dénoncée pour son manque général de bienveillance envers les personnes plus larges, occasionnant des comportements d'hostilité voire de maltraitance de plus en plus documentés⁴²⁰. Comme le soulève cette activiste américaine :

« La chirurgie est remise en question au sein des mouvements *fat positive* parce que les personnes obèses n'ont aucune raison de faire confiance à une communauté médicale qui a toujours fait preuve d'un grand mépris pour notre santé réelle, se basant sur des préjugés et des suppositions au lieu de nous traiter comme des personnes »⁴²¹.

La chirurgie bariatrique se situe donc au cœur d'une polémique exprimant le statut fortement controversé de la médicalisation de la corpulence dans les sociétés contemporaines. Comme d'autres cas de « maladies contestées » (le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, l'hypersensibilité environnementale, l'autisme, etc.), l'obésité constitue en effet une condition médicale pour laquelle ni les causes, ni le statut de maladie, ni ce qu'implique symboliquement l'idée d'une solution « curative » ne font l'unanimité. Comme le souligne la sociologue Laura Mauldin, si le progrès médical et technologique a généré de fortes pressions sur les patients afin qu'ils se conforment à certains traitements, il en a aussi emmené d'autres à résister à des options thérapeutiques qui leur paraissaient imposées par le milieu médical, engendrant ainsi au sein du public des attentes conflictuelles en termes de traitement thérapeutique⁴²². À titre d'exemple du débat public suscité au Québec par la généralisation de la « cure » bariatrique, on peut évoquer l'affrontement virtuel qui a suivi le fier témoignage de la vedette Nathalie Simard sur sa « métamorphose » post-chirurgicale⁴²³. Après qu'un site militant de référence au Québec ait posté en 2019 un article intitulé « La grossophobie de Nathalie », qui accusait la vedette de faire l'apologie de la chirurgie bariatrique et de reproduire des préjugés stigmatisants en associant la minceur à la santé, au bien-être et à la beauté⁴²⁴, une journaliste

⁴²⁰ Des témoignages extrêmement choquants de personnes plus larges maltraitées par des professionnels de la santé abondent sur les réseaux sociaux. Celles-ci sont variées et vont de médecins conditionnant certains soins de santé au suivi d'un régime d'amaigrissement, à des commentaires ou pratiques déshumanisantes visant à humilier la patiente. Ces expériences, qui ne sont pas exceptionnelles, peuvent d'ailleurs amener des personnes plus larges à s'échanger entre elles les coordonnées des médecins jugés bienveillants. À ce sujet, voir : Collard, Gabrielle Lisa, « Chapitre 2. La grossophobie médicale; quand les préjugés et l'ignorance tuent », dans *Corps Rebelle. Réflexions sur la grossophobie*, Montréal : Québec Amérique, 2021, p. 61-102, le film documentaire de Myara, Shana, *Well Rounded*, 2020, ou l'épisode « Aimer tous les corps » de la série documentaire *Place aux gros*, produite par France Culture en 2019.

⁴²¹ Kinzel, Lesley, « Nobody owes you fat positivity: on weight loss surgery as “betrayal” », *Medium*, 17 avril 2018, en ligne.

⁴²² Mauldin, Laura, *Made to Hear: Cochlear Implantation and Raising Deaf Children*, University of Minnesota Press, 2016.

⁴²³ Slight Nathalie, « Nathalie Simard et sa fille Ève s'ouvrent sur leur importante perte de poids », *7 jours*, 9 janvier 2020, en ligne; Slight, Nathalie, « Nathalie Simard : 'Je n'ai jamais été si bien dans ma peau' », *7 jours*, 11 septembre 2011. En ligne. Caron Cassandre, « À voir : la perte de poids spectaculaire de Nathalie Simard », *7 jours*, 9 mai 2020. En ligne.

⁴²⁴ Bernier Édith, « La grossophobie de Nathalie », *Grossophobie.ca*, 9 septembre 2019, en ligne.

s'est en retour rapidement insurgée contre ce « procès » en surenchérissant sur l'idée que la chirurgie constituerait une manière de se « prendre en main » et de retrouver la santé⁴²⁵.

Prenant la forme d'un dialogue impossible, cette mise en politique de la technologie bariatrique met ainsi en concurrence deux groupes sociaux: les individus qui défendent les bénéfices de la chirurgie bariatrique pour traiter ou prévenir l'obésité et qui veulent en faciliter l'accès, et ceux qui, espérant libérer les personnes corpulentes de l'emprise pathologisante de la médecine sur leur vie quotidienne, voient dans la banalisation de la chirurgie une autre violence symbolique exercée contre ces personnes. Bien que ces deux « mouvements de santé »⁴²⁶ soient organisés autour de traits somatiques particuliers (l'obésité-maladie ou l'expérience sociale de la grosseur), ceux-ci incluent non seulement des personnes en surcharge pondérale, mais également des alliés (leurs proches, certains journalistes, des professionnels de la santé, etc.) rejoignant leurs revendications en fonction de logiques qui leur sont propres. Ces deux mouvements se démarquent ainsi par leurs définitions de la corpulence et de la santé, mais aussi dans leur rapport aux institutions biomédicales et au niveau des alliances professionnelles sur lesquelles ils s'appuient pour tenter de faire valoir leurs revendications sociales et politiques. Il est ainsi intéressant d'observer quels acteurs mènent la plus grande partie du travail de lobbying réalisé par chacun de ces mouvements.

En ce qui concerne les « détracteurs » de la chirurgie bariatrique, il s'agit principalement de personnes s'identifiant comme « grosses » et non-malades⁴²⁷ et qui cherchent à ébranler le paradigme médico-scientifique de la surcharge pondérale. Indéniablement dotées d'un fort capital culturel, elles contestent les médecins et le système de santé en s'engageant dans un double travail de déconstruction des discours scientifiques et culturels dominants sur l'obésité⁴²⁸. Bien qu'il se concrétise d'abord et avant tout dans la production d'un contenu médiatique indépendant sur Internet, le mouvement de lutte contre la grossophobie semble de plus en plus discuté dans les médias traditionnels⁴²⁹. Au Canada,

⁴²⁵ Durocher Sophie, « Nathalie Simard et la guerre des kilos », *Le Journal de Montréal*, 28 septembre 2019, en ligne.

⁴²⁶ Brown Phil, et al. « Embodied health movements: new approaches to social movements in health », *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, n°1, 2004.

⁴²⁷ L'identification à cette communauté n'est donc pas fondée sur un IMC « anormal », mais sur une taille visiblement non-normative exposant ses membres à de la stigmatisation.

⁴²⁸ C'est notamment le cas des travaux réalisés par les activistes *Fat* universitaires (engagés dans le champ des *fat studies*), sur lesquels peut s'appuyer le mouvement contre la grossophobie. Les militants s'appuient également sur l'expertise ou l'autorité scientifique de chercheurs ou professionnels de la santé sensibilisés à la question de la grossophobie, de plus en plus nombreux. Il s'agit en premier lieu de psychologues, de nutritionnistes et de thérapeute spécialisés dans la question des troubles alimentaires ou des problèmes reliés à l'image corporelle.

⁴²⁹ Malgré l'influence croissante du discours anti-grossophobie dans les discours populaires, on peut se demander si celle-ci dépasse les cercles progressistes des espaces urbains comme me l'a fait remarquer un militant interrogé dans le cadre de mon enquête.

la lutte contre la grossophobie semble avoir une certaine incidence sur les institutions de santé, qui commencent à intégrer à leurs plans d'action le vocabulaire et certaines des considérations popularisées par le mouvement. Par exemple, l'Association canadienne des médecins et des chirurgiens bariatriques et Obésité Canada ont récemment développé une nouvelle ligne directrice en matière d'évaluation et de traitement de l'obésité visant à modifier la perception de l'obésité et à éradiquer les préjugés chez les professionnels de la santé en faisant reconnaître l'obésité comme une « maladie chronique »⁴³⁰. Cette nouvelle ligne directrice incite les médecins à aller au-delà du poids affiché sur la balance pour considérer la condition de santé du patient de manière plus « globale », cela en observant des paramètres cliniques comme les taux de lipides dans le sang, l'hypertension ou le diabète. Cette réappropriation institutionnelle des sensibilités propres à la lutte contre la grossophobie a toutefois reçu un accueil mitigé au sein des mouvements militants, qui y voient une occasion de médicaliser et de pathologiser davantage la corpulence et les corps plus larges⁴³¹.

Le camp des « promoteurs » de la chirurgie bariatrique, orienté au Canada vers la diminution du temps d'attente nécessaire pour obtenir une chirurgie et un meilleur financement des programmes de chirurgie bariatrique provinciaux, est quant à lui principalement porté par les institutions médicales et la presse populaire. Agissant souvent à titre de porte-paroles des intérêts des patients en obésité dite « morbide », ceux-ci travaillent à sensibiliser l'opinion publique aux conséquences de la maladie-obésité et aux bénéfices de la chirurgie. En ce qui concerne le milieu bariatrique, son combat pour faire reconnaître la chirurgie auprès des autorités sanitaires et du public s'appuie sur l'idée que toute résistance à la chirurgie ne serait qu'une preuve supplémentaire du refus « grossophobe » de voir dans l'obésité une maladie comme les autres⁴³². Ce recours argumentatif est par exemple mobilisé par la Fondation Ronald-Denis, un organisme philanthropique ayant pour l'objectif d'améliorer l'accès à la chirurgie en ouvrant une « passerelle » entre les patientes inscrites sur la liste d'attente de l'hôpital public Sacré-Cœur et la clinique privée RocklandMD⁴³³. Tout en rappelant la souffrance sociale des « obèses »⁴³⁴, le site de la fondation définit l'accès rapide à la chirurgie comme un « droit » injustement refusé à certains individus :

⁴³⁰ Canadian Medical Association, « L'obésité chez l'adulte : ligne directrice de pratique clinique », *CMAJ*, 2020, vol. 192, n°49, p. 1757-1775.

⁴³¹ Bernier Edith, « Le droit de dire non », *Grossophobie.ca*, 4 août 2020. En ligne.

⁴³² Aujourd'hui actualisé sous la forme d'une lutte pour la reconnaissance de l'obésité comme une maladie chronique.

⁴³³ Voir, le site officiel de la fondation : <https://fondationronalddenis.com/>. À ce sujet, voir aussi : Lemay Éric Yvan, « Même chirurgie, mêmes médecins. Chirurgie à deux vitesses », *Le Journal de Montréal*, 11 avril 2014, en ligne.

⁴³⁴ « En 2003, une étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association* arrivait à la conclusion que les enfants obèses ont une qualité de vie tellement inférieure à celle des enfants de poids « normal » qu'elle est similaire à celle de ceux atteints de cancer! ». Voir : <https://fondationronalddenis.com/lobesite/>

« La Fondation croit notamment que l'accès aux soins chirurgicaux dans un délai raisonnable est un droit, tout spécialement, pour les secteurs sensibles comme la bariatrie et le cancer du sein. Ayant constaté que l'obésité était en proie à devenir un fléau, la Fondation s'est donnée comme mission première d'accompagner les personnes souffrant d'obésité morbide et sévère en rendant la chirurgie bariatrique accessible à un plus grand nombre de patients »⁴³⁵.

Les institutions médicales s'appuient également sur les parcours personnels de personnes ayant eu recours à la chirurgie afin de sensibiliser la population au problème de l'obésité-maladie et améliorer l'accès aux services de santé, y compris à la chirurgie. C'est par exemple le cas de la fondation IUCPQ, qui a organisé, dans le cadre du 10^e anniversaire de la chirurgie d'un ancien « obèse » devenu marathonien, un défi sportif nommé « Pédalons avec Louis contre l'obésité »⁴³⁶ ou encore de l'organisme Obésité Canada, qui a choisi de recruter un patient bariatrique à titre de « patient-partenaire »⁴³⁷. De son côté, la presse populaire soutient ces revendications « pro-chirurgie » en multipliant depuis quelques années les articles mettant en avant la frustration de personnes en obésité désespérées pour une cure, mais contraintes de se confronter au temps d'attente constitutif au système public de santé :

« Yves Soucy, lui, attend son opération à Sacré-Cœur depuis novembre 2010. Sur l'aide sociale, il n'a pas eu les moyens de payer pour la chirurgie au privé. Il subira finalement son opération d'ici les prochains mois. « C'est une attente interminable. J'ai capoté, j'étais désespéré. J'ai même pensé au suicide à l'occasion », dit l'homme de 46 ans qui pèse 336 livres »⁴³⁸.

Si ces témoignages rendent évidemment compte de la souffrance réelle qui peut amener les personnes en attente d'une chirurgie à appréhender leur problème individuel de santé comme un enjeu collectif, la couverture médiatique qui en est faite s'inscrit quant à elle dans la disposition plus générale des médias à monter en épingle le moindre manquement dans les soins ou les services publics. Comme pour mieux insister sur l'absurdité des failles du système public, les récits sélectionnés sont de ce fait souvent ceux d'individus ayant fini par passer par une clinique privée⁴³⁹, se rendre dans une province

⁴³⁵ Voir : <https://fondationronalddenis.com/la-fondation/>.

⁴³⁶ Voir : <https://fondation-iucpq.org/activity/pedalons-avec-louis-contre-lobesite/>

⁴³⁷ TVA Nouvelles, « Un ex-obèse morbide veut sensibiliser la population », *TVA Nouvelles*, 16 octobre 2019, en ligne.

⁴³⁸ Ou encore: « Depuis 2017, Denis Pelland est en attente d'une opération de chirurgie bariatrique. Pour lui, cette intervention représente bien plus qu'une perte de poids : c'est le symbole d'un nouveau départ, d'une vie plus saine. Mais le délestage qui sévit actuellement dans les hôpitaux l'éloigne encore un peu plus de son but », dans Lemay, Éric Yvan, « Chirurgie bariatrique : des patients en colère », *Le Journal de Québec*, 11 avril 2014, en ligne.

⁴³⁹ Lemay, Éric Yvan, « Même chirurgie, mêmes médecins, Chirurgie à deux vitesses », *Le Journal de Montréal*, 10 avril 2014, en ligne.

voisine⁴⁴⁰ ou voyager à l'étranger⁴⁴¹ pour éviter ce temps d'attente. Certains se mobilisent aussi de manière plus autonome afin de faire entendre leurs revendications de leur propre voix. C'est par exemple le cas d'une patiente de Nouvelle-Écosse en attente d'une chirurgie depuis dix ans et qui, en 2011, a décidé d'écrire sa propre notice nécrologique dans le but de sensibiliser le public au manque de financement de la chirurgie bariatrique:

« Aujourd'hui, je vous envoie une copie de mon avis de décès afin que, lorsque je décéderai sur une liste d'attente pour une chirurgie de perte de poids qui dure depuis 10 ans, vous puissiez constater que j'ai essayé d'obtenir l'aide et l'attention nécessaires, mais elles ne sont pas disponibles pour moi ni pour quiconque. Le système de santé de ma province m'a laissée tomber, ainsi que de nombreuses autres personnes qui luttent contre le surpoids et l'obésité. Merci d'avance de lire ceci, mais je vous prie de le transmettre à quiconque voudra bien écouter et soutenir cette cause. Nous, en tant que contribuables et êtres humains, avons besoin d'être entendus et soutenus. Il est temps que les gens cessent de stigmatiser et d'ignorer la chirurgie de perte de poids et réalisent que des personnes vont mourir sur cette liste d'attente. AIDEZ-nous à nous aider nous-mêmes. Je continuerai d'envoyer ceci à quiconque voudra bien écouter, y compris les médias »⁴⁴².

Son annonce, initialement postée sur le blog d'un médecin spécialiste de l'obésité reconnu au Canada, est devenue si virale qu'une agence de tourisme médical basée à Saskatoon a fini par lui offrir une opération gratuite dans une clinique privée mexicaine: « Quand j'ai lu son avis de décès, je me suis dit que je n'arrivais pas à croire que cela puisse se produire au Canada, a déclaré Simom [la directrice de l'agence] »⁴⁴³. Le caractère anecdotique de cet exemple traduit néanmoins le fait que le mouvement de défense de la chirurgie reste largement dominé par les institutions médicales⁴⁴⁴. Ainsi, à la différence du mouvement de lutte contre la grossophobie, qui détient une forte autonomie vis-à-vis des

⁴⁴⁰ Lemay, Éric Yvan, « Obésité morbide : Opéré vite en Ontario », *Le Journal de Montréal*, 18 février 2012, en ligne.

⁴⁴¹ Zeidler, Maryse, "Is Canada's medical system pushing people abroad for treatment?", *BBC News*, 16 juillet 2017, en ligne. ; CBC News, "Fall River woman gets Mexican obesity surgery", *CBC News*, 29 décembre 2011, en ligne. Lemay, Éric Yvan, « Ex-obèses morbides, ils sont perdus 270 livres », *Le Journal de Montréal*, 8 janvier 2013, en ligne.

⁴⁴² Trad. Libre. La notice en question se conclue ainsi: « Lillian suffered many years with asthma, severe high blood pressure, pain due to stress on her joints from her weight and in the last while was diagnosed with sleep apnea and diabetes. There will be no flowers at her request and the body will be cremated as she would hate to be a burden on her family and have to be carried away to her final resting place by a tractor, so she spared her family with finding a mass amount of pallbearers and more stares and jokes about her weight as her beloved family mourns the loss of her as they did throughout her life. She would appreciate if you speak out and support Obesity Weight Loss Surgery and obesity awareness and write a letter to your local MLA and to anyone who will listen », dans Freedhoff Yoni, "Nova Scotian on 10 year wait for surgery pens her own obituary", *Weighty Matters*, 27 juillet 2011, en ligne.

⁴⁴³ Chung Amy, "Daunted by 10-year wait in Canada, over-weight woman goes to Tijuana, Mexico for free weight-loss surgery", *National Post*, 28 novembre 2011, en ligne. Trad. libre.

⁴⁴⁴ Bien qu'on puisse observer une présence très marquée de commentaires concernant le temps d'attente sur les groupes de soutien Facebook ou sur les forums (sorte de lieux d'entre soi où les patients échangent autour de leurs parcours bariatriques), ceux-ci ont rarement une dimension collective ou politique et prennent plutôt la forme de questions et d'échanges de dates concernant les délais d'attente.

institutions médicales, les revendications des personnes désirant accéder à une opération sont difficiles à isoler des dynamiques d'expansion du milieu bariatrique.

Les patientes en attente d'une chirurgie ou qui se sont déjà fait opérer possèdent donc une position ambiguë au sein de la controverse entourant la corpulence. Elles sont fréquemment réduites à des symboles politiques ou à des exemples utilisés pour appuyer différentes positions dans le débat. Tandis que le mouvement anti-chirurgie tend à les percevoir comme les victimes d'une grossophobie internalisée et inconsciente⁴⁴⁵, le mouvement pro-chirurgie en fait quant à lui les têtes d'affiche de la lutte contre l'épidémie d'obésité. À mon sens, cet effacement de la subjectivité et de l'agentivité des personnes subissant une chirurgie bariatrique soulève une série de questions importantes: que peuvent nous révéler les expériences uniques des personnes ayant recours à une chirurgie bariatrique ? Comment les mouvements sociaux autour de la chirurgie et les différentes conceptions de la corpulence qu'ils représentent influencent-ils les parcours de chirurgie des patientes? Plus largement, en quoi l'expérience des patientes ayant subi une chirurgie bariatrique peut-elle contribuer à notre compréhension de la biopolitique contemporaine de l'obésité et de ses paradoxes? Afin de répondre à ces interrogations, cette recherche s'appliquera ainsi à faire émerger, à partir des récits personnels de patientes interrogées sur leur parcours bariatrique, leur propre définition de la corpulence, de la technologie bariatrique, de la santé et de la médecine (chapitre 6). Mais avant de passer au volet empirique de cette thèse, la partie suivante cherchera à montrer comment les études critiques du handicap nous permettent d'éclairer la polémique autour de la biomédicalisation de la corpulence, tout en nous offrant des outils pour appréhender l'agentivité des patientes bariatriques dans une perspective « relationnelle »⁴⁴⁶. En reconfigurant le sujet politique comme un biocitoyen autonome et responsable de sa propre santé, la biopolitique contemporaine nous incite à considérer les patientes bariatriques comme des sujets qui ne sont ni complètement soumis à l'autorité médicale, ni entièrement libres dans leur rapport à leur corps, à leur santé et aux technologies médicales.

⁴⁴⁵ Bernstein, Beth et Matilda St. John, "The Roseanne Benedict Arnolds: How Fat Women Are Betrayed by their Celebrity Icons", dans Rothblum, Esther et Sandra Solovay (dir.), *The Fat Studies Reader*, New York: New York University Press, 2009, p. 267. Évidemment, le mouvement est lui-même divisé et certaines positions sont plus nuancées.

⁴⁴⁶ La littérature sur le concept d'autonomie relationnelle met en évidence la nature à la fois vulnérable (biologique) et sociale et politique du sujet humain. À ce sujet, voir : Stoljar, Nathalie, "Autonomy and the Feminist Intuition", dans C. Mackenzie et N. Stoljar (dir.) *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*, Oxford: Oxford University Press, 2000.

II. Appréhender les ressorts de la biocitoyenneté au prisme des parcours expérimentiels et affectifs des patientes bariatriques

2.1. Les études critiques du handicap, une entrée analytique pour éclairer les politiques affectives de la chirurgie de l'obésité

La mobilisation récente des études critiques du handicap au sein des *fat studies* me semble extrêmement riche pour comprendre le recours à la chirurgie bariatrique dans les sociétés postindustrielles, ainsi que la dimension symbolique des politiques de résistance face à celle-ci. Dans l'idée de questionner le présupposé persistant faisant de la minceur une simple question de discipline et de volonté et d'insister sur le caractère sinon fixe et permanent, néanmoins *relativement stable et durable* de la surcharge pondérale, certaines auteures ont en effet proposé de lire l'expérience de l'obésité à travers les lunettes du modèle social du handicap⁴⁴⁷. Ce modèle peut permettre de saisir le caractère « chronique » de la surcharge pondérale sans recourir nécessairement à un cadrage médical, critiquable pour son déterminisme biologique et son omission des savoirs expérimentiels des personnes plus larges. Dans le but de critiquer le modèle biomédical du handicap définissant celui-ci comme une anomalie biologique intrinsèque et quantifiable appelant à être « rectifiée » par une intervention thérapeutique, le paradigme sociétal du handicap a en effet repensé celui-ci comme un phénomène aux causes sociales et environnementales à appréhender *à partir* des expériences incorporées et réflexives des personnes concernées. Au sein de cette grille de lecture, le handicap n'est donc plus compris comme la conséquence malheureuse d'un attribut biologique ou d'une caractéristique personnelle supposée devoir générer des émotions de compassion, de pitié ou de charité. Il renvoie plutôt à une expérience collective d'exclusion et d'oppression résultant d'un environnement social « capacitiste » façonné par des normes sociales favorables aux personnes valides. Mais s'il situe l'enjeu

⁴⁴⁷ Étant donné la charge symbolique associée au terme « handicap » en français (le terme *disability* étant d'emblée un terme politisé), je tiens à souligner qu'il est utilisé dans les *Fat studies*, ainsi que dans le cadre de ma thèse, non pas pour affirmer une identité stable et homogène (« les personnes plus larges sont des personnes handicapées »), mais plutôt comme un concept heuristique permettant de faire référence à une expérience partagée de domination découlant d'un stigmate physique commun (dans ce cas-ci la forte corpulence) pouvant s'accompagner ou non d'une invalidité physique ou biologique ressentie comme telle par la personne. Voir: Cooper Charlotte "Can a fat woman call herself disabled?", *Disability and Society*, 1997, vol. 12, n°1, p. 31-42; Herndon April, "Disparate but disabled: Fat embodiment and disability studies", *National Women's Studies Association Journal*, 2002, 14, n°3, 121-137; Aphramor Lucy, "Disability and the anti-obesity offensive", *Disability & Society*, vol. 24, n7, 2009, p. 897-909; Brandon Tony et Gary Pritchard, "Being Fat: a conceptual analysis using three models of disability", *Disability & Society*, vol. 26, n°1, p. 79-92; Cantrell Amber, "Freaking Fatness through history: critical intersections of fatness and disability", *Chrestomathy: annual review of undergraduate research*, 2013, 12, 1-39; Mollow Anne, "Disability studies gets fat", *Hypatia*, 2015, vol. 30, n°1, p. 199-216; Meleo-Erwin Zoe, "Disrupting normal: toward the 'ordinary and Familiar' in fat politics", *Feminism & Psychology*, 2012, vol. 22, n°3, p. 388-4-2.

principal des politiques du handicap dans la transformation de structures sociales capacitistes plutôt que dans les interventions thérapeutiques, il ne défend pas nécessairement pour autant l'idée que le handicap serait un pur construit social ou que les interventions médicales seraient intrinsèquement coercitives⁴⁴⁸. Comme l'exprime la théoricienne féministe Alison Kafer :

« Je ne suis ni opposée aux soins prénataux ni aux initiatives de santé publique visant la prévention des maladies et des handicaps, tout comme des futurs dans lesquels la majorité de la population n'a pas accès aux besoins premiers ne sont pas des futurs que je désire. Mais il y a une différence entre le fait de refuser d'offrir les soins de santé nécessaires, fermer les yeux sur des conditions de travail difficiles ou ignorer des préoccupations de santé publique (causant ainsi des maladies et des handicaps) et celui de reconnaître la maladie et le handicap comme une part de ce qui fait de nous des humains »⁴⁴⁹.

Sans nier la réalité matérielle du handicap, ce modèle avance plutôt que celui-ci ne peut pas être interprété en dehors des limites d'une organisation sociétale particulière, qui relie certaines invalidités ou incapacités (*impairments*) à un diagnostic médical et à une expérience partagée de marginalisation et d'exclusion sociale. Comme le soutient la philosophe féministe Susan Wendell : « La distinction entre la réalité biologique d'un handicap et la construction sociale d'un handicap ne peut être faite de manière tranchée, car le biologique et le social sont interactifs dans la création du handicap »⁴⁵⁰. C'est pourquoi ce modèle sociétal du handicap peut permettre de rendre compte de l'expérience des personnes plus larges dans leurs réalités autant biologiques/physiques que sociales, sans pour autant présupposer la prédominance des unes sur les autres. Comme le rappelle Wendell, la stigmatisation associée à certains corps et capacités peut parfois être tout aussi, voire plus handicapante que les invalidités elles-mêmes⁴⁵¹.

C'est en raison de l'aptitude de ce modèle social du handicap à rendre compte de la diversité des expériences somatiques de la corpulence, mais aussi à prendre en compte celles-ci dans leurs dimensions temporelles, qu'il a été mobilisé dans le champ des *fat studies*. En effet, à la différence de la conception biomédicale du handicap, ce modèle ne suppose pas une totale imperméabilité entre

⁴⁴⁸ Notons toutefois que cette acceptation conditionnelle des interventions médicales par le modèle social du handicap est relativement récente. Historiquement, les approches sociales du handicap, parce que constituées en réaction au modèle biomédical du handicap, avaient tendance à adopter une position plus radicalement anti-interventionniste.

⁴⁴⁹ Kafer Alison, « Time for disability studies and a future for crips » dans *Feminist Queer Crip*, Bloomington et Indianapolis: Indiana University Press, 2013, p. 4.

⁴⁵⁰ Wendell, Susan, *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*, New York: Routledge, 1996.

⁴⁵¹ Ibid.

personnes handicapées et les personnes valides⁴⁵², avançant au contraire qu'une telle séparation fait fi de toute considération temporelle pouvant amener certaines personnes à changer de statut au cours de leur existence, à passer d'un statut à un autre par maladie, âge ou accident. Tandis que le cadrage médical voit présentement dans l'IMC un outil valide de prévision de la santé future des individus, la temporalité « expérientielle » du handicap peut ainsi alimenter des imaginaires alternatifs de la corpulence qui, bien qu'attentifs à ses dimensions matérielles et temporelles, dépassent la vision déterministe et linéaire de l'obésité constitutive du paradigme biosécuritaire et de son imaginaire anticipatoire⁴⁵³. Dans cette perspective, la chercheuse et activiste Charlotte Cooper argumente que le mouvement contre la grossophobie devrait, en critiquant la mise en équivalence quasi automatique réalisée entre grosseur et pathologie, être attentif à ne pas exclure les personnes plus larges faisant effectivement l'expérience d'un handicap, d'une invalidité ou d'une mauvaise santé en raison de leur excès pondéral. Remarquant, à la suite de Kathleen LeBesco⁴⁵⁴, la tendance du mouvement à vouloir présenter les personnes plus larges comme de « bons » sujets-citoyens, tout aussi sains et investis dans leur santé que les personnes de taille normale, elle met en garde contre les effets exclusionnaires et « gentrificateurs » de cette stratégie :

« Ici, les militants *Fat* se présentent comme des citoyens au comportement irréprochable et sains en ce qui concerne leurs habitudes en termes d'exercice et d'alimentation. [...] Cela crée un activisme obèse qui devient rapidement intolérable et intenable pour de nombreuses personnes, y compris celles qui sont très grosses (*super-fat*), en mauvaise forme physique, en mauvaise santé ou malades chroniques [...] Sans surprise, ce sont également les personnes dont le statut socio-économique est le plus bas »⁴⁵⁵.

Elle nous rappelle ainsi que la communauté des personnes plus larges n'est pas homogène, qu'elle est traversée par des dynamiques de genre, de classe et de race, ce qui est largement reconnu par le

⁴⁵² Dans la vision biomédicale du handicap, les handicaps sont pensés sur un continuum basé sur une norme universelle allant d'une capacité considérée comme « normale » à une capacité considérée comme « anormale » ou « déficitaire ». Cependant, cette vision tend à considérer le handicap comme une caractéristique intrinsèque de la personne plutôt que comme une conséquence de l'interaction entre la personne et son environnement.

⁴⁵³ Comme l'avance Alison Kafer, bien que le domaine médical détienne une longue tradition de définition de la maladie et du handicap en relation au temps et en termes de durée (risque, chronicité, rémission, etc.), les études sur le handicap envisagent eux aussi les expériences du handicap dans leur temporalité : « Le slogan habituel des études sur le handicap - que ce soit par maladie, âge ou accident, nous vivons tous avec un handicap à un moment ou à un autre de notre vie - reflète cette vision, suggérant que devenir handicapé n'est « qu'une question de temps ». [...] Bien sûr, le handicap est plus fondamental, plus inévitable, pour certains que pour d'autres: le travail que nous exerçons et les environnements dans lesquels nous vivons ont un immense impact sur le fait que nous devenions handicapés tôt ou tard, tout comme la race et la classe sociale de chacun. Pourtant, ces schémas peuvent aussi être interprétés en termes de temporalité : fréquence, incidence, occurrence », dans Kafer Alison, 2013, p. 25.

⁴⁵⁴ LeBesco Kathleen, *Revolt Bodies: the struggle to redefine Fat Identity*, Amherst: MA: University of Massachusetts Press, 2004.

⁴⁵⁵ Cooper, Charlotte, *Fat activism: a radical social movement*, Bristol: HammerOn Press, 2016, p. 185.

mouvement Fat, mais également, et de façon tout aussi fondamentale, par celles de la maladie et du handicap. Ainsi, le paradigme sociétal du handicap, parce qu'il permet de tenir compte de l'expérience qui est faite du monde social et physique à partir d'une corporalité plus large, avec tout ce que cela implique pour la plupart des personnes en termes de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion de certains espaces, mais aussi, pour certaines d'entre elles, en termes de « déficience » (perte de mobilité, douleur, fatigue ou maladie chronique) et donc de dépendance aux institutions médicales, apparaît d'emblée comme plus inclusif et solidaire. Il permet notamment de dépasser un positionnement purement constructiviste interprétant le recours à la chirurgie de l'obésité comme le résultat d'une internalisation inconsciente des discours grossophobes, qui risque d'identifier les patients bariatriques à des « traîtres » de la lutte contre la stigmatisation des personnes plus larges⁴⁵⁶. Si on imagine l'expérience de la corpulence comme un spectre allant de la « normalité » au « handicap », les personnes admissibles à la chirurgie sont en effet non seulement celles pour qui la surcharge pondérale est la plus handicapante sur les plans de la mobilité physique, des limitations causées par des infrastructures standardisées et non-adaptées (transports publics, équipements médicaux, vêtements, etc.) et des situations d'humiliation, de stigmatisation et de discrimination vécues quotidiennement⁴⁵⁷, mais aussi celles qui sont le plus susceptibles d'expérimenter des troubles médicaux chroniques (diabète de type 2, problèmes cardiaques, apnée du sommeil, arthrose, etc.). D'ailleurs, comme on le verra dans le chapitre 5, les patientes bariatriques interrogées dans le cadre de cette thèse reviennent généralement sur plusieurs, voire l'ensemble de ces dimensions au moment d'évoquer les raisons de leur opération⁴⁵⁸. Penser la corpulence non plus en lien au binaire santé/pathologie, mais en rapport à l'articulation plus générale normalité/handicap permet ainsi de situer celle-ci sur un continuum d'expériences qui relève à la fois de la culture et de l'histoire, des discours sociaux et des affects, de l'environnement construit et de la matérialité de chaque corps biologique.

⁴⁵⁶ À ce sujet, voir : Beth Bernstein et Matilda St. John, 2009, p. 267. À ce sujet, voir aussi la bande-dessinée de Melanie Tait qui demande : "I had 85% of my stomach cut out. Am I a traitor?" "Getting painful and invasive gastric sleeve surgery made me feel like a betrayed my fat friends. But I missed the skinny me". En ligne: <https://thenib.com/gastric-sleeve-fat-acceptance/>

⁴⁵⁷ Brewis Alexandra et al. « Publically misfitting: extreme weight and the everyday production and reinforcement of felt stigma », *Medical Anthropology Quarterly*, 2016, vol. 31, n°2, p. 257-276.

⁴⁵⁸ Elles évoquent des considérations médicales (présence de diabète, consommation quotidienne de médicaments, apnée du sommeil, etc.), des expériences partagées de stigmatisation et d'exclusion, ainsi qu'un même sentiment d'être socialement limitées par leur corps (fatigue, douleurs chroniques, mobilité réduite, transports inaccessibles, vêtements mésadaptés, etc.).

Interroger l'expérience de l'obésité à travers les politiques du handicap nous amène également à questionner le recours à la chirurgie bariatrique au regard du projet politique plus large visant à produire de « bons » citoyens et du rapport profondément affectif des individus à la normativité. De nombreux travaux ont en effet exposé les conséquences, pour les personnes faisant l'expérience d'un handicap, de l'imbrication existant entre la citoyenneté et l'idéologie de la productivité dans les sociétés libérales occidentales⁴⁵⁹. Définissant avant tout le « bon » citoyen comme un travailleur productif et performant au service de l'économie nationale, cette idéologie capacitiste condamne ainsi de nombreuses personnes handicapées à l'exclusion sociale ou à une inclusion partielle et conditionnelle dans la société civile⁴⁶⁰. Nikolas Rose explique ce phénomène en avançant que ce sont des « présupposés biologiques » spécifiques concernant la vitalité des corps qui ont historiquement « façonné les conceptions de ce que signifie le fait d'être un citoyen et fondé les distinctions entre les citoyens actuels, potentiels, problématiques et impossibles »⁴⁶¹. Indissociable de l'histoire du capitalisme industriel, cette conception « somatique » de la citoyenneté s'est paradoxalement consolidée au moment où l'urbanisation et la standardisation industrielle du travail venaient elles-mêmes profondément transformer les corps des travailleurs et créer de nouvelles pathologies, déviances et invalidités physiques⁴⁶². De nombreux universitaires ont ainsi exposé le double-mouvement à travers lequel le développement du capitalisme s'est accompagné de la production de nouvelles infirmités chroniques pour en « naturaliser » ensuite les origines sociales, politiques et économiques par des processus de médicalisation permettant de réguler les corps et de les réhabiliter partiellement à l'impératif de productivité⁴⁶³. En ce qui concerne l'obésité, on a ainsi vu dans le premier chapitre qu'elle s'est progressivement « démocratisée » dès le milieu du 19^e siècle avec les débuts de

⁴⁵⁹ Devlin, Richard et Pothier Dianne, “Toward a critical theory of dis-citizenship”, dans Pothier Dianne et Richard Devlin (dir.), *Critical disability theory. Essays in Philosophy, Politics, Policy and Law*, Vancouver: UBC Press, 2006, p. 1-22.

⁴⁶⁰ Cette exclusion s'exprime par exemple dans la loi sur l'immigration canadienne, où le handicap peut être considéré comme une raison valide de refuser à un candidat l'admission au Canada. Voir, Voyvodic, Rose, “Into the wasteland: applying equality principles to medical inadmissibility in Canadian immigration law”, *Journal of Law and Social Policy*, 16, 2001, p. 115-144. Dans le cas des personnes plus larges, on a vu comment celles-ci étaient systématiquement exclus de manière plus informelle de certains espaces standardisés et non-adaptés (ex : transports en commun), déconsidérés pour certains emplois et postes à responsabilité et étaient régulièrement victimes de maltraitance médicale.

⁴⁶¹ Rose, Nikolas, 2007, p. 131-132.

⁴⁶² Engels, Friedrich, *La situation de la classe laborieuse en Angleterre*, Paris : Éditions sociales, 1960 [1844].

⁴⁶³ Abberley, Paul, “The concept of oppression and the development of a social theory of disability”, *Disability, Handicap & Society*, 1987, 2, 1, p. 5-19; Davis, Lennard, *Enforcing Normalcy: Disability, Deafness, and the Body*, New York: Verso, 1995; Barnes, Colin, “A Legacy of Oppression: a history of disability in western culture », dans Len Barton and Michael Oliver (dir.), *Disability Studies: Past, Present and Future*, Leeds: The Disability Press, 1997, p. 3-25; Gleeson, Brendan, *Geographies of Disability*, London: Routledge, 1999; Russell, Marta et Ravi Malhotra, “Capitalism and Disability”, *Socialist Register*, 2002, 38, p. 212-228.

l'industrialisation de l'alimentation, l'urbanisation des modes de vie et l'homogénéisation du corps ouvrier, avant d'être rapidement catégorisée comme une déviance « morbide » par le mouvement hygiéniste, y voyant un signe de la dégénérescence du prolétariat menaçant le progrès moderne. C'est en raison de l'association normative et affective alors établie entre minceur, virilité, aptitude au travail et citoyenneté⁴⁶⁴ que les arguments contre le vote des femmes ont porté sur leur manque de vitalité physique et mentale, et que la lutte contre la graisse est devenue un enjeu féministe permettant de revendiquer l'accès à la pleine citoyenneté. Les études du handicap nous invitent ainsi à lire l'essor du recours à la chirurgie bariatrique et les politiques de résistance qu'il suscite dans le contexte actuel d'une « épidémie d'obésité » dans la continuité historique de ces dynamiques sociales et culturelles, c'est-à-dire comme parties prenantes d'une lutte symbolique pour l'accès à la citoyenneté acceptable. Le recours à la chirurgie bariatrique représenterait dans cette perspective une stratégie individuelle permettant d'obtenir les conditions corporelles requises pour accéder aux droits et privilèges communément associés à la citoyenneté, c'est-à-dire à la dignité, au respect et à la considération accordés de façon préreflexive aux personnes plus minces⁴⁶⁵. La chirurgie bariatrique apparaît en ce sens comme un traitement médical de la variation corporelle « imprégné d'idéologie partisane sur ce que constitue la normalité et la déviance »⁴⁶⁶ dans les sociétés capitalistes avancées.

2.2. La transformation bariatrique de corporalités et identités déviantes ou la négociation technologique de la « normalité »

Cherchant à contrer l'augmentation soi-disant soudaine du poids moyen de la population, les politiques sanitaires de lutte contre l'« épidémie d'obésité » ont, comme on l'a vu dans le chapitre précédent, eu pour effet paradoxal de venir réactiver et intensifier des sédimentations affectives plus anciennes associées à la surcharge pondérale. Si la corpulence ordinaire était déjà dévalorisée depuis la fin du 19^e siècle comme une marque d'excès, d'incivilité et de manque de discipline, elle a été redéfinie au tournant du siècle suivant comme une charge future pour la collectivité nationale, voire une mise

⁴⁶⁴ À l'origine d'une obsession normative de la minceur qui ne fera que se renforcer au cours des siècles suivants.

⁴⁶⁵ De façon comparable à la mobilisation citoyenne apparue autour de l'autisme ou de la surdité, cette négociation oppose les citoyens ralliés autour de sentiments d'injustice et de colère associés à la discrimination et à la marginalisation des personnes plus larges et animés par l'espoir de rendre la société plus inclusive aux corporalités non-normatives, à ceux réunis autour d'un « optimisme technologique » caractérisé par l'espoir de « dépasser » l'expérience du handicap par la technologie.

⁴⁶⁶ Kafer, Alison, 2013, p. 6.

en péril des idéaux progressistes des démocraties libérales⁴⁶⁷. Cela a accentué la stigmatisation et la discrimination des personnes plus larges, en venant encourager des discours et des comportements de « biointimidation » visant à culpabiliser celles-ci pour leur incapacité à gérer adéquatement le risque pondéral au nom de la biosécurité nationale. Ces attentes publiques de réhabilitation des sujets plus larges dans le droit chemin de la santé, de la minceur et de la « bonne » citoyenneté sont supportées par une éthique néolibérale de la prise en charge de soi. Tandis que la plupart des sujets en surpoids, encore jugés capables de remettre de l'ordre dans leurs pratiques quotidiennes, semblent pouvoir être réhabilités par les voies classiques de la santé publique, d'autres cas plus critiques, envisagés comme des sortes de « parias de la prévention »⁴⁶⁸, sont ainsi incités à se tourner vers des stratégies biomédicales plus invasives. La pratique bariatrique, forme de « techno-solutionnisme »⁴⁶⁹ dont la généralisation est indissociable du sentiment de crise entourant la progression « épidémique » de l'obésité et des anxiétés relatives au constat d'obésités de plus en plus sévères, précoces et résistantes, constitue le point le plus extrême d'une biomédicalisation stratifiée de l'obésité. Comme le soulignent Adèle Clarke et ses collègues, l'expansion du domaine biomédical s'effectue de façon hétérogène, reposant sur des processus d'inclusion et d'exclusion conditionnant l'accès aux technologies biomédicales en fonction de rapports sociaux de sexe et de genre, de classe sociale, de race et de citoyenneté ou de handicap⁴⁷⁰. C'est ce constat qui mène ces auteures à avancer qu'un changement biopolitique s'est produit⁴⁷¹. Ce dernier se caractérise par un déplacement de la visée principale de la médecine de la normalisation thérapeutique du corps handicapé/malade vers une « encapacitation différentielle » de tous les corps⁴⁷². Alors que le corps se trouve redéfini comme une entité biologique flexible, malléable, potentiellement ouverte aux reconfigurations technologiques, l'être humain n'est plus envisagé comme un être soumis aux déterminations du biologique, mais comme un biocitoyen responsable de façonner son propre destin biologique en faisant continuellement des choix raisonnés en termes de traitements pour améliorer son propre statut somatique et social. À mesure que le progrès technologique devient un impératif moral, toute expérience de la maladie ou du handicap devient alors moralement inadmissible et émotionnellement

⁴⁶⁷ Comme en témoignent les associations fréquentes faites dans les médias entre l'obésité et la crise environnementale, l'obésité et la consommation de *fast-food*, l'obésité et dilapidation des ressources publiques, etc.

⁴⁶⁸ Niewöhner Jörg et Michalis Kontopodis, Op. cit., 2011.

⁴⁶⁹ Ellul Jacques, *Le bluff technologique*, Paris : Fayard/Pluriel, 2012.

⁴⁷⁰ Clarke, Adèle et al. 2010, p.

⁴⁷¹ Voir, Rose, Nikolas, 2007 et Puar, Jasbir, 2017.

⁴⁷² Pour reprendre la terminologie de Jasbir Puar. Adèle Clarke et ses collègues parlent quant à elles plutôt de « customisation ».

intolérable⁴⁷³. Au sein de cette éthique « progressiste » de l'anticipation, de l'espoir et de l'expérimentation, le rôle de la médecine ne se cantonne plus à un simple rétablissement d'une normativité organique. Celui-ci est élargi, souvent en réponse aux demandes croissantes des patients qui cherchent à accéder aux technologies, à une encapacitation des corps répondant à une logique d'adaptation aux exigences de performance de l'économie néolibérale en matière de santé, de productivité ou de bonheur. Ces processus biomédicaux de réhabilitation du sujet aux exigences de la vie en société engendrent de nouvelles normes biologiques qui perturbent les distinctions traditionnelles entre les personnes valides et les personnes en situation de handicap au profit de multiples « gradations d'insuffisance et de capacité »⁴⁷⁴. Ils produisent des formes inédites de normalisation sociale permettant aux personnes ayant des limitations fonctionnelles d'acquérir de nouvelles identités sociales⁴⁷⁵.

Bien que présentée par le milieu bariatrique comme une simple « thérapie » permettant de guérir l'obésité-maladie et ses comorbidités, le recours à la chirurgie bariatrique incarne de façon paradigmatique la logique de transformation et d'encapacitation des corps constitutive de la biocitoyenneté et du recours croissant aux technologies biomédicales. Les enquêtes qualitatives ayant porté sur les motivations subjectives à recourir à une chirurgie bariatrique ont en effet mis en évidence la volonté des patients de modifier leur corps pour améliorer leur condition physique et leur statut social. Bien que des considérations médicales soient fréquemment invoquées par les patientes, celles-ci restent bien souvent secondaires par rapport au désir de transformer son corps pour accéder à une « normalité » de type relationnelle. Comme la sociologue Karen Throsby l'a montré, cette perte pondérale est en effet vécue par les patientes comme une sorte de « renaissance » ou de métamorphose en biocitoyens disciplinés, capables de se mettre au régime et de performer la santé « comme une personne normale »⁴⁷⁶. Par ailleurs, si accéder à la « normalité » sociale veut dire échapper à la stigmatisation associée à l'excès pondéral (généralement plus forte pour les femmes comme on le sait), cela signifie aussi acquérir certaines capacités physiques ou fonctionnelles (par ex. : pouvoir jouer avec

⁴⁷³ Hall, Melinda, *The Bioethics of Enhancement. Transhumanism, Disability and Biopolitics*, Rowman & Littlefield, 2016.

⁴⁷⁴ Puar, Jasbir, 2017, p. 24. Traduction libre de « gradations of debility and capacity ».

⁴⁷⁵ Les technologies biomédicales peuvent par exemple permettre aux sujets d'atteindre des identités socialement valorisées, mais auparavant inatteignables (l'identité de mère ou de père dans le cas des traitements de fertilité par exemple) ou imposer de nouveaux mandats et performances devenant parties prenantes de la relation du sujet à lui-même (comme la capacité et le devoir de se comporter comme un sujet proactif et responsable de son futur de santé). À ce sujet, voir Clarke, Adèle et al., 2010, p. 81.

⁴⁷⁶ Throsby, Karen, « Happy re-birthday: weight loss surgery and the 'new me' », *Body & Society*, 2008, vol. 14, p. 117–33.

ses enfants, monter les escaliers sans s'essouffler, la capacité de tomber enceinte, etc.⁴⁷⁷) et une condition corporelle permettant de réaliser des activités quotidiennes « normales » sans vivre des sentiments de honte ou de culpabilité (ex : s'habiller dans n'importe quelle boutique, aller au restaurant sans se préoccuper de la taille ou de la solidité des chaises, pratiquer tel ou tel sport, etc.).

Plus que le binôme sain/pathologique, c'est donc bien le couple plus large normalité/handicap qui se trouve convoqué. La chirurgie bariatrique peut ainsi être envisagée comme un outil permettant de dépasser l'expérience du handicap en alignant des corporalités et identités déviantes à la normativité corporelle de la santé, de la validité et de la minceur. Les parcours bariatrique des patientes constituent de ce fait des observatoires sociologiques privilégiés où se jouent et se redéfinissent les conceptions contemporaines de la santé et de la normalité dans leurs articulations avec les catégories sociales de la corpulence, de la « bonne » citoyenneté, du genre, du soin et de la technologie.

2.3. La constitution des sujets bariatriques à la croisée de sentiments d'espoir et d'invalidation

Interpréter le recours à la chirurgie bariatrique comme une expression paradigmatique de la biocitoyenneté et de l'espoir porté par les biotechnologies nous amène ainsi à analyser les usages et les effets matériels de la chirurgie en dehors de la revendication de la médecine opératoire de l'obésité à ne faire que ramener le corps obèse vers un état « normal ». Cela nous invite aussi à questionner l'idée (comme on l'a vu implicite dans la critique de la chirurgie portée par le mouvement de lutte contre la grossophobie), que les patientes bariatriques adopteraient la définition de l'excès pondéral défendue par les experts médicaux sans en retravailler le sens. Comme le soulignent Clarke et ses collègues, bien que les interventions biomédicales soient à l'origine de nouvelles catégories identitaires permettant de rendre les corps des patientes compatibles avec les technologies proposées⁴⁷⁸, l'attribution de telle ou telle identité biomédicale ne signifie pas pour autant une totale acceptation de celle-ci par les individus. Bien souvent, de telles identités ne sont acceptées par les patientes que dans la mesure où elles constituent des opportunités pour avoir accès à certains traitements désirés par les patientes en fonction de leurs propres espoirs d'amélioration corporelle et identitaire:

« À un niveau individuel, les identités technoscientifiques sont adoptées de manière sélective, surtout lorsque l'acceptation de ces identités semble en valoir la peine, notamment pour accéder à

⁴⁷⁷ Voir cette thèse, chapitre 6.

⁴⁷⁸ La ménopause, redéfinie en Occident comme un déficit d'estrogène pouvant être traité par des hormones de remplacement, constitue un exemple classique de ce phénomène. À ce sujet voir, Lock, Margaret, « Menopause, local biologies, and cultures of aging », *American Journal of Human Biology*, 2001, vol. 13, n°4, p. 494-504.

ce qui peut être perçu comme des "miracles médicaux". Une telle identité peut être considérée comme une identité "stratégique", [...] acceptée pour atteindre des objectifs particuliers »⁴⁷⁹.

La biocitoyenneté annonce en effet comme on l'a vu une nouvelle conception du patient où celui-ci ne tend plus à rester passif face à l'autorité médicale, ni à se résigner aux identités assignées, mais au contraire à s'impliquer de manière proactive dans sa trajectoire de santé en s'appropriant les connaissances et les technologies biomédicales. Or, cette démarche militante s'inscrit ainsi dans la poursuite d'espoirs thérapeutiques pouvant entrer en tension avec les objectifs poursuivis par des professionnels de la santé œuvrant dans le secteur public, qui se donnent avant tout pour mission de « guérir » des malades et se basent sur des données probantes. Cette thèse cherche donc à voir comment les usages de la chirurgie peuvent diverger des attentes cliniques des experts médicaux.

Si « les négociations avec les processus de biomédicalisation sont permanentes »⁴⁸⁰, elles s'inscrivent toutefois dans des rapports de pouvoir qui dépendent des contextes médicaux et cliniques particuliers dans lesquelles elles ont lieu et qui doivent être pris en considération. Concrètement, cela signifie que ces possibilités de négociation ne sont pas les mêmes dépendamment du statut social des patients et de leur capacité à faire valoir leurs propres savoirs expérientiels de la maladie ou du handicap autant dans l'espace public qu'en contexte clinique⁴⁸¹. Comme on l'a vu, les associations affectives faisant de la corpulence le résultat d'un rapport incontrôlé à la nourriture exposent d'emblée les personnes plus larges au risque d'être disqualifiées comme paresseuses ou irrationnelles. Étant donné le caractère largement *préréflexif* des préjugés sur les « gros », l'empathie et la compassion publiquement exprimées par le milieu bariatrique vis-à-vis de la population « obèse » ne devrait pas nous convaincre de l'inopérance de ces associations à l'intérieur même de la relation clinique/thérapeutique en médecine bariatrique. Il n'est par ailleurs pas rare que les personnes qui vivent avec un « handicap invisible » (ex : fatigue chronique, fibromyalgie, etc.) aient le sentiment d'être victimes de ce que Susan Wendell a nommé une « invalidation épistémique »⁴⁸², c'est-à-dire une disqualification par leurs médecins ou leurs proches de leurs expériences incorporées de la maladie/du handicap. Cette expérience peut avoir pour conséquence de mener les patients à déconsidérer leurs propres savoirs expérientiels en faveur de l'expertise médicale ou bien les inciter à se tourner vers des communautés

⁴⁷⁹ Clarke, Adèle, et al. 2010, p. 82. Traduction libre.

⁴⁸⁰ Ibid., p. 82.

⁴⁸¹ Institut canadien d'information sur la santé, « Chirurgie bariatrique au Canada », *Rapport, Performance du système de santé*, Mai 2014. En ligne.

⁴⁸² Wendell, Susan, 1996, Op. cit. et Wendell, Susan, 'Unhealthy Disabled: Treating Chronic Illness as Disabilities', *Hypatia*, 2001, 16, 4, p.17-33; Sheppard Emma, « Performing normal but becoming cripp: living with chronic pain », *Scandinavian Journal of Disability*, 2020, vol. 22, n°1, p. 39-47.

informelles d'utilisateurs ou de patients (ex : groupe de soutien, forums en ligne) dans le but d'obtenir une validation et des ressources⁴⁸³.

Ce paradoxe entre espoir d'encapacitation et sentiment d'invalidation, témoignant bien des contradictions propres à la biocitoyenneté, génère plusieurs questionnements auxquels je tâcherai de répondre dans la partie empirique de cette thèse: Dans un contexte où l'intervention biomédicale (la « cure ») est elle-même souvent à l'origine d'une nouvelle forme de « handicap invisible », que se passe-t-il lorsque les patientes bariatriques expérimentent au cours de leur trajectoire post-chirurgicale des symptômes débilissants qui ne correspondent pas à leurs attentes initiales ou qu'ils trouvent difficiles à contrôler ? En contexte clinique, ces symptômes sont-ils alors compris comme des effets secondaires de la chirurgie ou comme des complications issues des « corps/esprits »⁴⁸⁴ pathologiques des patientes? Qui est tenu responsable, la chirurgie bariatrique ou la patiente? Les patientes partagent-elles leurs expériences et leurs connaissances de ces symptômes avec des communautés informelles de patientes? Si oui, ces discussions ouvrent-elles sur des discours plus critiques de la biomédicalisation de la corpulence?

Dans ce chapitre, j'ai d'abord voulu montrer en quoi l'essor actuel de la chirurgie bariatrique peut être replacé dans le cadre de la biopolitique anticipatoire de l'obésité contemporaine, dont elle constitue à mon sens le paroxysme. Un retour historique sur les débats médicaux qui ont accompagné le développement de la chirurgie de l'obésité depuis le milieu des années 1950 nous indique que celle-ci a dû attendre l'aube du 21^e siècle pour être acceptée par le milieu médical. Le programme « métabolique » systématisé par Buchwald à la fin des années 1970 et autour duquel la communauté bariatrique s'était peu à peu ralliée, proposait déjà une nouvelle étiologie de l'obésité, substituant la notion de lésion organique (nécessaire aux yeux des tenants d'une chirurgie « mécaniste » pour justifier une intervention chirurgicale, mais inexistante dans le cas de l'obésité) par le présupposé théorique de

⁴⁸³ Werner, Anne, Steihaug Sissel et Malterud Kirsti, "Encountering the continuing challenges for women with chronic pain: recovery through recognition", *Qual Health Res.* 2003, vol. 13, p. 491–509; Juuso, Paivi, et al. "Meanings of being received and met by others as experienced by women with fibromyalgia", *Qualitative Health Research*, 2014, vol. 24, p.1381–1390.

⁴⁸⁴ Traduit du concept de « bodyminds », de l'intellectuel et activiste Eli Clare. Voir : Clare, Eli, Clare, Eli, *Brilliant imperfection: grappling with cure*, Durham: Duke University Press, 2017 et *Exile and Pride: Disability, Queerness and Liberation*, Cambridge: Sound End Press, 1999.

mécanismes neuro-hormonaux complexes et héréditaires que la chirurgie était en mesure de réguler. Cette nouvelle étiologie sans réel fondement, ignorant délibérément la genèse de la maladie, reposait alors entièrement sur la performance technique de la chirurgie. Or, cette performance était mise en doute par le corps médical en raison des dommages collatéraux aléatoires qui accompagnaient l'intervention, au point où elle-même pouvait être perçue comme une « maladie iatrogène »⁴⁸⁵. La chirurgie a, pour ces raisons, longtemps été considérée comme une solution démesurément invasive à tenir à la lisière des traitements médicaux courants de l'obésité. Il aura donc fallu attendre l'« épidémie d'obésité » contemporaine pour que le milieu bariatrique réussisse finalement à faire reconnaître la légitimité de sa pratique. Au moment où le domaine de la recherche biomédicale sur l'obésité s'entendait pour affirmer l'impossibilité, voire l'inutilité, de défendre *une* étiologie de l'obésité au regard de facteurs causaux de plus en plus complexes et diversifiés, les promoteurs de la santé publique ont vu dans la chirurgie bariatrique une stratégie anticipatoire permettant de réduire efficacement les coûts relatifs au traitement des comorbidités corrélées à l'excès de poids. La généralisation de la pratique bariatrique s'inscrit ainsi dans la tendance de la médecine contemporaine à comprendre la maladie à l'échelle moléculaire des interactions complexes entre ses facteurs de risque et à intervenir de plus en plus en amont de la maladie en ciblant directement des facteurs de risque perçus comme facilement « modifiables » (ici, le poids); cela au détriment de solutions plus globales visant à modifier les structures politiques, sociales et économiques favorisant le développement des maladies et handicaps.

Alors que le recours à la chirurgie de l'obésité continue d'augmenter et d'être élargi aux enfants et aux adolescents sans que les centres de chirurgie fassent l'objet d'une régulation rigoureuse de la part des autorités publiques, cet essor génère une vive controverse médiatique qui oppose les représentants du milieu bariatrique à ceux du mouvement contre la grossophobie. Cette controverse, qui traduit bien le statut disputé de la médicalisation de la corpulence, tend néanmoins à réduire les personnes ayant recours à la chirurgie bariatrique à des emblèmes politiques en en faisant des survivants de la maladie-obésité ou des victimes des discours grossophobes. Dans la visée de remédier à cette impasse et d'offrir une place à la subjectivité de ces patientes, j'ai interprété le recours à la chirurgie bariatrique comme une expression de la biocitoyenneté, émergeant à l'intersection de la logique biomédicale centrée sur l'anticipation du risque lipidique et de l'espoir individualisé des patientes d'obtenir une corporalité visiblement plus normative. Dans cette perspective, le recours à la chirurgie n'est pas vu comme un simple choix individuel ou une pure contrainte, mais comme une

⁴⁸⁵ Thirlby, Richard C., 1990, Op. cit. p. 1711.

décision de nature sociale, relationnelle et affective conditionnée par une culture néolibérale de l'encapacitation de soi dans laquelle les individus sont tenus moralement responsables de leurs situations de santé ou de validité et constamment incités à se « reprendre en main ». Cette culture de l'encapacitation s'appuie notamment sur les affects « malheureux » de la corpulence dans une société lipophobe (peur d'une mort précoce, humiliation, honte, etc.), pour orienter les personnes plus larges vers des « scénarios de bonheur »⁴⁸⁶ associant la chirurgie bariatrique à l'espoir individualisé de dépasser cette souffrance. Elle transforme ainsi les expériences affectives et relationnelles de la corpulence en « vecteurs de la gouvernance néolibérale »⁴⁸⁷ permettant d'activer les citoyens et de les réintégrer à la logique du marché. Considérant que les parcours de chirurgie des patientes bariatriques représentent ainsi un terrain d'enquête riche et productif pour appréhender les contours de la biopolitique affective de la corpulence, j'analyserai, dans la partie empirique de cette recherche doctorale, comment la subjectivité des patientes bariatriques est produite *à travers* leur parcours bariatrique et la signification qu'elles lui attribuent. Il s'agira ainsi principalement d'identifier les investissements affectifs qui motivent les patientes à avoir recours à la chirurgie et les ressources qu'ils mobilisent pour faire « fonctionner » l'intervention bariatrique en fonction de leurs attentes. Les usages et significations profanes de la chirurgie étant néanmoins conditionnées par des dispositifs biomédicaux propres à la clinique bariatrique et à la relation asymétrique entre chirurgien et patiente, il s'agira également de délimiter les anticipations biomédicales et les investissements affectifs à la normativité corporelle qui guident le travail clinique des chirurgiens et informent leur propre perception des patientes, créant des sujets sains et malsains, autonomes et dépendants, motivés ou paresseux, récupérables, problématiques ou résolument inaptes. Ainsi, la chirurgie bariatrique sera ultimement appréhendée comme une « technologie de l'anticipation »⁴⁸⁸ alignant, par l'entremise des affects qu'elle canalise chez les patientes et les cliniciens, les corps et les identités des patientes aux idéologies contemporaines de la citoyenneté « saine » et « valide ».

⁴⁸⁶ McRuer, Robert, *Crip Theory: Cultural signs of queerness and disability*, New York: NYU Press, 2006.

⁴⁸⁷ Kolarova, Katerina, "Affective Politics of Disability Shame in the Times of Neoliberal Exceptionalism" dans Sushila, Mesquita, Maria Katharina et Katrin Lasthofer (dir.), *Import-Export-Transport. Queer theory, Queer Critique and Activism in Motion*, Wien: Zaglossus, 2012, p. 268.

⁴⁸⁸ Leibing Annette et Virginie Tournay, *Les technologies de l'espoir. La fabrique d'une histoire à accomplir*, Québec : Presses de l'Université Laval, 2010.

Chapitre 4

Approche méthodologique

L'objectif de ce chapitre est d'offrir un compte-rendu des différentes étapes de ma démarche méthodologique. J'y définis mon objet de recherche et présente la construction de mes données sociologiques ainsi que ma stratégie d'analyse de contenu. J'expose finalement ma première lecture des matériaux et présente la grille d'analyse par laquelle j'ai découpé mon objet de recherche.

I. L'objet de recherche

1.1. Le phénomène social et les types de discours étudiés

L'utilisation de la chirurgie bariatrique implique des représentations spécifiques de l'obésité, de la technologie, de l'agentivité et de la responsabilité de la patiente dans son parcours de santé. Le recours à la chirurgie bariatrique nous éclaire en effet non seulement sur les conceptions contemporaines de la santé, du handicap et de la « normalité », mais aussi sur l'influence du développement technologique sur ces notions. Mon objectif est donc de décrypter comment l'obésité est représentée dans le contexte de la clinique bariatrique et comment ces représentations reflètent les discours dominants sur la santé et sur l'idée de « bonne » citoyenneté. L'importance accordée, dans mon cadre théorique, à l'articulation entre les promesses biomédicales et les aspirations individuelles liées à la chirurgie bariatrique en fait un point essentiel pour observer ce phénomène. Cette tension entre les discours biomédicaux et les discours socio-culturels sur l'obésité sera minutieusement scrutée en analysant deux types de sources : les témoignages de chercheurs et de chirurgiens spécialisés en chirurgie bariatrique, et les récits de vie de candidates à la chirurgie et de patientes ayant subi cette intervention.

1.2. Définition de l'objet de recherche : les représentations de l'obésité

Les représentations sociales de l'obésité telles qu'elles sont façonnées dans les discours des cliniciens bariatriques et des patientes bariatriques constituent donc mon objet de recherche. Je propose plus précisément d'investiguer dans ces discours la manière dont on se représente l'obésité afin de dresser à travers mon analyse, une cartographie du « problème » auquel la chirurgie bariatrique est chargée de répondre. Je chercherai ainsi à mettre en évidence les conceptions scientifiques, médicales, sanitaires, culturelles et affectives de l'obésité qui sont véhiculées à travers les discours des

professionnels de la santé ainsi que ceux des patientes. L'un des objectifs de mon enquête sera d'éclairer les contradictions qui émergent dans le cadre de situations cliniques⁴⁸⁹.

Bien que l'étude des représentations sociales puisse être retracée dans la théorie sociologique jusque dans les écrits fondateurs de la discipline, notamment dans les travaux d'Émile Durkheim concernant les formes de l'« idéation collective »⁴⁹⁰, elles ont pris de l'ampleur dans les approches méthodologiques des sciences sociales dans les années 1960. En accord avec la définition de Denise Jodelet, je conçois les représentations sociales comme « des formes de connaissances socialement élaborées et partagées, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »⁴⁹¹. Suivant cette définition, j'apprends les représentations sociales comme des « interprétations » de certains objets (de l'obésité, du corps et de la santé notamment), composées à la fois d'émotions, d'informations, d'images et d'opinions. Ces connaissances, essentiellement pratiques, sont mobilisées dans et produites à travers l'expérience sociale des personnes, permettant ainsi de les orienter dans leurs interactions et leurs pratiques quotidiennes. En ce sens, elles sont ainsi inscrites dans des configurations sociales relatives à des conditions sociales partagées, à des appartenances à des regroupements sociologiques spécifiques. Dès lors, l'analyse des représentations sociales de l'obésité dans les discours des cliniciens et des patientes bariatriques devrait me permettre d'analyser la manière dont ces représentations s'articulent discursivement, mais aussi de mieux comprendre leurs conditions d'émergence, c'est-à-dire les configurations sociales qui les rendent possibles.

II. La construction des données sociologiques

Je vais maintenant détailler les étapes du processus par lequel j'ai élaboré mon objet de recherche empirique. Cela me permettra de lier le corpus d'analyse constitué avec mon objet de recherche, tout en présentant et analysant les connaissances sociologiques que mon approche théorique me permet de mettre au jour.

2.1. Identification du matériau

Cette recherche repose sur un corpus d'analyse composé de 45 entretiens semi-directifs menés entre février 2020 et juin 2022 avec 1 chercheur en chirurgie-obésité-métabolisme, 9 professionnels

⁴⁸⁹ Foucault, Michel, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969.

⁴⁹⁰ Durkheim, Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, 1894, Paris, Payot, coll. 2009.

⁴⁹¹ Jodelet, Denis. « Les représentations sociales : un domaine en expansion », *Les représentations sociales, Sociologie d'aujourd'hui*, Presses Universitaires de France, 2003, p. 53.

de la santé travaillant dans le milieu bariatrique et 35 patientes bariatriques. La durée des entrevues variait de 40min à 2h30 pour une durée moyenne d'environ 75min. Celles-ci ont été enregistrées avec le consentement des participants, puis transcrites par moi-même. Des pseudonymes sont utilisés afin de protéger la confidentialité des participants. Pour la même raison, tous les établissements tels que les hôpitaux, les cliniques et les professionnels de la santé ont été anonymisés. 11 entrevues ont été menées en présence dans des lieux choisis par les participants (principalement dans les régions métropolitaines de Montréal et de Québec), et 33 ont été réalisées en visioconférence ou par téléphone en raison de la distance géographique avec les participants ou des limitations induites par la pandémie.

Initialement considérée comme une alternative de moindre importance par rapport aux entretiens en personne, l'adoption des entretiens à distance s'est finalement révélée avantageuse, en particulier avec les patients. Cette constatation m'a conduit à offrir systématiquement l'option d'entretien en visio aux candidates et patientes bariatriques, même lorsque les mesures gouvernementales ne l'exigeaient plus. Comme le souligne la sociologue Catherine Milon, dans un article portant sur les avantages du format « visio » dans sa propre enquête auprès de candidates à la chirurgie bariatrique⁴⁹², ce format permettait aux participantes de mieux contrôler leur environnement en restant chez elles, dans un cadre intime et rassurant. Il leur permettait également de mieux gérer la présentation de leur corps, évitant ainsi les éventuels malaises liés à un corps « parlant de lui-même » dans l'espace public. De plus, elles pouvaient choisir l'angle de la caméra ou même la désactiver à tout moment, ce qui les aidait à se concentrer sur le dévoilement de leur vécu et à exprimer leurs émotions. Enfin, cela leur offrait la possibilité de diriger l'interaction, pouvant interrompre la discussion à tout moment si nécessaire (comme le cas d'une participante qui avait momentanément interrompu l'entretien pour s'occuper de son bébé en pleurs). J'ajouterai que la possibilité de mener les entretiens depuis leur lieu de vie quotidien les a parfois encouragées à partager avec moi des objets significatifs de leur transformation corporelle, tels que des livres de nutrition ou des vêtements devenus trop grands pour elles. Certaines m'ont aussi montré comment elles avaient réaménagé leurs espaces quotidiens pour soutenir leur transition corporelle, comme réorganiser leurs placards de cuisine pour favoriser la consommation de plus petites portions alimentaires. En revanche, les entretiens en personne ont davantage favorisé la présentation de photos « avant/après » de l'opération et de leurs cicatrices postopératoires, que plusieurs participants avaient conservées sur leur téléphone. Ce type de partage n'a pas eu lieu lors des entretiens en visioconférence.

⁴⁹² Milon, Catherine, « Ce(lles) que la visioconférence rend visible(s) », *Socio-anthropologie*, 45, 2022.

2.1.1. Recrutement de l'échantillon de professionnels de la santé en milieu bariatrique

Pour le recrutement des participants, les méthodes de recrutement employées ont varié en fonction des deux échantillons à constituer. Pour constituer mon échantillon de professionnels de la santé travaillant dans le milieu bariatrique, j'ai contacté des chirurgiens, chercheurs et autres spécialistes dans le suivi pré et postopératoire des patientes bariatriques Québécoises (nutritionnistes, psychologues, etc.) directement par courriel ou en passant par leur établissement de santé avec une demande formelle d'entrevue. J'ai ainsi obtenu des entrevues avec 7 chirurgiens bariatriques, un chercheur éminent dans le domaine de la recherche en chirurgie bariatrique et métabolique et 2 nutritionnistes cliniciennes en chirurgie bariatrique (le tableau 1 fournir des informations sur mon échantillon de professionnels œuvrant dans le domaine bariatrique). En ce qui concerne la taille réduite de mon échantillon de professionnels de santé, celle-ci a été dictée par des raisons pragmatiques, notamment par la disponibilité de nouveaux répondants au cours de la période pendant laquelle les entretiens ont été menés. Étant donné l'attention analytique approfondie accordée à chaque entretien, la taille de cet échantillon a néanmoins été jugée appropriée.

Tableau 1. Caractéristiques générales des professionnels interrogés

Nom	Spécialité	Genre	Public/privé
Chercheur	Obésité et chirurgie métabolique	H	Public (IUCPQ)
Chirurgienne 1	Bariatrique	F	Public (IUCPQ)
Chirurgien 2	Bariatrique	H	Public (IUCPQ)
Chirurgien 3	Bariatrique	H	Public et privé (Sacré Cœur et RocklandMD)
Chirurgien 4	Bariatrique	H	Public (IUCPQ)

Chirurgien 5	Bariatrique	H	Public et privé (Sacré Cœur et RocklandMD)
Chirurgien 6	Bariatrique	H	Privé (Clinique Michel Gagner)
Chirurgien 7	Bariatrique	H	Public (Sacré Cœur)
Nutritionniste 1	Chirurgie bariatrique	F	Privé (Nutri Sans Chichi)
Nutritionniste 2	Chirurgie bariatrique	F	Privé (Nutrition Santé)

2.1.2. Recrutement et spécificités de l'échantillon de patientes bariatriques

Afin de recruter des répondants québécois opérés ou en attente d'une chirurgie bariatrique, j'ai opté pour une approche proactive en lançant des appels à participation sur divers forums de discussion en ligne, principalement des groupes Facebook francophones localisés au Québec (« Chirurgie bariatrique : bien nourrir son bébé estomac », « Chirurgie bariatrique : Je ME suis choisie et vous », « Chirurgie bariatrique du Québec », « Chirurgie bariatrique de l'hôpital général de Montréal » etc.). Ces groupes virtuels représentent des espaces de socialité et d'affiliation sociale importants au sein desquels des patientes situées à divers stades dans leur parcours chirurgical peuvent partager leurs inquiétudes, discuter des défis associés au fait de subir une chirurgie et obtenir du soutien et des conseils.

Cette stratégie m'a permis de gagner du temps par rapport à un processus de recrutement en contexte hospitalier, tout en évitant d'ajouter une charge de travail supplémentaire aux cliniciens auxquels j'aurais dû demander de me référer à des patients, surtout en période de pandémie. Cependant, le recrutement de participants à partir de groupes de patients en ligne a des implications importantes pour le dispositif d'enquête élaboré. En effet, mon échantillon exclut d'emblée les personnes qui ne fréquentent pas (ou ne fréquentent plus) les groupes de patients en ligne, en raison

d'un accès ou d'une littéracie numériques moins importants⁴⁹³, ou encore d'un rapport social et culturel au corps et à la santé ne les prédisposant pas à rechercher ou à vouloir partager des informations sur la chirurgie sur des forums de discussion. Par conséquent, cette étude pourrait surreprésenter certains patients particulièrement actifs dans la recherche et le partage d'informations et de conseils de santé en ligne, ce qui peut fausser notre compréhension des valeurs et représentations qui influencent les pratiques de santé de l'ensemble des patients bariatriques québécois. Bien que ce dispositif d'enquête puisse présenter des limites en termes de représentativité, le fait d'aborder et d'interroger les patients en dehors d'un cadre médical m'a toutefois permis de sélectionner des participants sans avoir à me référer à un diagnostic médical préalable. Cela a ainsi permis de laisser ouverte la question du sens que les patients donnent eux-mêmes à leur condition corporelle et à leur décision de recourir à une chirurgie. Je crois en effet que le fait que les entretiens aient été proposés sur les groupes de discussion en ligne, sans résonance clinique directe⁴⁹⁴, a encouragé les participantes à aborder des aspects qu'il aurait été plus difficile d'articuler dans une entrevue convenue sur la base d'un diagnostic médical et de la référence d'un professionnel de la santé, comme certaines motivations non-médicales à se faire opérer, la souffrance sociale vécue, la peur associée à la chirurgie, ou encore les frustrations et déceptions liées aux institutions cliniques et à la chirurgie.

Les groupes de soutien en ligne de patients bariatriques étant généralement privés, j'ai demandé l'autorisation aux administratrices d'y adhérer afin de pouvoir suivre les fils de discussions et y poster une annonce de recrutement, ce qui a généralement été accepté, avec l'exception d'un groupe non-mixte (« Bariatric Chicks ») réservé aux femmes opérées ou en attente d'opération qui a refusé ma demande. Ayant commencé ce projet de recherche avec l'intention de travailler sur le tourisme médical bariatrique, les premières annonces que j'ai posté sur ces groupes ciblaient principalement (mais pas exclusivement) des patientes Québécoises parties se faire opérer à l'étranger. Cela explique la forte proportion des participantes opérées au Mexique (8/35), qui n'est pas nécessairement représentative sur le plan statistique de la population bariatrique Québécoise. Je dois aussi mentionner que les dernières annonces postées sur ces groupes ciblaient plus spécifiquement les patientes expérimentant une reprise de poids à la suite de leur chirurgie vécue comme un « échec » (la signification du terme

⁴⁹³ On sait que celle-ci est influencée par divers facteurs socio-économiques, démographiques et culturels, tels que le niveau d'éducation, le statut socio-économique, l'âge ou encore le lieu de résidence des personnes, qui peuvent créer des inégalités d'accès et de compétences numériques.

⁴⁹⁴ J'indiquais par ailleurs être une étudiante en sociologie intéressée par *l'expériences de vie* de personnes ayant décidé d'avoir recours à une chirurgie bariatrique, et non simplement par leur expérience clinique en tant que patientes ou leur expérience des effets de la chirurgie bariatrique.

laissée intentionnellement ouverte). Ce choix découle du constat, établi par plusieurs de mes informateurs, que la reprise du poids constitue une expérience très fréquente au-delà des deux premières années post-chirurgie (désignée comme la période de « lune de miel » dans le milieu bariatrique), mais peu dicible au sein de la communauté bariatrique, généralement organisée autour de la perte de poids et du succès de la chirurgie. Afin de donner le panorama le plus complet possible des parcours de chirurgie des patientes, il m’a donc semblé nécessaire de m’adresser directement aux patientes se considérant en « échec », peu susceptibles de partager leurs expériences de reprise de poids sur les groupes de discussion ou de répondre à mes annonces initiales. Ce principe de diversification a aussi été appliqué afin d’inclure à ma recherche des hommes, moins présents et moins actifs sur les groupes de discussion. J’ai pour cela identifié des hommes très impliqués dans la communauté bariatrique (détenteurs de pages « motivationnelles » sur Facebook par exemple) ou encore publiquement engagés dans la sensibilisation aux réalités entourant la chirurgie bariatrique et les ai contactés directement par message privé ou courriel en leur demandant une entrevue. Finalement, la taille de mon échantillon de patientes n’a pas été déterminée avant de commencer la collecte des données. Le recueil de 35 témoignages de patientes bariatriques a été arrêté sur la base d’un critère de saturation ou de redondance informationnelle, selon lequel aucune nouvelle information relative aux questions de recherche n’est sollicitée lors de nouveaux entretiens⁴⁹⁵.

Tableau 2. Caractéristiques démographiques des patientes bariatriques interrogées

Nom	Pré/post chirurgie	Type de chirurgie	Genre	Âge	Privé/public	Emploi	Milieu social d’origine
Michelle	En attente	Sleeve	F	49	Public	2 emplois. Employée à la commission scolaire et adjointe de direction	Classe moyenne inférieure

⁴⁹⁵ Saunders, Benjamin, et al. « Saturation in qualitative research: exploring its conceptualizations and operationalization », *Quality & Quantity*, 2018, vol. 52, n°4. En ligne: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5993836/>

Mireille	3 ans post-op.	Bypass	F	43	Public	Bouchère	Classe ouvrière
Émilie	2 jours post-op.	Sleeve	F	23	Public	Esthéticienne	Classe ouvrière
Simone	En attente	Sleeve	F	36	Public	Ingénieure en aéronautique	Classe supérieure
Jacqueline	6 ans post-op.	Sleeve. Bypass prévu en mars 2022 (décédée de complications)	F	58	Public	Retraitée	Classe moyenne inférieure
Nadia	9 ans post-op. (sleeve) et 5 ans post-op. (bypass)	Sleeve et bypass	F	56	Public	Auparavant agente administrative dans un centre de prélèvements sanguins. A perdu son travail en raison de complications postopératoires.	Classe moyenne inférieure

Bernadette	3 ans post-op.	Bypass	F	51	Public	Propriétaire d'une résidence pour personnes âgées	Classe moyenne supérieure
Anne-Sophie	9ans (anneau) et 4 ans (sleeve) post-op.	Anneau gastrique et sleeve	F	40	Public	Infirmière clinicienne	Classe moyenne supérieure
Amélie	1 an post-op.	Bypass	F	42	Public	Responsable administrative dans une université	Classe moyenne supérieure
Hélène	2 ans post-op	Sleeve	F	43	Public	Infirmière	Classe moyenne
Olivier	4 ans post-op	Sleeve	H	35	Public	Journaliste et chroniqueur	Classe moyenne inférieure
Martine	3 ans post-op	Bypass	F	43	Public	Secrétaire	Classe moyenne
Laurence	1 an post-op	Sleeve	F	45	Public	Travailleuse dans une usine	Classe ouvrière
Rebecca	23 ans post-op	Bypass	F	53	Public	X	X
Caroline	2 ans post-op	Sleeve	F	38	Public	Agente commerciale	Classe moyenne élevée

Ophélie	1 an et demi post- op	Sleeve	F	34	Public	Conseillère en voyage	Classe moyenne
Vanessa	3 ans post- op	Sleeve	F	39	Public	Ressources humaines	Classe moyenne
Sandrine	3 ans post- op	Bypass	F	33		Enseignante au secondaire	Classe moyenne
Sébastien	3 ans post- op	Sleeve	H	57	Public	Policier et instructeur de plongée sous-marine	Classe moyenne
Stéphanie	7 ans post- op	Sleeve	F	40	Public	Ressources humaines	Classe moyenne
Karine	7 ans post- op	Sleeve	F	46	Public	Mécanicienn e de camion	Classe ouvrière
Anaïs	7 ans post- op	Bypass	F	45	Public	Travailleuse sociale	Classe ouvrière
Jimmy	3 ans post- op	Sleeve	H	36	Privé	Ingénieur	Classe supérieure
Mathilde	7 ans (sleeve) et 2 ans (bypass) post-op	Sleeve et bypass	F	38	Privé (sleeve) et public (bypass)	Responsable de dossier dans bureau de comptable	Classe moyenne
Évelyne	4 ans post- op	Bypass	F	56	Privé	Conductrice d'autobus	Classe moyenne inférieure
Francine	1 an post- op	Sleeve	F	42	Mexiqu e	Camionneus e	Classe ouvrière

Marie	2 ans post-op	Sleeve	F	36	Mexique	Aide-soignante	Classe moyenne inférieure
Clémence	9 jours post-op	Sleeve	F	42	Mexique	Designer web à la pige	Classe moyenne inférieure
Lucie	6 ans post-op	Sleeve	F	33	Public – chirurgie reconstructive en Tunisie	Éducatrice spécialisée.	Classe moyenne
Lysiane	En attente	Sleeve	F	38	Public	Doctorante en sciences infirmières	Classe moyenne supérieure
Laurent	2 ans post-op	Sleeve	H	46	Mexique	Gestionnaire de projet dans le domaine de l'aéronautique	Classe supérieure
Monique	2 ans post-op	Sleeve	F	58	Mexique	Retraitée	Classe moyenne inférieure
Cassandre	1 an post-op	Sleeve	F	34	Mexique	Fonctionnaire pour Services Canada	Classe moyenne
Lauriane	2 ans post-op	Sleeve	F	32	Mexique	Infirmière	Classe moyenne

Cynthia	2 ans post-op	Sleeve	F	36	Mexique	Agente pour Bell Canada	Classe moyenne inférieure
---------	---------------	--------	---	----	---------	-------------------------	---------------------------

Les 35 répondantes interrogées étaient à différents stades de leur trajectoire bariatrique au moment de l'entretien (le tableau 2 fournit des informations sur les participantes au moment de l'entrevue). Sur les 35 patientes bariatriques que j'ai interrogées, 33 étaient déjà opérées et 2 étaient en attente d'une chirurgie bariatrique. Pour les opérées, le temps écoulé entre leur opération et la date de l'entrevue allait de 2 jours à 21 ans. 24 patientes ont été opérées (ou attendaient une chirurgie) au public, 3 au privé, et 8 à l'étranger (au Mexique). L'échantillon était dominé par des femmes (31) avec seulement 4 hommes, les femmes représentant ainsi 89% des participants interrogés. L'âge des personnes interrogées au moment de leur opération variait de 23 ans à 57 ans, avec une moyenne d'âge de 38 ans⁴⁹⁶. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 30-39 ans. Déterminer le milieu social de mes participantes représente un défi de taille, étant donné que j'ai choisi d'éviter directement les questions sur leurs revenus ou leur niveau de vie. Au lieu de cela, je les ai simplement encouragés à se présenter comme elles le souhaitaient, en décrivant, entre autres, leurs activités professionnelles. En examinant divers indices concernant leur origine sociale ou leur domaine d'activité professionnelle ou, j'ai tenté de dresser une estimation approximative du milieu social d'où elles proviennent. Parmi les participantes, 44.1% semblent appartenir à la classe ouvrière et à la classe moyenne inférieure (15 participantes), 32.3% à la classe moyenne (11 participantes), tandis que 23.5% semblent provenir de la classe moyenne supérieure et de la classe supérieure (8 participantes). Ces proportions, bien qu'estimatives, fournissent un éclairage sur la répartition socio-économique au sein de l'échantillon étudié et suggèrent une prédominance de patients issus des classes populaires qu'aux classes élevées.

2.2. La construction de mes grilles d'entrevues

Je vais maintenant revenir sur la méthodologie que j'ai adoptée pour construire mes grilles d'entrevue. Pour les cliniciens bariatrique, ma démarche a commencé par une revue exhaustive de la littérature scientifique et professionnelle concernant leurs points de vue sur l'obésité et l'évolution de leur pratique, ainsi que des interventions de chirurgiens québécois dans les médias populaires, dont on

⁴⁹⁶ Dans les cas où les participants étaient encore en attente d'une chirurgie bariatrique au moment de l'entrevue, c'est leur âge au moment de l'entrevue qui a été enregistré.

peut retrouver la trace dans le chapitre 3. Cela m'a permis de cerner au préalable certains thèmes et concepts clés structurant leur pratique. J'ai ensuite élaboré une grille d'entretien initiale en identifiant les sujets pertinents tels que les critères de sélection des patientes, les approches chirurgicales favorisées, les motivations professionnelles et les considérations éthiques associées à la pratique. De façon similaire, pour les patientes bariatriques, je me suis appuyée sur une recherche approfondie me permettant de saisir différentes dimensions de leur vécu. Afin de comprendre les motivations, leurs expériences de l'obésité, leur perception de la chirurgie et leur adaptation postopératoire, j'ai priorisé des enquêtes qualitatives approfondies portant sur l'expérience des patientes bariatriques et incluant des témoignages et des récits de vie. En me basant sur ces données ethnographiques, j'ai développé une première grille d'entretien, en me concentrant sur des sujets tels que les motivations profondes à subir l'opération, les changements physiologiques et relationnels vécus, les impacts de l'opération sur la qualité de vie, et leurs relations avec les cliniciens et le système de santé.

Bien que ma recherche se concentre sur l'exploration des discours émanant de ces deux groupes distincts, soit les « cliniciens » et les patientes ayant subi une opération de perte de poids, j'ai dû adapter ces grilles d'entretien initiales à cinq sous-groupes interrogés: le chercheur en chirurgie métabolique, les chirurgiens bariatrique, les nutritionnistes, les patientes opérées au Québec et les patientes opérées à l'étranger. Voici donc, pour chaque sous-groupe et grille d'entretien constitué, les axes abordés lors des entrevues.

2.1.1. Les grilles d'entrevues destinées aux chercheurs et cliniciens bariatriques

Grille 1 (chercheuse)

Axe 1 : Les recherches actuelles sur l'obésité, la chirurgie et le métabolisme

Axe 2 : L'histoire et l'acceptabilité de la chirurgie bariatrique dans le milieu médical

Axe 3 : L'obésité et le recours croissant à la chirurgie au Canada et au Québec

Axe 4 : Le tourisme médical et les enjeux médicaux qui se rattachent à la clinique privée

Grille 2 (chirurgiens)

Axe 1: La pratique de chirurgien dans le centre d'affiliation

Axe 2 : L'obésité et le recours croissant à la chirurgie au Canada et au Québec

Axe 3 : L'évolution des techniques bariatriques et le choix de la procédure la plus adaptée

Axe 4 : Les conséquences de la chirurgie sur la vie des patientes

Axe 5. Le tourisme médical et les enjeux médicaux qui se rattachent à la pratique privée

Grille 3 (nutritionnistes)

Axe 1 : Les besoins des patientes bariatriques en termes de suivi nutritionnel

Axe 2 : Les difficultés d'adaptation rencontrées par les patientes

Axe 3 : Les limites actuelles du suivi offert au public

Axe 4. Le tourisme médical et les enjeux qui se rattachent à la pratique privée

2.1.2. Les grilles d'entrevues destinées aux patientes bariatriques

Grille 4 : (patientes opérées au Québec)

Axe 1: Histoire de poids et motivations personnelles et relationnelles à se faire opérer

Axe 2 : Expérience au sein du système de santé et processus de recherche d'informations sur la chirurgie

Axe 3 : Expérience des soins reçus dans la clinique

Axe 4 : Réalité quotidienne postopératoire (améliorations, difficultés, adaptation)

Grille 5 : (patientes opérées à l'étranger)

Axe 1 : Histoire de poids et motivations personnelles et relationnelles à se faire opérer à l'étranger

Axe 2 : Expérience du système canadien de santé

Axe 3 : Processus de recherche d'informations et organisation du voyage

Axe 3 : Expérience des soins reçus dans le pays destinataire

Axe 4 : Réalité quotidienne postopératoire (améliorations, difficultés, adaptation)

2.3. La place des émotions dans la relation intersubjective entre la chercheuse et les enquêtés

Même si j'ai veillé à aborder tous les aspects prévus dans ces grilles dans mes entrevues, la durée consacrée à chacun des axes présentés ci-dessus a donc fluctué en fonction des personnes interrogées. Puisque l'un des objectifs de cette enquête de terrain était d'analyser le rôle des affects dans la constitution des subjectivités, des normes et des formes de socialité entourant la chirurgie bariatrique, j'ai priorisé l'approfondissement des sujets que les participants semblaient eux-mêmes juger controversés ou sensibles, qui paraissaient particulièrement les animer, les faire réagir ou les

émouvoir. Par ailleurs, j'ai choisi de m'appuyer sur mon bagage d'informations, d'émotions et d'opinions sur le phénomène. Plutôt que d'adopter une posture distanciée simulant la mise en suspens ou l'absence de tout jugement de valeur sur l'objet d'étude, j'ai parfois délibérément choisi d'adopter lors de mes entrevues une posture plus réactive et engagée, laissant place aux émotions et aux valeurs. J'ai donc formulé des questions aux chirurgiens abordant directement des aspects controversés tels que les interventions chirurgicales sur les adolescents, la sphère privée, le phénomène du tourisme médical et la logique techniciste sous-jacente au développement de la pratique bariatrique. De manière similaire, dans mes interactions avec les patientes, je n'ai pas adopté un registre strictement contemplatif, mais plutôt un registre herméneutique (interprétatif). Plutôt que de faire preuve de la retenue émotionnelle valorisée par les tenants d'une sociologie de type positiviste⁴⁹⁷, je me suis souvent autorisée à faire part aux participants des émotions, des associations et des résonances que suscitait le partage de leurs récits de vie. J'ai par exemple souvent mobilisé les témoignages d'autres participants pour insister sur le caractère partagé de leur vécu émotionnel et sur la légitimité de leur interprétation de certaines situations stigmatisantes et de leur ressenti. J'ai également parfois fait référence à des articles scientifiques, à des articles de presse, à des essais féministes ou à des podcasts traitant de la stigmatisation liée au poids pour dévoiler à mes participants le fait que, même si je ne partageais pas phénoménologiquement leur expérience (en tant que personne mince n'ayant jamais eu de surpoids), je possédais un cadre de référence interne me permettant de situer celle-ci socialement et de la comprendre. Cette posture m'a ainsi permis de recueillir des témoignages riches en émotions, tant de la part des cliniciens, qui pouvaient réagir vigoureusement à des sujets sensibles, que des patientes, à qui j'ai essayé d'offrir la liberté de partager des éléments intimes de leur vie. Dès le départ, j'ai donc considéré mes participants comme des individus émotionnellement investis, avec des sujets qui leur tenaient à cœur, ainsi que des intérêts et des convictions qu'ils souhaitaient défendre. Cette démarche herméneutique a favorisé une compréhension profonde des expériences et des discours de mes participants, tout en reconnaissant l'influence de ma propre expérience sociale et de mes émotions dans la relation d'enquête et le processus de construction des données sociologiques.

2.4. L'analyse de contenu sémantique en sociologie et le discours comme forme localisée de connaissance

⁴⁹⁷ Pascal Fugier, « Neutralité axiologique », dans *Dictionnaire de sociologie clinique*, 2019. p. 427-430.

L'analyse de discours est une méthode visant à mettre en évidence les significations présentes dans les discours. En sociologie, cette méthode permet de dégager les relations sociales exprimées dans les discours oraux, textuels ou visuels, en analysant la façon dont le sens y est produit. Parmi les diverses stratégies d'analyse de contenu, j'ai choisi de retenir la stratégie d'analyse sémantique, telle que développée par la sociologie de la connaissance initiée par Fernand Dumont⁴⁹⁸ et approfondie par Gilles Houles⁴⁹⁹. À la différence des méthodes d'analyse de contenu qui recherchent la signification sociale des discours dans les informations ou unités linguistiques qu'ils contiennent, l'analyse sémantique s'intéresse aux règles implicites de construction du discours en tant que modélisation particulière de l'expérience sociale⁵⁰⁰. Dans cette perspective, la connaissance du sujet humain prend forme dans le langage pour permettre aux individus de s'intégrer dans les activités sociales. D'ordre essentiellement pratique, elle est donc limitée et relative aux expériences et aux groupes sociaux. Elle constitue une première mise en forme du sens commun, résultant d'un usage social spécifique du langage, qui est lui-même localisé dans l'espace social. C'est pourquoi cette approche d'analyse du discours accorde une importance fondamentale à la relation de communication établie au moment de l'acte de construction du discours. Le sociologue doit tenir compte du fait que le discours renvoie à une orientation concrète de la pratique, qu'il est produit par des locuteurs spécifiques s'adressant à des destinataires spécifiques dans une visée spécifique.

Dans mon étude, je m'intéresse à trois formes discursives et manières de mettre en forme mon objet de recherche: le discours expérientiel, le discours scientifique et le discours médical. Le discours expérientiel est généralement mobilisé par les patientes, qui puisent dans leurs expériences passées et leurs attentes vis-à-vis du futur pour expliquer leurs motivations à recourir à la chirurgie bariatrique. Alors que ce discours renvoie à une première mise en forme de l'expérience de l'obésité et de la chirurgie bariatrique, le discours scientifique et le discours médical constituent quant à eux des formes spécialisées de savoir, c'est-à-dire des formes secondaires de structuration du sens commun résultant d'apprentissages spécifiques du langage. Le discours scientifique est celui du chercheur en chirurgie et métabolisme et des cliniciens interrogés faisant appel à des notions scientifiques pour expliquer les causes et les conséquences de l'obésité, ainsi que les effets thérapeutiques de la chirurgie bariatrique. Le discours médical est celui de professionnels de la santé impliqué au jour le jour dans le traitement

⁴⁹⁸ Dumont, Fernand. « L'idéologie : un mode de connaissance », *Sociologie et sociétés*, vol. 11, no1, 1979, pp. 123-145.

⁴⁹⁹ Houle, Gilles. « L'idéologie : un mode de connaissance », *Critique sociale et création culturelle*, vol. 11, no1, 1979, p. 124;

⁵⁰⁰ Houle, Gilles. « Le sens commun comme forme de connaissance: de l'analyse en sociologie », *Sociologie et sociétés*, vol. 19, no2, 1987

de la maladie-obésité. Bien qu'ancrée dans une appréhension scientifique de l'obésité et de la chirurgie, il la dépasse pour prendre en compte des dimensions constitutives de l'engagement des professionnels de la santé envers leurs patientes et envers la société. Il renvoie ainsi à des valeurs éthiques et à des affects concernant la responsabilité professionnelle du clinicien, la perception de menaces externes à de bonnes pratiques (ex : la logique consumériste, la dévaluation de l'idéologie professionnelle par certains professionnels, l'écueil du sous-financement, etc.) et les difficultés pratiques liées au fait de travailler avec la patientèle bariatrique.

Ayant localisé mon matériau au sein des relations sociales dont il est le reflet, je vais maintenant décrire comment j'ai opérationnalisé mon objet de recherche en vue de l'adapter à mon corpus d'analyse. Ce sera également l'occasion de montrer en quoi mon cadre analytique forme une grille empirique pertinente pour l'analyse du phénomène étudié.

2.5. La mise en relation de l'objet de recherche et du matériau : la constitution d'une grille d'analyse pratique

Après avoir retranscrit mes entrevues, j'ai ensuite entrepris une lecture attentive afin de dégager un premier codage ouvert, un processus par lequel « le chercheur découvre, nomme, définit et développe autant d'idées et de concepts que possible sans se soucier de la manière dont ils seront finalement utilisés »⁵⁰¹. Les segments de texte ont été identifiés et étiquetés avec des mots ou des phrases qui ont servi de thèmes initiaux. La première série de codage ouvert a été effectuée à la main, puis les thèmes initiaux ont été téléchargés dans la plate-forme du logiciel d'analyse qualitative Atlas-ti. Ces thèmes initiaux ont ensuite été affinés et itérés, créant plusieurs catégories thématiques avec des sous-catégories imbriquées. Après plusieurs cycles de codage itératif, les principaux domaines thématiques ont été identifiés et les codes ouverts ont été consolidés. Parmi ces grands domaines, on retrouve par exemple : la responsabilité individuelle, le rôle de la technologie dans la perte de poids, l'autorité médicale, la communauté bariatrique, la stigmatisation liée au poids, l'esthétique et l'image corporelle, la qualité de vie, etc. En accord avec les principes de l'analyse qualitative, ces domaines ont été sélectionnés non pas en fonction du nombre de transcriptions dans lesquelles elles apparaissent, mais en fonction de leur relation avec mes questionnements de recherche et de leur importance théorique.

⁵⁰¹ Benasquito, Lucia et Earl Babbie, *Fundamentals of social research*. Toronto: Éditions Nelson, 2010.

Par la suite, j'ai entrepris une analyse plus approfondie de mes entretiens en mettant spécifiquement l'accent sur les émotions, en particulier les *attentes*. Les attentes ont ainsi constitué un filtre transversal à travers lequel j'ai examiné les significations profanes et scientifiques de l'obésité et de la chirurgie en présence au sein de la clinique bariatrique, ainsi que leurs éventuelles contradictions. Mon approche pour aborder les *attentes* a été adaptée en fonction du type de connaissances (qu'elles soient scientifiques, médicales ou relevant du sens commun) orientant la pratique de mes participants. Les patientes avaient tendance à exprimer librement leurs attentes subjectives vis-à-vis de la chirurgie au cours des entretiens, liant celles-ci à d'autres émotions comme la honte, la peur, l'incertitude, etc. En revanche, il était plus difficile d'obtenir des témoignages émotionnels explicites de la part du chercheur et des cliniciens interrogés. En effet, les chercheurs et les cliniciens structurent leur travail autour de notions scientifiques et de critères médicaux tels que l'IMC ou la présence de comorbidités, ce qui donne une apparence dénuée d'émotions à leur compréhension de l'obésité et de l'efficacité de la chirurgie bariatrique ou à leurs décisions cliniques. Cependant le chercheur et les cliniciens associaient directement le développement de la chirurgie bariatrique à des promesses biomédicales, autant dans une perspective de lutte contre l'épidémie d'obésité et d'amélioration de la santé populationnelle, que sur le plan de la qualité de vie des individus opérés. Par ailleurs, les cliniciens évoquaient fréquemment les émotions « négatives » de leurs patientes (leur souffrance, les attentes démesurées, leur désespoir, leur honte, etc.) et les stratégies mises en œuvre pour gérer ces émotions au sein de la clinique bariatrique (comme l'écoute empathique ou la gestion des attentes irréalistes). C'est pourquoi j'ai rapidement décidé de porter attention à la manière dont les cliniciens disaient *agir* sur les émotions de leurs patientes, dans le but notamment de prévenir les reprises de poids. Cela m'a permis de rester attentive tant aux pratiques discursives de « neutralisation » des émotions utilisées par les cliniciens pour présenter leur prise de décision clinique comme un processus objectif, qu'aux pratiques de « recalibrage » des émotions mobilisées pour supporter l'adhésion des patientes à leurs propres anticipations cliniques. C'est ainsi que j'en suis venue à organiser mon matériau en fonction de trois axes d'analyse empiriques:

1. Les promesses biomédicales associées à la chirurgie, en termes d'amélioration de la santé populationnelle et de la qualité de vie individuelle;
2. Les attentes subjectives des patientes vis-à-vis de la chirurgie, en relation à l'expérience vécue de l'obésité et aux émotions qui s'y rattachent, et
3. Les pratiques de recalibrage des attentes mises en œuvre par les cliniciens pour prévenir les reprises de poids.

Au cours des cinq chapitres d'analyse suivants, je propose donc d'analyser empiriquement les promesses, attentes et anticipations associées à la chirurgie dans les discours des membres des équipes médicales et ceux des patientes. Il s'agira de mettre en lumière les tensions et les dilemmes éthico-pratiques qui surviennent lorsque différentes perspectives sur l'obésité, la qualité de vie, les soins de santé et du rôle de la patiente se croisent et évoluent en relation aux attentes liées à la chirurgie et à ses impacts concrets sur le corps et le quotidien des patientes.

Chapitre 5

De l'expérience de l'obésité comme « handicap » à la chirurgie bariatrique

Les questions posées à mes participantes les ont amenées à mettre en récit leur histoire pondérale et les raisons de leur prise de poids, et à revenir rétroactivement sur les difficultés liées à leur corpulence, sur les motivations profondes qui les ont conduites à vouloir se faire opérer et sur leurs attentes vis-à-vis de la chirurgie. Si les participantes évoquent des raisons très variées pour expliquer leur prise pondérale, elles se rejoignent généralement pour définir leur prise de poids comme un symptôme d'un ou plusieurs autres problèmes de santé préexistants, plutôt que comme une maladie en soi. Elles tendent aussi à la décrire comme quelque chose de progressif, qui se serait installé petit à petit au rythme de la vie quotidienne, jusqu'à d'atteindre un point fatidique de non-retour où le corps aurait définitivement échappé à leur contrôle. Alors que les risques de santé avérés ou anticipés liés à l'obésité sont souvent utilisés pour expliquer et rationaliser le recours à la chirurgie, les participantes accordent généralement plus d'importance aux problèmes reliés à la mobilité et aux expériences négatives qu'elles associent à leur poids, telles que l'exclusion et la stigmatisation. Cette dimension profondément sociale et relationnelle de l'obésité se traduit dans leur discours par un sentiment d'inadéquation aux normes et attentes sociétales qui renforce leurs sentiments de frustration, d'impuissance et de honte vis-à-vis du fait d'être incapables de maigrir malgré les efforts investis. Elle engage ainsi un véritable « travail émotionnel »⁵⁰² de la part des patientes, qui s'engagent dans des stratégies quotidiennes de compensation visant à faire oublier leur poids. À l'origine d'un sentiment d'usure ou d'épuisement psychique, ce travail émotionnel peut amener les patientes à se sentir piégées dans leur propre corps. En conséquence, la chirurgie est appréhendée comme une possible délivrance, un moyen de se libérer d'une enveloppe corporelle vécue comme une contrainte en soi pour permettre à l'individu « piégé à l'intérieur » de trouver le bonheur et l'épanouissement.

⁵⁰² Les termes de « travail émotionnel » ou de « travail affectif » ont été inventés par Arlie Hochschild pour décrire « le travail qui est nécessaire pour susciter ou réprimer des émotions afin de maintenir l'apparence extérieure générant l'état d'esprit souhaité par les autres », dans Hochschild, Arlie, *The Managed heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley: University of California Press, 1983, p. 7.

I. Un corps qui résiste au contrôle

1.1. Les récits personnels de la prise pondérale : des causes multiples et cumulatives

Tout au long des entretiens, les participantes ont spontanément articulé leur prise de décision concernant l'opération bariatrique avec un récit rétrospectif de leur prise de poids. L'analyse de leur discours permet ainsi de dégager des explications variées pouvant être divisées en cinq grands ensembles : 1. une histoire familiale d'obésité; 2. des problèmes de santé ou un dysfonctionnement du corps; 3. des difficultés d'ordre psychologique; 4. le contrecoup de restrictions alimentaires visant à atteindre un idéal corporel; 5. une transmission sociale par le biais des habitudes alimentaires familiales; 5. des conditions matérielles de vie ne facilitant pas une alimentation saine. Bien que les causes invoquées diffèrent en fonction des récits, plusieurs régimes explicatifs peuvent souvent cohabiter dans le récit d'une même personne. Ainsi, on verra que l'obésité est souvent perçue par les patientes comme le symptôme d'un problème de santé sous-jacent, plutôt que la cause première ou comme une maladie ou un facteur de risque indépendant. Elle peut résulter d'une variété de problèmes de santé chroniques affectant le fonctionnement normal du corps ou de troubles psychologiques qui contribuent à la prise de poids. Dans ce régime explicatif soulignant la complexité de l'obésité, celle-ci peut toutefois parfois constituer un facteur aggravant, contribuant à détériorer davantage l'état de santé général des patientes.

1.1.1. *Une hérédité familiale : le poids de la génétique*

Nombreuses sont les participantes qui évoquent une histoire familiale d'obésité pour expliquer leur propre surcharge pondérale, déclarant avoir toujours été plus large ou avoir commencé à avoir des problèmes de poids dès la tendre enfance. Cela revient à déclarer : « j'ai un problème de surpoids depuis le primaire » (Anaïs, 45, 7 ans post-op, public), « toutes les femmes de ma famille ont un problème de poids » (Simone, 36, en attente, public) ou « y'a un terrain dans la famille » (Simone, 36, en attente, public). Cette « fatalité » familiale est parfois justifiée par les participantes en recourant directement à l'idée d'une prédisposition génétique à l'obésité : « Est-ce que c'est génétique? Je sais pas, mais du côté de mon père tout le monde est en surpoids » (Anaïs, 45, 7 ans post-op, public); « C'est sûr qu'il y'a quelque chose de génétique dans l'obésité. [...] C'est impossible que du grand-père jusqu'aux petits enfants, tout le monde dans ma famille ait des problèmes de poids » (Sandrine, 33, 3 ans post-op, public). Pour certaines participantes, cela constitue la seule façon d'expliquer leur prise

de poids, dans la mesure où elles ne mangeaient pas de grosses quantités de nourriture. Elles semblent ainsi faire de l'idée d'une possible transmission génétique un argument permettant de contrecarrer de manière anticipatoire l'idée communément acceptée que le surpoids serait le résultat d'une surconsommation alimentaire dont la personne serait elle-même responsable : « C'était probablement plus génétique qu'autre chose parce que moi je mangeais pas gros » (Francine, 42, 1 an post-op).

1.1.2. Un dysfonctionnement ou un dérèglement hormonal du corps acquis plus tard dans la vie

Un autre régime explicatif important est la présence d'un dysfonctionnement ou dérèglement du corps rendant la personne vulnérable à une prise de poids. Hélène évoque par exemple des causes hormonales en expliquant que « ce sont les antipsychotiques qui m'ont fait prendre une immense partie de mon poids », après avoir « déjà pris du poids avec les grossesses, puis avec un stérilet Mirena » (Hélène, 43, 2 ans post-op, public). Pour Ophélie, c'est un cancer des ovaires qui lui a fait prendre subitement du poids : « Au début de la vingtaine, y'a une année où j'ai pris grosso modo un 120 livres d'un trait. J'étais très malade, j'avais des cancers des ovaires donc ça n'arrêtait pas de tourner en rond » (Ophélie, 34, 1 an ½ post-op, public). Nadia explique quant à elle qu'elle a commencé à prendre du poids un peu avant 40 ans, au moment où elle a s'est mise à faire de la fibromyalgie et a commencé à être médicamentée pour ses douleurs et sa fatigue chronique:

« Ma prise de poids a commencé à 38 ans quand j'ai commencé à faire de la fibromyalgie. Même si je faisais une diète sans tricher, je pouvais prendre du poids...Comme un médecin m'expliquait, quand je suis nerveuse, moi je prends du poids. Je secrète plus de choses pour faire du diabète. Et mes médicaments aussi me font prendre du poids » (Nadia, 51, 9 ans post-op sleeve, 5 ans post-op bypass, public).

D'autres participantes vont évoquer des problèmes de thyroïdes ou encore une blessure qui aurait diminué leur mobilité et leurs possibilités d'activités physiques.

Parmi ces causes, les grossesses constituent une justification très courante de la prise de poids par les participantes interrogées. C'est le cas de Stéphanie, ancienne championne canadienne du lancer du disque, qui a dû tout arrêter en raison d'une tumeur à un ovaire, avant de tomber enceinte et de gagner beaucoup de poids :

« Dans ma jeunesse j'étais championne canadienne de lancer du disque donc je m'entraînais énormément. Mais j'ai eu une tumeur à un ovaire fait que j'ai tout arrêté. Puis après ça je suis tombée enceinte à 24 ans et j'ai grossi par la suite. Je me suis rendue à 407 livres suite à la grossesse » (Stéphanie, 60 ans, 23 ans post-op, public).

C'est aussi le cas de Francine, qui affirme n'avoir jamais réussi à perdre le poids emmagasiné entre ses trois grossesses consécutives :

« Avec les trois enfants que j'ai eu, j'en avais emmagasiné pas mal. J'en ai eu trois back a back donc j'ai pas eu le temps de reperdre la première, après ça j'ai pas eu le temps de reperdre la deuxième, ben là la troisième, je l'ai gardé aussi...J'ai réussi à en perdre mais jamais au complet » (Francine, 42, 1 an post-op, Mexique).

1.1.3. Des troubles psychiques et relationnels : la nourriture comme « automédication »

De nombreuses patientes vont par ailleurs expliquer leur prise pondérale comme la conséquence de difficultés d'ordre psychique ou relationnel ayant transformé la nourriture en un exutoire émotionnel. C'est le cas de Clémence, qui explique que face à l'ennui ou la douleur psychique, la nourriture a longtemps représenté pour elle un refuge, un plaisir réconfortant et incapable de la décevoir :

« L'obésité est souvent reliée à un traumatisme. La nourriture devient une échappatoire ou un réconfort. Tu t'ennuies, tu manges. Ça va pas bien, tu manges. Y'a plein de memes sur facebook où t'as jamais été déçue par une poutine [rires]...puis c'est vrai qu'on peut pas vivre une déception avec la nourriture » (Clémence, 42, 9 jours post-op, Mexique).

L'idée d'utiliser la nourriture comme une stratégie de résolution des tensions affectives (tristesse, solitude, ennui, anxiété, frustration, etc.) vécues au quotidien par les patientes est revenue à plusieurs reprises dans les entretiens :

« Ma mère m'a élevée toute seule parce que mon père est mort quand j'avais 5 mois. Je pense que ça a eu un impact sur ma tristesse. Avec la nourriture je comblais le vide que j'avais [...] La tristesse, le manque du père, ma mère était malade, elle travaillait le soir, elle se couchait tout le temps parce qu'elle avait trop de gros mal de tête. Puis moi je m'ennuyais, alors je mangeais » (Stéphanie, 60, 23 ans post-op).

« Je mangeais parce que j'étais malheureuse, puis j'étais heureuse parce que je mangeais...C'est un cercle vicieux » (Michelle, 49, en attente, public).

« J'ai pris beaucoup de poids quand j'ai arrêté de fumer. Le stress a fait que je me suis beaucoup garochée dans la nourriture. À chaque fois que je vivais du stress, je me récompensais avec la nourriture » (Évelyne, 56, 4 ans post-op, privé).

Ici, la prise pondérale est ainsi perçue comme le résultat de pratiques alimentaires détenant une fonction adaptative à des exigences sociales épuisantes (en termes d'autonomie, de performance, de productivité, de succès, de bonheur, etc.). À la suite de l'analyse de Mariana Valverde⁵⁰³, Lauren Berlant suggère que tout comme d'autres pratiques d'« automédication » (consommation d'alcool, de sexe, de télévision, de jeux vidéo, etc.), l'acte de manger offre une occasion « de se plonger dans le présent,

⁵⁰³ Dans son livre *Disease and drug: The Rationalization of Addiction* (1998), Valverde défend l'idée que la pratique de l'auto-administration de médicaments ou de substances psychoactives, plutôt qu'une pratique de toxicomanie, constitue une forme d'automédication visant à soulager des symptômes physiques ou émotionnels. Pour cette raison, la médicalisation de la toxicomanie aurait selon elle pour effet de stigmatiser les personnes ayant recours à ces pratiques et d'encourager des pratiques de consommation plus risquées.

remplissant les gens du plaisir des appétits engagés et leur permettant ainsi de se sentir plus résilients dans leur vie quotidienne »⁵⁰⁴. À propos de la nourriture comme automédication, Berlant écrit ainsi: « Je soutiens que manger offre une forme de repos au soi épuisé, une interruption de la volonté d'être bon, conscient et intentionnel qui est ressentie comme un soulagement »⁵⁰⁵. Dans le même sens, les patientes montrent que certaines conditions de vie et de travail favorisent les compulsions alimentaires, comme le fait d'avoir un travail intense et stressant, qui peut mener le sujet à vouloir compenser ses frustrations et son anxiété par la nourriture ou le fait de se consacrer au travail reproductif et à l'éducation des enfants, qui favorise l'ennui et la fatigue tout en rendant la nourriture facilement accessible:

« Mes frustrations, je travaille dessus. Le fait que je mets beaucoup de pression de performance au travail...dans des moments plus intenses, je mange plus de cochonneries. J'ai l'impression de vouloir combler mon stress, mon anxiété là-dedans » (Mathilde, 36, 7 ans post-op sleeve et 2 ans post-op bypass, public)

« Les 10 ans que j'ai passé à la maison avec les enfants, ça a fait en sorte que la nourriture était facile, alors je m'ennuyais et je compulsais » (Vanessa, 38, 3 ans post-op, public).

1.1.4. *Culture des diètes et de la minceur et compulsions alimentaires*

D'autres participantes interprètent plus directement leur prise de poids comme le contrecoup d'une alimentation extrêmement restrictive les ayant menées à développer des compulsions alimentaires. Elles perçoivent alors cette relation de contrôle comme la conséquence d'un désir de répondre aux injonctions sociales de la minceur, parfois très directement relayées par des figures relationnelles significatives. Ancienne championne du monde de kung fu, Lysiane raconte par exemple comment elle a commencé à s'imposer des restrictions alimentaires dans la vingtaine, après que son entraîneur sportif lui ait fait comprendre qu'elle était moins « sexy » que ses coéquipières:

« Mon maître de kung fu me disait qu'il fallait que je maigrisse si je voulais être dans les vidéos promotionnelles de l'école, j'étais pas assez sexy...Alors j'ai commencé à beaucoup me restreindre. Mais éventuellement, c'est le contraire qui a embarqué. Je restreignais du lundi au mercredi et du mercredi au dimanche je perdais le contrôle. C'est comme ça que j'ai pris énormément de poids en très peu de temps » (Lysiane, 38, en attente, public).

Ces cycles de restrictions et de compulsions alimentaires ayant mené à une prise de poids peuvent aussi être compris comme le résultat d'un conditionnement familial à valoriser la minceur à tout prix. Ainsi, Jacqueline croit que le fait d'avoir grandi au sein d'un « système de personnes en diète » dans

⁵⁰⁴ Berlant, Lauren, « Risky Bigness: On obesity, eating, and the ambiguity of « health », dans Metz, Jonathan et Anna Kirkland (dir.) *Against Health: How health became the new morality*, New York: New York University Press, 2010, p. 26-27. Trad. libre.

⁵⁰⁵ Ibid. p. 27. Trad. libre.

lequel on lui a rappelé dès un très jeune âge qu'elle devait perdre du poids si elle voulait être belle est à l'origine des compulsions alimentaires qu'elle a fini par développer et de sa prise de poids graduelle :

« Je suis la plus jeune et mes sœurs les plus vieilles étaient à la diète...tout le monde était à la diète. Je suis née dans un système de personnes en diète. À 11 ans j'avais déjà été voir un médecin pour faire une diète. L'approche était pas faite pour les enfants. Je devais prendre un diurétique et un autre médicament. Et ma mère me faisait des repas diététiques...une diète sévère. On me disait tu serais si jolie si t'étais mince, t'as tellement un beau visage. Pourtant j'étais rondelette c'est tout, j'étais pas grosse. Si on m'avait accepté au poids que j'étais, je serais probablement pas tombé dans ces compulsions-là par la suite » (Jacqueline, 58, 6 ans post-op sleeve, en attente bypass, public).

Parce que ces restrictions alimentaires sont rétrospectivement analysées par les patientes comme l'expression d'un trouble alimentaire aujourd'hui clairement identifié, la prise de poids n'est toutefois pas nécessairement perçue comme l'incarnation d'un quelconque mal-être ou traumatisme qui aurait précédé ces compulsions (à la différence des situations où les patientes disent avoir compulsé par la nourriture pour « combler un vide »)⁵⁰⁶. Ainsi, Caroline comprend le fait d'avoir réussi à relâcher son besoin de contrôle sur la nourriture comme un véritable « point de sortie »⁵⁰⁷ dans son obsession de minceur, quand bien même cela lui a fait prendre le poids qu'elle désire aujourd'hui perdre grâce à la chirurgie :

« J'ai juste lâché le contrôle sur ce que je mangeais. Ça été ma façon de me sortir de mes troubles alimentaires. J'étais épuisée d'être toujours obsédée par ça, de plus avoir de vie sociale, de me sentir isolée de tout le monde. J'ai rangé ma balance, j'ai arrêté d'aller au gym trois fois par jour. Ça a fait que j'ai pris vraiment beaucoup de poids » (Caroline, 36, 2 ans post-op).

L'extrait précédent témoigne ainsi du fait que chez certaines patientes, la prise de poids peut aussi démontrer une loyauté envers sa propre santé mentale et son bien-être au détriment des promesses associées à une vie de discipline et de contrôle, c'est-à-dire représenter avant tout une « pulsion de vie » plutôt qu'une forme de « mort lente » (*slow death*)⁵⁰⁸.

1.1.5. *Habitus alimentaire et transmission familiale*

⁵⁰⁶ Parfois, le point de départ des compulsions alimentaires menant à la prise de poids n'est donc pas une automédication par la nourriture, mais le « simple » désir de correspondre aux normativités dominantes entourant le corps féminin.

⁵⁰⁷ Braidotti, Rosi, *Nomadic Subjects: Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory*, New York: Columbia University Press, 1994, p. 39.

⁵⁰⁸ Dans le même sens, la prise de poids peut être une façon de se protéger, de se créer une enveloppe protectrice contre un monde extérieur jugé menaçant pour l'équilibre émotionnel du sujet, par exemple en raison d'expériences relationnelles décevantes ou douloureuses.

Pour de nombreuses participantes, la prise pondérale est davantage comprise comme le résultat d'une transmission sociale par le biais des habitudes alimentaires partagées par le milieu familial. S'appuyant sur les trajectoires sociales des participants, issus pour la plupart d'un milieu d'origine populaire, ces discours insistent quant à eux sur l'idée d'une socialisation alimentaire par le biais du quotidien familial, ayant cristallisé très tôt dans la vie une affection particulière pour la nourriture. Jacqueline revient par exemple sur la façon dont elle a intériorisé très jeune le plaisir de sa mère à les nourrir, elle et ses onze frères et sœurs, en demandant d'abord souvent à être resservie, puis en continuant à consommer de grosses portions alimentaires une fois rendue adulte :

« Ma mère son plaisir dans la vie c'était de faire plaisir à ses enfants. Et la nourriture c'était un moyen facile, facilement accessible de nous faire plaisir. Elle avait 12 enfants, donc il fallait bien les nourrir. Alors j'ai peut-être pris l'habitude de manger plus pour plaire à ma mère » (Jacqueline, 58, 6 ans post-op sleeve, en attente bypass).

Elle explique que la cuisine est devenue dès son plus jeune âge un espace de refuge ou de confort, associé à la sécurité du foyer familial : « J'ai toujours été une enfant ronde. Je courais pas vite, j'allais pas jouer avec les autres parce que j'étais trop lente, alors je restais avec ma mère dans la cuisine parce qu'elle faisait presque tout le temps de la popote » (Jacqueline, 58, 6 ans post-op sleeve, en attente bypass). Dans le même ordre d'idées, elle interprète aussi sa gourmandise précoce pour la nourriture riche et sucrée par le fait que son père tenait pendant quelques années un restaurant de restauration rapide, rendant ce type de nourriture omniprésent et accessible en tout temps, mais également délicieusement défendu:

« Lorsque j'avais entre 8 et 13 ans, mes parents avaient un restaurant alors le *fast food* c'était à volonté, les chips, le chocolat, la liqueur... On allait prendre ça en cachette parce que mon père chialait : vous mangez mes profits! (rires). On a sans doute un goût plus prononcé pour la cochonnerie parce que c'était défendu » (Jacqueline, 58, 6 ans post-op sleeve, en attente bypass)

Ces extraits traduisent ainsi les dimensions symbolique et affective de la nourriture prise en famille et du plaisir alimentaire, ainsi que leur capacité à « faire famille » en constituant un lieu stable de continuité entre les enfants et les parents en dépit des menaces économiques pouvant peser sur celle-ci⁵⁰⁹. Plusieurs participantes disent toutefois regretter aujourd'hui les injonctions que leurs parents leur ont fait dans leur enfance pour qu'ils finissent leur assiette et ne gaspillent pas, voyant dans celles-ci une cause de leur difficulté à reconnaître aujourd'hui leur sensation de satiété : « C'était ça ma relation malsaine quand j'étais petite. Quand je finissais pas mon assiette, j'étais punie donc ça a beaucoup joué là-dedans ». Ainsi, on voit bien en quoi l'explication d'une transmission sociale par le biais des pratiques et valeurs alimentaires familiales peut facilement rejoindre des explications d'ordre

⁵⁰⁹ À ce sujet voir Berlant, Lauren, Op. Cit. 2010, p. 34.

psychologique dans le discours de certaines participantes, notamment lorsque la prise de poids est interprétée comme le résultat d'un trouble alimentaire, rétrospectivement vu comme prenant racine dans l'enfance.

1.1.6. *Des barrières matérielles et structurelles à une saine alimentation*

Finalement, le dernier grand ensemble explicatif mobilisé par les patientes pour expliquer leur prise de poids renvoie à des conditions matérielles de vie ou à un travail qui n'aurait pas facilité une alimentation saine. Anaïs explique ainsi comment elle a pris 200 livres en raison d'une situation de précarité financière l'ayant conduit à mal s'alimenter: « J'avais pas les moyens financiers d'avoir une alimentation adéquate. J'étais dans la restauration et je mangeais ce qui était pas bon pour laisser ce qui l'était à mes enfants » (Anaïs, 38, 7 ans post-op). Contrainte de recourir aux bacs alimentaires pour se nourrir et nourrir ses enfants par manque de moyens, elle ne s'estime donc pas responsable des mauvaises habitudes alimentaires ayant provoqué sa prise de poids :

« Ma mère dit qu'on choisit ce qu'on mange. Moi je dis que pas toujours... Quand j'ai été obligé d'aller me nourrir dans les bacs alimentaires, je me souviens d'avoir déjà fait le choix de manger pour souper un gâteau Forêt noire pour laisser la viande et les légumes à mes enfants. Je savais consciemment que je ne mangeais pas bien, mais fallait que je me nourrisse! » (Anaïs, 38, 7 ans post-op).

Insistant sur les dimensions structurelles qui conditionnent l'accès à une alimentation saine quand on manque d'argent, elle raconte que bien qu'elle n'ait jamais aussi bien mangé que lorsqu'elle cultivait ses propres légumes dans un jardin communautaire, cela demandait des ressources non-négligeables en termes de temps et d'avoir une voiture pour s'y rendre :

« C'est une variable, l'argent. J'ai vécu des périodes de précarité financière où j'allais dans un jardin communautaire, je cultivais mes propres légumes. J'avais un lot de potager à moi. On a jamais autant mangé de légumes, en quantité industrielle! Ça m'avait coûté 15\$ pour l'été. Mais ça demandait du temps...Les ressources aussi peuvent venir à manquer. Dans le temps j'avais une voiture pour me rendre à ce fameux jardin. Si tu veux un potager, ben c'est rarement accessible en transport en commun » (Anaïs, 38, 7 ans post-op).

C'est également ce cadre explicatif que Francine mobilise lorsqu'elle raconte qu'elle a pris du poids en raison de son emploi de camionneuse, ne lui laissant pas d'autre choix que celui de mal s'alimenter sur la route:

« Je suis camionneuse. C'est un métier qui est très très merdique pour l'alimentation. On peut pas amener tout ce qu'on veut et dans les *trucks stop*, c'est jamais de la grosse affaire. On est loin d'avoir de beaux restaurants avec de la bonne nourriture » (Francine, 41, 1 an post-op).

1.2. La prise de poids, un « cercle vicieux » s'imposant au sujet malgré ses efforts

1.2.1. Le caractère cyclique et progressif de la prise pondérale

Quel que soit le régime explicatif mobilisé (héréditaire, physiologique, psychologique, culturel ou socioéconomique), la prise pondérale est souvent définie par les participantes comme un cercle vicieux. De nombreuses participantes racontent ainsi avoir progressivement perdu le contrôle sur leur propre corps, de sorte que le poids devienne lui-même la cause d'une prise pondérale plus importante. C'est par exemple le cas de Laurent, qui explique : « La prise de poids est arrivée petit à petit avec l'arrivée des enfants, la sédentarité... On bouge moins, on est plus fatigués, c'est un cercle vicieux. Moins tu bouges, moins t'as envie de bouger » (Laurent, 44, 2 ans post-op). Tandis que Laurent associe sa prise de poids au quotidien sédentaire et drainant qui s'est progressivement installé avec l'arrivée des enfants, Michelle la comprend comme le résultat d'un quotidien déstructuré par un climat de travail toxique ayant eu tendance à désorganiser ses prises alimentaires : « Le 100 livres que j'ai pris sur 8 ans c'est quand j'ai commencé à travailler pour une personne vraiment toxique. J'ai arrêté de m'entraîner, je mangeais à toute heure du jour, je mangeais mal... un cercle vicieux » (Michelle, 49, en attente). Dans les deux récits précédents, les patientes rattachent ainsi leur prise de poids progressive à des tensions et des environnements quotidiens structurant fortement leur rapport à l'alimentation et à l'exercice physique. À rebours de l'idée que le domaine de l'appétit serait entièrement rationalisable, ces témoignages semblent indiquer la présence d'une agentivité « latérale » (ou « déconcentrée ») pour reprendre ici encore les termes de Berlant, où le sujet n'est pas nécessairement toujours présent à lui-même, conscient et intentionnel dans ses appétits et pratiques alimentaires, mais plutôt « pris » dans la temporalité cyclique du quotidien⁵¹⁰. Ce caractère cyclique de la prise de poids permet d'expliquer qu'elle ait été pour certaines participantes si lente et progressive qu'elles ne s'en sont pas rendu compte :

« La plus grosse partie du poids que j'ai pris, ça s'est faite sur 3-4 ans. J'ai pris 80 livres en 3-4 ans puis après le restant c'était une livre là, une livre là, une livre là. Et c'était genre *oh my god* je suis déjà rendue à ce poids-là! Je ne m'en étais même pas rendu compte... » (Émilie, 23, 2 jours post-op).

« Au début c'était lent. Ça été long là avant que j'atteigne le 200 livres. Mais tranquillement je prenais du poids. T'achètes du nouveau linge, tu prends du poids, tu rachètes du nouveau linge, tu prends de la poitrine... Et t'sais on dirait que t'apprends à vivre avec » (Laurence, 44, 1 an post-op).

« À un moment j'avais perdu du poids suite à une grosse diète puis là ça n'allait pas bien donc je reprenais encore mon poids. Ça jouait au yoyo tout le temps et tranquillement d'année en année je prenais du poids » (Évelyne, 51, 4 ans post-op).

⁵¹⁰ Berlant définit le quotidien de la classe travailleuse comme un cycle d'expériences usantes (travailler, s'occuper des enfants, payer les factures, etc.) que certains plaisirs immédiats permettent d'interrompre temporairement en rattachant momentanément le sujet à lui-même. Op. Cit., 2010, p. 34.

Le caractère non-dramatique de la prise de poids peut laisser le temps à certaines patientes de s'y habituer, de s'y adapter jusqu'au moment fatidique où le fait d'être en surpoids devient un problème à résoudre. Commence alors un autre cycle, celui des tentatives de perte de poids, généralement échouées en raison d'un poids qui peut restreindre la mobilité et les possibilités d'exercice physique:

« À un moment donné c'est une roue qui tourne...tu veux faire de l'exercice pour perdre du poids mais t'es tellement pesante que t'as de la misère à faire de l'exercice parce que t'as mal partout, puis là ben tu bouges plus parce que t'as mal partout, puis là tu prends du poids. C'est une roue qui n'en finit plus » (Nadia, 51, 9 ans post-op sleeve et 6 ans post-op bypass).

Ainsi, le quotidien de ces patientes pour qui la prise de poids s'est fait graduellement à l'âge adulte rejoint celui des patientes pour qui le poids a toujours été un problème ou qui depuis longtemps s'investissent régulièrement dans différentes tentatives de perte de poids.

1.2.2. *Les effets imprévus des diètes à répétition ou le sentiment d'avoir « perdu la bataille »*

L'ensemble des patientes interrogées affirment ainsi avoir « tout essayé », c'est-à-dire toutes les diètes et les programmes d'entraînement imaginables avant de se tourner vers la chirurgie bariatrique. C'est ce que nous explique Jimmy par exemple, lorsqu'il raconte avoir envisagé la chirurgie au moment où il a soudainement réalisé qu'il avait complètement « perdu le contrôle » sur son corps, qui continuait d'« engraisser » en dépit de tous ses efforts pour maigrir et investissements en diètes commerciales et produits amaigrissants:

« J'avais comme perdu le contrôle parce que j'étais rendu à 350 livres. Le dernier régime que j'avais fait c'était juste prendre des *shakes*. Je prenais des boissons frappées à longueur de journée puis j'ai totalement perdu le contrôle à partir de là... On dirait qu'après ça ton corps a tellement été privé... mon système était totalement... il avait perdu le contrôle. Alors je faisais juste engraisser, engraisser » (Jimmy, 33, 3 ans post-op).

Mais ce que nous révèle aussi l'extrait précédent, c'est que ce n'est pas simplement « en dépit » de ses efforts que Jimmy prenait du poids, mais *en conséquence* de ceux-ci. Il souligne ainsi une dimension de la prise pondérale très fréquemment évoquée par les participantes, à savoir que celle-ci est bien souvent aggravée par les régimes drastiques réalisés dans le passé et l'effet yoyo qui les accompagnent. C'est le cas d'Ophélie, qui affirme : « Depuis que je suis toute petite, j'ai toujours eu des problèmes de poids, ma mère m'a fait faire beaucoup de régimes drastiques, ça a toujours été du yoyo sans arrêt » (Ophélie, 33, 1an¹/₂ post-op). Mais comment les participantes interprètent-elles cet « effet yoyo »? Comme l'expriment les propos de Lucie, qui reprend l'explication de son médecin, il est compris comme le résultat de diètes à répétition ayant ralenti son « métabolisme »:

« J'ai fait tous les régimes possibles. *Weight Watchers*, *Minçavi*, les kétos, les sachets de protéine. J'ai eu des entraîneurs privés, des nutritionnistes, des diètes sans sucre, puis des mois sans sucre...Les défis, nomme-les, j'les ai tous fait. Et ce que le médecin me disait, c'est qu'à force de faire des diètes, le métabolisme ralentit » (Lucie, 42, 9 jours post-op).

Lucie exprime également la perte de confiance et le sentiment d'impuissance qui accompagne ce manque de contrôle sur son poids en ajoutant : « À un moment donné, c'est notre tête aussi qui n'y croit plus. On se fait plus confiance qu'on va être capable parce qu'il y a tellement d'échecs dans le passé » (Lucie., 42, 9 jours post-op). Anaïs souligne elle aussi les effets imprévus de ses multiples tentatives d'amaigrissement en évoquant le « phénomène du mammoth » que lui a expliqué son médecin. À force de priver son corps de nourriture, le corps aurait de lui-même emmagasiné des réserves énergétiques afin d'assurer sa survie :

« Mon médecin m'a toujours dit : le corps un jour ou l'autre...qu'importe la chirurgie, la médecine, l'alimentation, l'exercice, la volonté...il se stabilise de lui-même. Le corps a un instinct de survie donc pendant les épisodes de privation de nourriture, il économisait son énergie. J'expliquerai pas le phénomène du mammoth, mais mon corps disait : je sais pas quand je vais en ravoir donc je le garde » (Anaïs, 38, 7 ans post-op).

Comme Lucie, elle revient sur la frustration ressentie face à un corps qui résiste au changement en entrant « en dormance » au moment même où elle chercherait à le soumettre à sa volonté en l'obligeant à puiser dans ses « réserves » : « Ça a été difficile à accepter de me dire je prive mon corps et lui en contrepartie il se prive encore plus. Il dit je vais en profiter jusqu'à tant que tu m'en redonnes, entre temps je suis en pause. Câline le corps il est en dormance » (Anaïs, 38, 7 ans post-op). Ce sentiment d'impuissance, sur lequel on reviendra plus loin dans le chapitre⁵¹¹, se retrouve également dans les propos de Nadia, qui exprime avoir aujourd'hui le sentiment d'avoir définitivement « perdu la bataille » contre le poids, c'est-à-dire d'avoir atteint un point de non-retour où sa volonté serait rendue inopérante : « Le corps, c'est assez complexe. Là, j'en suis au point que je peux plus faire grand-chose. Rendue à ce niveau, c'est difficile d'essayer de contrôler ça. J'ai l'impression que j'ai perdu le *beat*, que j'ai perdu la bataille quoi » (Nadia, 51, 9 ans post-op sleeve, 5 ans post-op bypass).

II. Les difficultés liées à la corpulence/les raisons conduisant à vouloir se faire opérer

2.1. Vivre avec des comorbidités, expérimenter de l'anxiété face à son futur de « santé »

⁵¹¹ Voir l'intertitre : « 1.2.3. La honte et l'impuissance liées au manque de contrôle sur son poids : un sentiment aux effets inhibants », p. 170.

Les participantes interrogées avancent plusieurs types de raisons pour expliquer en quoi leur poids est devenu un problème à résoudre par la voie chirurgicale. Elles commencent souvent par exprimer leur volonté d'être plus en santé, ce qui n'est sans doute pas sans lien avec les conditions d'accès à la chirurgie bariatrique au public, définies par des critères médicaux (un IMC minimal; la présence de comorbidités).

2.1.1. La présence de comorbidités avérées

Parmi les raisons médicales le plus souvent évoquées par les patientes, on retrouve le diabète et des comorbidités telles que l'hypertension, l'apnée du sommeil, la « maladie du foie gras » ou des problèmes d'articulation. Amélie raconte ainsi qu'elle a voulu la chirurgie en raison de ses nombreuses comorbidités, qu'aucun traitement ne réussissait à régler :

« J'avais un CPAD [un appareil pour traiter l'apnée du sommeil], du cholestérol, de la haute pression, alors j'ai dit à mon médecin que la chirurgie m'intéressait. Vu que j'avais essayé plusieurs options et que ça fonctionnait pas, elle a trouvé que c'était une très bonne option » (Amélie, 41, 1 an post-op).

Lorsque la présence de comorbidités est avérée comme pour Amélie, c'est le plus souvent suite à la suggestion d'un médecin que les patientes choisissent de se faire opérer. C'est par exemple le cas d'Évelyne, qui s'est vu recommander par son médecin d'aller voir un chirurgien bariatrique en raison de la présence de troubles concomitants à son surplus de poids :

« On avait vérifié ma pression et j'étais rendue que je prenais trop de médicaments. Elle était pas contrôlée, et je commençais à faire un début de diabète. Ma santé n'allait vraiment pas bien. Moi j'attends pour me faire opérer au genou droit, alors l'endocrinologue m'a dit : tes genoux ils suivront plus parce que t'as trop de poids, il faut que t'en perdes. Donc il m'a conseillé d'aller voir le chirurgien bariatrique X parce qu'il a fait ses études avec lui » (Évelyne 51, 4 ans post-op),

Toutefois, ni la présence avérée de comorbidités ni les recommandations des médecins ne constituent des conditions suffisantes pour une telle prise de décision. La plupart des participantes distinguent ainsi le moment où leur poids devient un problème médical de celui où elles décident d'avoir une opération bariatrique; la période s'écoulant entre les deux pouvant aller de quelques mois à plusieurs années. Monique, qui a paradoxalement fini par partir se faire opérer au Mexique afin d'accélérer son accès à la chirurgie, explique ainsi qu'elle a longtemps refusé d'appréhender la chirurgie comme une solution envisageable alors que son médecin lui en avait parlé au moment de commencer à la traiter pour son diabète :

« Mon médecin m'avait parlé de la chirurgie il y a 4-5 ans. À ce moment-là j'avais commencé l'insuline, mais j'avais déjà eu une chirurgie et ça avait très mal été alors il était plus question qu'on m'ouvre. J'ai mis ça de côté, j'y ai à peine réfléchi. Puis je prenais mon insuline et mes médicaments, mais mon diabète était très difficile à

contrôler. Donc y'avait toujours du changement, à tous les 3 mois on augmentait soit l'insuline soit les médicaments. Et plus ça allait, plus j'engraisais » (Monique, 56, 2 ans post-op, Mexique).

Dans le cas de Monique, ce n'est donc pas tant la présence de diabète qui a précipité sa prise de décision, mais le constat que son diabète était très difficile à contrôler par les voies classiques de traitement, tandis que son poids continuait d'augmenter en dépit des nombreuses diètes effectuées pour tenter d'en perdre.

2.1.3. Une volonté de prévenir le développement de comorbidités futures

De nombreuses autres participantes, sans avoir de comorbidités avérées, évoquent néanmoins leur désir d'avoir recours à la chirurgie dans une perspective préventive, dans le but de prolonger leur longévité ou de s'assurer une « belle vieillesse ». Caroline, inquiète vis-à-vis du fonctionnement du système de santé québécois, raconte, par exemple, en quoi son recours à la chirurgie ne venait pas répondre à de « réels problèmes de santé » mais plutôt à une volonté de « limiter la casse », de retarder le plus possible la venue de problèmes de santé en investissant dès maintenant dans son capital santé :

« J'avais beau ne pas avoir de réels problèmes de santé, pas d'hypertension, pas de diabète, pas de cholestérol... je faisais des contrôles là-dessus, tout était beau... mais l'idée c'était d'essayer de faire attention à la santé parce que je savais très bien que les problèmes allaient arriver plus tard en âge et je voulais essayer de limiter la casse. Y'avait un côté de santé pour la fin de vie si je peux dire ça de même, mais pour 40 ans et plus là » (Caroline, 36, 2 ans post-op, public).

Si parfois, cette posture de prévention implique de se situer vis-à-vis de niveaux de risques établis médicalement comme le fait d'être, comme Caroline, « rendue avec du prédiabète » ou d'avoir « découvert que je faisais de l'apnée du sommeil léger »⁵¹², elle est parfois déconnectée de tels raisonnements diagnostiques. Elle s'inscrit alors plutôt dans une forme d'autodiagnostic pouvant par exemple être fondée sur une histoire familiale de maladie et/ou de décès précoce. C'est le cas de Vanessa, qui a commencé la démarche pour obtenir la chirurgie à la suite de la mort de sa mère à l'âge de 63 ans, qui avait de « gros problèmes d'obésité, de diabète, cholestérol, glaucomes, les reins qui fonctionnaient pas bien... tout ce qui va avec le diabète » (Vanessa, 36, 3 ans post-op, public). Ayant déjà perdu son père neuf ans plus tôt lorsqu'il avait 57 ans (d'un cancer du poumon), elle raconte : « c'est là que je me suis dit il me reste à peine 20 ans à vivre si je continue comme ça. Il faut que je fasse quelque chose » (Vanessa, 36, 3 ans post-op, public). C'est dans cette même logique anticipatoire,

⁵¹² Cela traduit l'évolution contemporaine de raisonnements cliniques ayant déconstruit le couple santé-maladie sur un continuum de risques. À ce sujet, voir Collin, Johanne, « Relation de sens et relations de fonction : risque et médicament », *Sociologie et Sociétés*, vol. 39, n°1, 2007.

basée sur une histoire familiale de diabète, que Laurence a voulu se faire opérer. Bien qu'elle n'avait alors ni un poids suffisant pour être opérée, ni de problèmes de santé (mis à part une légère apnée du sommeil), elle raconte avoir longtemps insisté avec son médecin pour être inscrite sur une liste pour la chirurgie, car elle sentait bien poindre à l'horizon d'autres problèmes :

« Je voulais pas que le diabète arrive dans ma vie ou le cholestérol ou d'autres choses. Ma mère a un surplus de poids et elle a des problèmes de cœur, de diabète et de pression. Est-ce que je veux vraiment attendre que tout ça fasse partie de ma vie? » (Laurence, 45, 1 an post-op, public).

La médicalisation de l'obésité peut ainsi résulter de la pression exercée par les patientes elles-mêmes, qui perçoivent dans la chirurgie bariatrique un espoir de vie meilleure et plus longue en réduisant leur risque de développer des maladies chroniques. Ce sentiment est particulièrement fort chez les patientes ayant des antécédents de maladies liées à l'obésité, pour qui la chirurgie représente une opportunité de rompre le cycle de maladies chroniques ayant touché leur famille. Certaines patientes insistent par conséquent auprès de leur médecin de famille pour obtenir une chirurgie bariatrique, même en l'absence de diagnostics de problèmes de santé, dans le but d'anticiper l'arrivée de tels problèmes.

2.1.4. Vouloir accéder à la maternité ou mieux s'occuper de ses enfants et petits-enfants

Souvent, les inquiétudes relatives à la santé future se traduisent dans les discours des participantes par une peur très concrète de mourir trop tôt et de ne pas voir grandir ses enfants ou profiter de ses petits-enfants. C'est ce dont témoignent bien les extraits suivants :

« Retrouver la santé, c'était vraiment ça mon but. Et rester en vie pour ma fille, pour la voir grandir » (Stéphanie, 60, 23 ans post-op, public). e

« C'était pour la santé, pour pouvoir vivre plus longtemps. Parce que quand je me suis fait opérer y'a une de mes filles qui était enceinte, donc je voulais voir grandir cette affaire-là » (Jacqueline, 58 ans, 6 ans post-op sleeve, en attente bypass, public).

« Beaucoup de monde me le déconseillait mais j'étais vraiment motivée parce que j'avais mes trois enfants puis je m'disais je veux pas mourir avant...je veux les voir grandir mes enfants » (Francine, 42, 1 an post-op, Mexique).

« Je regarde mes filles grandir puis je me dis j'aimerais ça être là, être en forme pour bouger avec elles, pouvoir être assez en santé pour en profiter...voir mes filles grandir » (Laurence, 45, 1an post-op, public).

Si le recours préventif à la chirurgie par certaines participantes vise ainsi à préserver leur capital santé dans le but de prolonger leur espérance de vie et d'être ainsi capable de vivre leur vie active, il peut aussi traduire un désir d'accéder à la maternité. Le fait de vouloir des enfants mais d'être en prise avec

un problème réel ou anticipé de fertilité constitue en effet une raison souvent invoquée par les participantes pour justifier leur désir de se faire opérer :

« Mon médecin m'avait dit que ça allait être extrêmement compliqué pour moi de tomber enceinte si je perdais pas de poids. J'ai essayé quand même presque deux ans avant, puis y'avait vraiment rien qui fonctionnait donc c'est là que je me suis inscrite » (Karine, 46, 7 ans post-op, public).

« Je me disais si ça se trouve je vais finir toute seule, puis en même temps j'avais le désir d'avoir un enfant. Puis je suis tombée sur un article dans la presse qui disait qu'au Québec, ils allaient refuser de faire de l'insémination artificielle pour les femmes qui étaient en obésité morbide, puis ça c'est l'article qui m'est rentré dedans » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

« J'étais infertile. Je voulais des enfants mais à 400 livres c'était impossible. Et même si j'avais été capable, je pense que la vie a bien fait les choses parce que si j'avais réussi à avoir des enfants à 400 livres, mon dieu que j'aurais pas été capable de les suivre... » (Mathilde, 38, 7 ans post-op sleeve et 2 ans post-op bypass, public).

Ainsi, ce qu'implique la « santé » parmi les participantes qui invoquent en premier lieu celle-ci pour justifier leur désir de se faire opérer dépasse souvent la simple absence de comorbidités. Dans les récits de ces patientes, « retrouver la santé » renvoie au fait de soigner des maladies réelles ou anticipées, mais aussi à une volonté d'assurer certains rôles sociaux et responsabilités familiales, voire de permettre l'accès à certaines identités sociales autrement considérées inatteignables, comme celle de mère biologique.

2.2. Un poids rendu « handicapant »

2.2.1. *Vivre avec des contraintes physiques, être limité dans ses activités courantes*

Pour de nombreuses participantes, la question des comorbidités présentes ou futures associées à l'obésité n'est toutefois pas centrale dans leur volonté de recourir à la chirurgie. En revanche, nombreuses sont les participantes qui insistent sur la dimension handicapante de leur poids, sur la façon dont le fait de vivre dans un corps plus large les limite dans leur vie quotidienne. Souvent, les enquêtées évoquent ainsi la façon dont leur surcharge pondérale constitue une entrave à la réalisation de leurs activités courantes. Ainsi, pour Olivier, qui ne pense pas qu'un surplus de poids soit nécessairement toujours problématique sur le plan de la santé, celui-ci le devient à partir du moment où il devient « handicapant » :

« Je pense que pour la majorité c'est pas un problème le poids, mais je constate quand même qu'il y'a des fois où effectivement ça devient un problème, où on franchit un poids qui devient handicapant...Et bon moi j'étais rendu à un poids où je considérais que c'était rendu handicapant » (Olivier, 35, 4 ans post-op, public).

C'est la même idée que traduisent les propos de Michelle, qui affirme vouloir se faire opérer pour retrouver une mobilité perdue en raison d'une prise de poids de 22 livres rendue « handicapante » :

« La première chose c'est vraiment la mobilité parce qu'actuellement attacher mes chaussures c'est difficile, je n'arrive pas à me pencher à cause de mon ventre. C'est vraiment la prise de ce 22 livres-là...Ce 22 livres est vraiment handicapant » (Michelle, 49, en attente, public).

Illustrant bien le type de limitations physiques quotidiennes auxquelles doivent se confronter certaines patientes ayant franchi ce « seuil », Stéphanie explique qu'elle ne peut plus se rendre aux toilettes sans avoir recours à une rallonge :

« Hey je pesais 416 livres, j'étais énorme. J'avais de la misère à m'essuyer quand j'allais aux toilettes madame. Ma main avait de la misère à se rendre, il me fallait une rallonge » (Stéphanie, 50, 23 ans post-op, public).

Ces récits renvoient ainsi à des contraintes physiques individuelles qu'il est, selon un modèle social du handicap, possible de comprendre comme des « déficiences » (*impairments*).

2.2.2. *Ne pas avoir « l'air normale »*

L'expérience qui est faite par les patientes de ces « déficiences » renvoie également à une expérience sociale et partagée de l'anormalité se construisant en rapport aux autres et à l'anticipation du regard des « normaux ». L'insistance de Michelle sur son sentiment de ne pas « avoir l'air normale » en montant les escaliers une marche à la fois souligne bien cette articulation entre déficience et expérience sociale du handicap :

« Là les escaliers je les monte une marche à la fois, je les descends une marche à la fois, alors j'ai pas l'air normale quand je monte et que je descends... les gens se posent des questions. Je dis tout le temps ah ben c'est les genoux...Ça fait 3-4 ans que je suis pas capable de marcher normalement dans les escaliers » (Michelle, 49, en attente, public).

Soulignant autrement cette interaction déficience/handicap, d'autres participantes expliquent qu'elles perçoivent aussi leurs limitations physiques comme une incapacité à réaliser pleinement leurs rôles sociaux, ainsi que les activités, les comportements et les gestes qui y sont typiquement rattachés. C'est le cas de Michelle, qui dit regretter le fait ne pas pouvoir se mettre à quatre pattes avec ses neveux et nièces à cause de sa corpulence :

« C'est pour ça que j'ai très hâte à l'opération. J'ai hâte de me mettre à quatre pattes avec mes petits neveux et petites nièces, chose que je suis incapable de faire présentement parce que je suis trop grosse » (Michelle, 49, en attente, public).

Pour Émilie, ce sont les limitations sexuelles causées par son poids qui constituent une source de frustration et de gêne, témoignant ici de l'articulation fine entre contraintes physiques, normes esthétiques genrées et image corporelle:

« Ça a l'air niais mais quand tu prends du poids les limitations sexuelles sont vraiment plus grandes. En tant que femmes on est tellement gênées de nos corps, puis on est tellement...ma bedaine, puis ci, puis ci, puis ça. C'est pas tant que je suis gênée de mon corps mais que ça plie pas comme ça pliait, c'est un peu plus...ouais » (Émilie, 23, 2 jours post-op, public).

2.3. Naviguer le monde social dans un corps plus large : un travail émotionnel continu

Davantage encore que les comorbidités réelles ou anticipées et les limitations physiques, le sentiment de vivre dans une société qui n'est pas faite pour les personnes plus larges constitue le type de difficultés le plus souvent évoqué par mes participantes pour justifier leur volonté de se faire opérer. Il est possible de distinguer dans leurs récits plusieurs types d'expériences de vie quotidienne susceptibles de provoquer ce sentiment d'inadéquation.

2.3.1. *Des enjeux d'accessibilité et d'inclusion dans l'espace public*

Une des plus courantes est le fait de se confronter à des problématiques d'accessibilité. Les participantes sont nombreuses à évoquer le fait d'être fréquemment confrontées à des limitations environnementales ou spatiales. Au quotidien, celles-ci prennent le plus souvent la forme de sièges à accoudoirs sur lesquels elles ne peuvent pas s'asseoir, de chaises trop fragiles qui risquent de se briser sous leur poids, de ceintures de sécurité, sièges et couloirs trop étroits dans les avions ou de boutiques de vêtements tailles plus extrêmement rares et limités. Les participantes affirment ainsi que la standardisation des environnements construits, des équipements et des marchandises autour d'une taille « normale » les empêchent d'accéder pleinement à certains espaces, du moins sans expérimenter de l'anxiété, de la honte ou de la gêne. C'est ce que traduisent bien les propos respectifs de Caroline, Sébastien et Cynthia, qui expliquent :

« Quand t'es obèse et que tu vas au restau avec des gens que tu connais pas, t'espères vraiment qu'il y aura pas de chaises avec des maudits accoudoirs parce que tu te dis je vais tu rentrer mes fesses là-dedans ou pas » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

« Lorsqu'on se dit qu'on est plus capable d'aller manger au resto parce qu'on rentre pas dans une banquette, que s'asseoir sur une chaise en résine de synthèse, c'est pas facile parce qu'elle flanche sous son poids, que quand tu prends l'avion tu demandes une ceinture d'extension parce que t'es pas capable de t'attacher...c'est plein de choses comme ça qui font qu'à un moment ça t'affecte psychologiquement » (Sébastien, 57, 3 ans post-op, public).

« Le choix est très limité dans les vêtements pour les tailles plus. Embarquer dans l'avion...quand ton fessier touche à tous les bords quand tu passes, c'est pas normal. Au restaurant de me lever de la table pour aller à la salle de bain et d'être obligé de visualiser mon parcours en fonction du moins de gens que je vais accrocher en passant derrière eux, c'est pas normal » (Cynthia, 36, 2 ans post-op, Mexique).

Pour Simone, cet aménagement des espaces publics ne tient pas compte des personnes plus larges car ils sont conçus par et pour des « gens normaux » qui « ne se rendent pas forcément compte », « ne réfléchissent pas à ça ». Elle illustre cela en relevant que même les rencontres de groupes auxquelles elle doit assister à l'hôpital pour son parcours bariatrique, alors qu'ils sont exclusivement destinés à des personnes en obésité « extrême », ne mettent à disposition que des chaises à accoudoirs sur lesquelles la majorité des patientes auront du mal à s'asseoir :

« Les gens normaux se rendent pas forcément compte. Quand c'est pas ton problème, que tu le vis pas, tu te poses pas ce genre de questions. Par exemple le groupe de parole à l'hôpital, ben c'était que des chaises avec des accoudoirs...Les gens ne réfléchissent pas à ça mais les trois quarts des gens qui étaient dans le groupe de parole, ils rentrent pas dans leurs accoudoirs. C'est vexant quand même...Au quotidien les gens n'y pensent pas forcément » (Simone, 36, en attente, public).

Comme en témoignent les propos de Simone, qui dit trouver ce manque de considération inhospitalier et « vexant », le fait de se confronter quotidiennement à de telles limitations environnementales et matérielles engendre chez les participantes le sentiment de vivre dans une société qui n'est pas faite pour elles, dans laquelle elles n'ont pas leur place. C'est ce que traduit bien le témoignage de Cynthia lorsqu'elle déclare ne pas se sentir « normale » ni « intégrée » en conséquence de l'accumulation de ces contraintes quotidiennes :

« La vie est pas faite pour les gens gros. La société n'est pas adaptée pour les gens comme nous. Ça me le renvoyait à tous les jours qu'il y avait quelque chose de pas correct avec moi. Y'a des *reminders* réguliers dans la vie de tous les jours qui font que tu te sens pas normale, tu te sens pas intégrée » (Cynthia, 36, 2 ans post-op, Mexique).

Par conséquent, le recours à la chirurgie apparaît comme un moyen de se soulager du poids de l'anticipation anxieuse, de l'évitement et du sentiment d'inadéquation qui accompagne la confrontation quotidienne à ces situations sociales redoutées. Simone confie ainsi son désir de ne plus avoir à « se poser autant de questions » au quotidien ni à « ramener tout ce qu'elle fait au poids » comme une des raisons principales pour lesquelles elle veut se faire opérer :

« Ce serait de plus avoir besoin de me poser autant de questions...tout ce que je fais est ramené au poids. Mettons je vais acheter des chaises et je vais avoir peur que la chaise elle craque sous mon poids, puis c'est déjà arrivé. C'est beaucoup de questions au quotidien » (Simone, 36, en attente, public)

2.3.2. *Préjugés négatifs sur le poids et expériences quotidiennes de stigmatisation*

Ce sentiment de ne pas être « normal » découle également du traitement différencié que vivent les personnes plus larges au quotidien, pouvant transparaître dans de nombreuses situations sociales. Les participantes expliquent que les personnes plus larges doivent régulièrement se confronter aux jugements et aux stéréotypes négatifs projetés sur elles. Comme l'explique par exemple Valérie, le poids est systématiquement interprété comme la faute de la personne, la conséquence de mauvaises habitudes de vie qu'il suffirait de réformer, justifiant de traiter les personnes plus larges avec mépris :

« Avec un poids...pas avec un poids santé, mais un poids socialement acceptable, visuellement acceptable, oh que les gens sont gentils! T'es belle, puis t'es fine. Quand t'es en surpoids ben là, fais de l'exercice, fais un régime. Quand t'es en surpoids, c'est de ta faute. Socialement, les gens l'associent à une cause qui nous appartient » (Anaïs, 45, 7 ans post-op, public).

C'est également ce dont témoignent les propos de Michelle, qui raconte que le simple fait de manger une glace en public revient pour une personne obèse à s'exposer aux jugements des autres, y voyant une preuve tangible que la cause de son obésité serait une glotonnerie décomplexée justifiant un rappel à l'ordre à travers des commentaires ou des regards insistants ressentis comme des insultes:

« L'été passé c'était un vrai martyr d'aller chez Chocolat favoris. Même si je pouvais me priver toute la semaine pour pouvoir m'offrir un cornet la fin de semaine, c'est quand même : regarde la grosse qui s'empiffre...Comment tu veux ne pas faire de la distorsion cognitive quand t'as ce regard des gens...Et ils ont pas besoin de parler là, des fois c'est juste le regard...Ils te regardent de la tête aux pieds, ça ça m'insulte! Ça fait que j'ai envie d'aller me cacher avec mon cornet...La personne mince a le droit de manger une glace en public mais pas la personne obèse » (Michelle, 49, en attente, public)

Ce type d'expériences quotidiennes, extrêmement courantes, est souvent appréhendé par les participantes comme le résultat d'associations préreflexives sur les personnes obèses comme des personnes lâches et sans volonté, oblitérant toute capacité d'empathie cognitive, c'est-à-dire toute possibilité de raisonnement et de questionnement sur les causes réelles de l'obésité de la personne:

« Avec l'obésité l'idée que t'es un gros lâche prend le dessus sur tous les autres aspects du problème. Les gens vont directement dire que t'as pas de volonté. Ils se posent pas la question de savoir si tu manges tes émotions, si tu vas bien ou pas. C'est juste: ah ben c'est la grosse qui mange une poutine. Peut-être que je mange une poutine parce que c'est ça ou j'avale un paquet de pilules...C'est mélodramatique ce que je dis mais y'en a pour qui c'est comme ça. Ils mangent leurs émotions parce que c'est leur manière à eux de mourir à petit feu plutôt que de faire un suicide actif » (Cynthia, 36, 2 ans post-op, Mexique).

2.3.3. *De la discrimination vécue dans le monde du travail*

Selon mes participantes, ce type de traitement différencié n'a pas uniquement des répercussions sur leur capacité à *se sentir* à leur place dans l'espace public, mais se traduit également par des discriminations très concrètes sur le marché du travail en termes d'employabilité, d'avancement de carrière ou de propos discriminants. Lorsque questionnées sur les désavantages sociaux qu'elles associent au fait d'être en surpoids, plusieurs participantes racontent ainsi avoir déjà été discriminées

au travail en raison de leur poids. C'est par exemple le cas de Michelle, qui affirme s'être fait refuser le poste d'adjointe secrétaire de gestion par son employeur en raison de son apparence physique :

« J'ai postulé à un poste à la direction générale et j'ai pas passé l'évaluation. On me le faisait sentir que j'avais pas le physique pour être adjointe secrétaire de gestion. Ça on me l'a fait tellement sentir là. Parce que j'avais les compétences mais ça a été une horreur... Je l'ai vraiment senti que j'étais pas assez belle, pas mince comme ma collègue qui était mince et belle » (Michelle, 49, en attente, public).

Pour Karine, c'est également en raison de l'image que son surpoids reflétait de son employeur que son supérieur direct, alors qu'il faisait lui-même « deux fois son poids », a longtemps refusé de la promouvoir:

« J'ai travaillé dix ans chez McDonald. Fait que tu travailles dans un *fast food* et t'as un surplus de poids...(rires). Le pire c'est que la personne qui m'a le plus jugé, c'était un supérieur qui faisait deux fois mon poids. Mon poids m'empêchait d'avoir une promotion. Finalement il a pas eu le choix de me le donner parce que les autres poussaient en ma faveur. J'avais les compétences pour le faire mais il trouvait que pour l'image c'était pas correct » (Karine, 46, 7 ans post-op, public).

Émilie, quant à elle, estime que ses supérieurs l'ont souvent traitée différemment, s'autorisant à lui passer des remarques déplacées sur son apparence physique qu'ils ne faisaient pas à ses autres collègues féminines:

« Ça m'est souvent arrivé quand je travaillais. J'ai travaillé dans des pharmacies et le regard des gens sur moi était différent, j'le ressentais. Même les patrons me le faisaient parfois ressentir. Mettons si mon maquillage n'était pas adéquat, ils allaient me le faire plus ressentir à moi qu'à la fille qui était belle [...] C'est sûr que ça me faisait de la peine, c'est douloureux à ressentir... Tu le sais que t'es différente. T'es déjà pas bien dans ta peau donc quelqu'un qui te fais ressentir que t'es laide ou que t'es pas aussi bonne que les autres à cause de ça, c'est très difficile » (Émilie, 23, 2 jours post-op, public).

Sans avoir personnellement vécu de telles expériences, d'autres participantes affirment que le surpoids constitue quelque chose de limitant sur le marché du travail, ainsi que plus largement « dans tous les aspects de la vie » en raison des stéréotypes négatifs existant sur les personnes en obésité, comme le manque d'intelligence, de performance, de dynamisme ou de contrôle :

« Dans le milieu du travail une personne en surpoids est perçue comme quelqu'un qui a moins de dynamisme. On se dit si t'es pas dynamique, est-ce que t'es performant? T'es pas capable d'avoir ta vie à toi entre tes mains, en contrôle, alors est-ce que t'es capable d'avoir ta carrière en contrôle? J'ai vu des gens se faire juger sur leur rôle de parents : t'es grosse tu peux pas t'occuper de tes enfants... Ça nuit à ta vie dans tous les aspects en fait » (Michelle, 49, en attente, public).

« Y'a tellement de stéréotypes autour de l'obésité, y'a tellement de jugement qu'on est moins intelligents, qu'on performe moins bien au niveau scolaire, au niveau de notre métier. Entre une personne obèse et une personne mince, même si la personne obèse est beaucoup plus qualifiée, c'est la personne mince qui aura l'emploi » (Michelle, 49, en attente, public).

« Dans tous les aspects de la vie c'est notre apparence qui est vu en premier, c'est pas l'intérieur. Si déjà l'apparence est mal vue, ben ça limite beaucoup dans la vie » (Cynthia, 34, 2 ans post-op).

Le surplus de poids étant ainsi associé à des obstacles à la participation à la vie publique et à l'exercice des droits, la chirurgie peut s'inscrire dans un désir de ne plus se sentir limité dans sa vie par son apparence physique.

2.3.4. *Bien plus qu'une question esthétique : des difficultés à se reconnaître dans le discours « Body positive »*

En conséquence de ces limitations environnementales et de la discrimination vécue, les participantes disent trouver difficile, voire impossible, d'accepter leur poids. C'est ce que confie par exemple Marie lorsqu'elle revient sur la souffrance intime associée au fait de devoir demander une rallonge pour s'attacher dans l'avion pour justifier son sentiment qu'il ne serait pas possible de s'accepter lorsqu'on est « obèse » :

« Pendant des années j'étais membre de groupes Facebook *Big and Beautiful*. On est grosses et belles et on s'assume...mon œil, c'est pas vrai. T'essayes de te faire croire ça parce que ça fait moins mal, mais je ne crois sincèrement pas qu'une personne obèse puisse se sentir bien. Moi en tout cas, j'ai essayé et jamais réussi. La rallonge de ceinture tu veux plus vivre ça. Quand je l'ai demandée, j'étais pas bien dans ma peau là » (Marie, 36, 2 ans post-op, Mexique).

Comme l'indique l'extrait précédent, les difficultés à assumer son poids, à être « bien dans sa peau » sont également liées à des normes esthétiques, pesant comme on le sait très fortement sur le corps des femmes. Marie continue ainsi en affirmant avoir longtemps essayé sans succès d'assumer son poids, de se trouver « belle et sexy » avant de recourir à la chirurgie :

« À 30 ans j'avais pris la décision de m'aimer, de m'assumer comme ça. J'ai recommencé à mettre des bikinis. Même si j'étais obèse, je me cachais pas. J'étais pas bien là, quand j'étais assise j'avais ma serviette autour de mon ventre pour pas que les gens le voient, mais j'essayais de me dire je suis pas un monstre là, je suis pas horrible. Je suis un peu grosse mais pas autant que l'autre madame de tantôt, puis elle aussi était en bikini puis c'était pas grave. J'essayais de me faire croire que j'étais bien, mais c'était juste un *front* là, une page de couverture. J'aurais aimé ça m'assumer de même, ça aurait été pas mal plus simple... mais non c'était pas le cas » (Marie, 36, 2 ans post-op, Mexique).

Ces difficultés à accepter son poids peuvent aussi être liées à une histoire personnelle de prise de poids interprétée par les participantes comme le résultat d'épreuves de vie, d'expériences émotionnelles négatives « accumulées » sur le corps. C'est par exemple le cas de Cynthia, qui associe son surplus de poids à un « costume de malheur » :

« La prise de poids est arrivée au début de l'âge adulte donc dans ma tête quand je me regardais c'était pas normal que je sois comme ça, c'était pas la vraie Sandra qui était devant le miroir, c'était quelqu'un qui était pris en dessous. C'était comme un costume de malheur dans le sens où tous les éléments qui ont été négatifs dans ma vie se sont transformés en orgie de nourriture et se sont accumulés sur mon corps. Donc pour moi les livres en trop c'était comme chaque événement négatif de ma vie qui était physiquement attaché sur moi » (Cynthia, 36, 2 ans post-op, Mexique).

Certaines participantes soulèvent également le fait qu'il existe différents degrés d'obésité faisant en sorte qu'il est plus ou moins facile de s'assumer dépendamment de la qualité de vie permise par son poids:

« Il y a des gens qui disent qu'ils s'acceptent, qu'ils se trouvent beaux, mais la réalité c'est que c'est quand même contraignant. Je pense qu'il y a un certain niveau où on peut s'apprécier. Quelqu'un qui est en surpoids ou en début d'obésité a peut-être la vie plus facile. Mais présentement au point où j'en suis... Quand on parle d'obésité morbide, je comprends absolument pas comment on peut considérer qu'on a une bonne qualité de vie » (Cynthia, 36, 2 ans post-op).

En plus de seuils de maladie et de handicap variables d'une personne à l'autre, influençant la capacité de la personne à accepter son poids, les participantes évoquent aussi l'existence de conditions implicites permettant de se faire accepter socialement en tant que personne plus large, notamment la beauté :

« Les gens beaux ont déjà à la base la vie plus facile dans notre société donc comme j'étais une « belle grosse », j'ai pas eu nécessairement de commentaires négatifs. Par contre oui y'a une stigmatisation, j'en ai été témoin. Voir une fille grosse mais pas tellement plus grosse que moi marcher devant et voir des gens l'imiter, rire de son derrière ou des choses comme ça » (Cynthia, 36, 2 ans post-op).

Tandis que la beauté, ou plutôt une féminité normative (le fait de se maquiller, de prendre « soin de soi », de travailler son look, de ne jamais rien « laisser aller ») constitue également selon Simone une des avenues possibles de l'acceptation sociale, elle identifie une autre avenue dans le fait de compenser son poids par une personnalité « qui s'affirme » ou l'adoption de l'identité stéréotypée de la « grosse rigolote » :

« Y'a toute une palette...Y'a des filles sur Instagram qui sont super belles et là c'est super bien accepté. En gros tu peux être accepté en tant que grosse à condition que t'aies une personnalité qui s'affirme, que tu te maquilles, que tu prennes soin de toi...y'a plein de critères. Tu peux pas juste être naturelle, y'a des façons de se faire accepter. Ou alors faut être la grosse rigolote...T'es pas jugée de la même façon en fonction de ta personnalité et de ton look. Moi je suis grosse avec les cheveux courts, c'est sans fin là [rires]. Il y a des façons de se faire accepter et c'est beaucoup d'efforts...j'ai l'impression que tu passes un peu ta vie à lutter contre les préjugés » (Simone, 36, en attente, public).

Ces témoignages indiquent ainsi que la capacité des personnes en surplus de poids à s'accepter, à adopter un discours « *body positive* » dépend de plusieurs critères : de l'histoire pondérale ou la signification affective que la prise de poids détient pour le sujet, de seuils du handicap et/ou de la maladie, et de certains critères esthétiques et traits de personnalité. Mais le dernier extrait cité vient également souligner une dimension centrale de l'expérience quotidienne de la corpulence telle que la relate mes participantes, à savoir l'impératif de mettre en place des stratégies de compensation visant à faire oublier son poids.

2.3.5. *L'adoption de comportements de compensation visant à faire oublier son poids*

Ces comportements de compensation sont omniprésents dans les discours des participantes. Ils visent essentiellement à se « faire aimer » malgré son poids, à se faire reconnaître à sa juste valeur ou encore à camoufler la souffrance associée au fait de vivre dans une corporalité fortement stigmatisée. Rejoignant les propos de Simone concernant la stratégie identitaire adaptative de la « grosse rigolote », Karine évoque l'habitude pour les personnes en surpoids de « faire des blagues plates » comme un moyen de « se faire aimer comme n'importe qui » :

« J'ai l'impression que les gens nous trouvent dégoutants, sales... Les personnes en surplus de poids, souvent on va moins sortir... En fait t'as deux choix, soit t'es très introvertie, soit t'es un clown. T'essayes de capter l'attention en faisant des blagues, en étant la personne qui est drôle. Même si ça te tentes pas tu vas faire des blagues plates parce que ça va faire rire les gens. Parce que dans le fond on veut se faire aimer comme n'importe qui. Fait qu'en faisant des blagues peut-être un peu plates... » (Karine, 46, 7 ans post-op, public).

Se constituer un « masque du bonheur » peut également viser à ne rien laisser transparaître de la souffrance intime vécue. C'est ce que raconte Marie, qui dit avoir longtemps camouflé son mal-être et sa tristesse derrière un humour autodérisoire visant à mettre délibérément en scène son corps :

« J'avais l'impression que l'image que je projetais, c'était pas ça que j'étais. Moi j'étais une fille drôle, je riais, j'aime ça échanger, j'aime ça rire, mais à l'extérieur j'avais l'impression que j'avais juste l'air d'une fille grosse. Quand t'es gros c'est comme si tu te promènes avec un masque toute la journée. Le masque avec le sourire, t'sais le clown triste? Toute la journée tu ris, les gens t'aiment, sont gentils avec toi, puis toi tu vas souvent faire des blagues sur ton poids pour que les gens sachent que je sais que je suis grosse, que c'est correct. Mais ta blague là tu la trouvais pas drôle pantoute. Les choses qui étaient censées être une blague, toi tu les pensais pour vrai dans ta tête. Les gens obèses souffrent beaucoup » (Marie, 36, 2 ans post-op, Mexique).

Dans la même idée, Chantal raconte qu'elle a tellement pris l'habitude d'être « trop gentille », en anticipant et priorisant les besoins des autres au détriment de ses propres besoins dans l'espoir de faire oublier son surpoids qu'elle n'est plus capable de différencier son identité réelle de ses comportements de compensation :

« Qu'est-ce qui est de ma personnalité profonde et de la compensation, je saurais pas capable le dire. C'est sûr que je veux être aimée et que j'ai déjà par le passé... t'sais je trainais dans ma sacoche de la gomme, des kleenex, des Tylenol. T'sais être tout le temps en avant des besoins des autres, pas regarder mes propres besoins, d'essayer de cacher mon obésité, de la faire oublier en étant trop gentille. Donc là qu'est-ce qui est de ma personnalité réelle, profonde et de la compensation pour faire oublier que je suis grosse? Dans le fond je vais le savoir quand j'aurai perdu du poids » (Michelle, 49, en attente, public).

Mais la mise en œuvre de telles stratégies compensatoires n'est pas uniquement comprise par les participantes comme le résultat d'un manque de confiance en soi et d'un besoin subjectif d'être aimée. Elle est aussi interprétée comme le corrélat d'une société où l'on disqualifie d'emblée les personnes

plus larges comme des individus paresseux et sans volonté, obligeant celles-ci à redoubler d'efforts pour être appréciées à leur juste valeur :

« Quand t'es en surplus de poids, faut toujours que tu te proves plus aux gens. T'as des efforts de plus à faire parce que les gens c'est la première chose qu'ils voient de toi. Elle est en surplus de poids donc ça doit être qu'elle est paresseuse, elle est lâche, elle veut rien y faire, et ci et ça. T'sais faut toujours que tu proves que t'es bonne, que t'es meilleure...les gens le voient pas sinon » (Émilie, 23, 2 jours post-op).

Ces pratiques de compensation peuvent donc être comprises comme des « comportements d'anticipation défensive »⁵¹³, visant à anticiper le regard de l'autre sur soi pour soit se conformer au stéréotype attendu (en surjouant la jovialité associée au personnage du clown ou l'entraîn sans faille de la bonne copine par exemple), soit donner à voir autre chose que ce que l'image corporelle laisse supposer (en donnant des preuves de son dynamisme, de sa motivation, de son intelligence, etc.) dans le but d'atténuer les effets discriminatoires. On retrouve ainsi à l'œuvre des mécanismes similaires à ceux mis en évidence dans les études critiques du handicap, qui décrivent comment les personnes vivant avec une incapacité (ainsi que leurs proches) sont régulièrement amenées à anticiper et gérer les émotions (la pitié, l'infantilisation, la condescendance, la compassion, la peur, le dégoût, etc.) que leur corporalité génère chez les autres⁵¹⁴. Cette mise en jeu par les personnes plus larges de comportements d'ajustements et d'adaptation peut alors être analysée comme une forme de « travail émotionnel » visant à répondre aux attentes normatives d'une société qui les place sans cesse dans un statut de « débiteur » censé amasser aux dépens de l'autre⁵¹⁵.

2.3.6. *La honte et l'impuissance liées au manque de contrôle sur son poids : un sentiment aux effets inbibants*

En conséquence des dimensions précédemment décrites, les participantes sont nombreuses à évoquer l'impression d'échec, ainsi que les sentiments de honte et d'impuissance qu'elles associent à leur poids, souvent bien malgré elles. C'est ce que traduisent bien les extraits suivants :

« Parler de son poids, c'est quelque chose qui est très tabou, qui est très honteux. On a honte souvent de notre poids. On a honte de ce qu'on fait ou de nos échecs » (Olivier, 31, 4 ans post-op).

« Moi : Vous associez ça à quoi l'obésité?

⁵¹³ Cornet, Philippe, *Corps obèse et société. Regards croisés entre médecins et patients*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris-Est, 2015, p. 220.

⁵¹⁴ À ce sujet, voir notamment: Goodley, D. *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction*, London: Sage, 2010.; Runswick-Cole, K., "Wearing It All with a Smile: Emotional Labour in the Lives of Mothers of Disabled Children", 2013; Liddiard, K. 2014, "The work of disabled identities in intimate relationship", *Disability and Society*, 2014; Wong, A. "The Work of Disabled Women Seeking Reproductive Health Care" *Sexuality and Disability*, 2000, vol.18, no. 4: 301–306.; Reeve, D, « Negotiating disability in everyday life: the experience of psycho-emotional disability », 2008.

⁵¹⁵ Cornet, Philippe, Op cit., reprenant Claude Fischler. « Obèse bénin, obèse malin », *Autrement*, 1993, n°138.

Elle : Le dénigrement, j'avais honte. Énormément honte de me laisser aller comme ça puis je savais pas comment faire car j'étais pas capable d'arrêter. J'étais impuissante face à ça » (Stéphanie, 50, 32 ans post-op).

Ce sentiment d'un dénigrement de soi peut être analysé à la lumière de ce que l'historienne Joyce L. Huff nomme notre « fiction culturelle de contrôle corporel absolu »⁵¹⁶, définissant le poids et le handicap comme des questions de choix et de responsabilité individuelle. En ce sens, plusieurs participantes ont insisté sur le fait que leur poids corporel était un des rares domaines de leur vie sur lequel elles n'avaient pas de prise, qu'elles n'arrivaient pas à soumettre à leur volonté de contrôle, générant chez elles de la frustration et de la honte. Fonctionnant selon la boucle itérative décrite par Sara Ahmed⁵¹⁷, le sentiment de honte ressenti par les participantes face à leur poids renvoie ainsi à un dégoût collectif et partagé pour ce qui échappe à la rationalisation du corps, pour la nature physique de l'être humain. Ces sentiments semblent ainsi s'élaborer en anticipation de la répugnance des autres face à leur supposé laisser aller à l'égard des règles de bienséance en société. C'est d'ailleurs à ce mouvement d'anticipation que renvoient les propos de Stéphanie lorsqu'elle décrit sa crainte de « faire honte » à sa fille à l'école comme une des préoccupations qui l'ont amené à vouloir l'opération : « Ma fille aussi face aux gens...j'avais peur qu'elle ait honte de l'image que je projette face à ses amis, face à son école... » (Stéphanie, 40, 7 ans post-op, public). Cette honte par projection, par anticipation de la honte que pourrait ressentir sa fille, prend ici aussi la forme d'un travail émotionnel lourd à porter au quotidien. Cette intégration du stigmaté lié au poids au plus profond de la subjectivité des participantes sous la forme de sentiments de honte et de culpabilité peut également les amener à éviter certaines activités corporelles et occasions d'être actives. C'est le cas de Laurent qui explique que l'anticipation du jugement sur son corps l'a amené à abandonner toute forme d'activité physique, contribuant à une prise de poids plus conséquente encore :

« J'avais abandonné parce que je voyais ça comme une trop grosse montagne. J'avais essayé quelques fois d'aller m'entraîner mais c'est comme un cercle vicieux. S'entraîner à 250 livres là...t'arrives au gym, t'as l'air d'un gros lard pas en forme...les gens ne te regardent pas, mais tu sens les regards, tu sens que t'es pas à ta place dans un gym » (Laurent, 46, 2 ans post-op, Mexique).

⁵¹⁶ Huff, Joyce, "Access to the Sky: Airplanes seats and fat bodies as contested spaces", dans Esther Rothblum et Sondra Solovay (dir.) *The Fat Studies Reader*, New York: New York University Press, 2009, p. 249-250.

⁵¹⁷ Ahmed décrit la boucle du performatif comme une sorte de prophétie auto-réalisatrice. Lorsque nous interprétons un objet comme la source même de nos émotions et ressentons alors cette émotion comme une réponse à la rencontre avec l'objet, nous confirmons la « vérité » de la lecture initiale. Autrement dit, l'objet semble être la cause de notre émotion - même si cette lecture est subjective et basée sur nos expériences passées, dans Ahmed, Sarah, *Living A Feminist Life*, Duke University Press, 2004, p. 32.

Cette honte devient ainsi en elle-même inhibante, voire invalidante pour les sujets en surpoids dans la mesure où elle les conduit à éviter de participer à des activités qui pourraient les réconcilier avec leur corps ou favoriser l'adoption de styles de vie plus actifs.

2.3.7. *La chirurgie comme délivrance d'un corps perçu comme une « prison »*

Saisies par ces sentiments d'échec, de honte et d'impuissance face à leur poids, les participantes sont nombreuses à dire qu'elles étaient arrivées à bout de ressources au moment de prendre la décision de se faire opérer. Sébastien raconte par exemple avoir progressivement pris du poids jusqu'à atteindre « le plus profond des barils » :

« On appelle ça le phénomène du yoyo et avec les années ça nous rattrape...le poids devient de plus en plus important, plus difficile à perdre jusqu'au moment où on atteint le plus profond des barils et on se pose des questions : qu'est-ce qu'on fait? La vie en vaut-elle la peine? » (Sébastien, 57, 3 ans post-op, public).

Il explicite ce ressenti (qui l'a mené à la chirurgie ainsi qu'à vouloir créer un blog motivationnel destiné aux personnes engagées dans un parcours bariatrique), en racontant combien il se sentait alors « emprisonné » dans son propre corps : « Y'a toujours cet aspect d'être pris dans son corps, c'est pour ça que j'ai créé une page qui s'appelle 'Mon corps, ma prison, pas à pas vers la liberté', parce que c'est vraiment comme ça que je me suis senti » (Sébastien, 57, 3 ans post-op, public). De la même façon, Martine affirme que « rendue à 270 livres », elle était « comme à bout », qu'elle n'en « pouvait plus » et qu'elle voyait alors dans la chirurgie une « lumière au bout du tunnel » (Martine, 43, 3 ans post-op, public). Ainsi, la chirurgie semble bien souvent se présenter dans la vie des patientes interrogées comme une sorte de bouée de sauvetage, une promesse de délivrance d'une souffrance devenue insoutenable. C'est aussi ce que traduisent les propos de Rebecca, qui raconte comment elle était arrivée « plus qu'à bout » de ses ressources au moment de sa deuxième rencontre avec son chirurgien, son état physique et affectif traduisant de façon très visible l'urgence de son désespoir :

« La première fois que j'étais arrivée là-bas j'étais toute belle, toute maquillée, les cheveux arrangés. Le chirurgien m'a dit je vais vous mettre en attente, mais j'y retourne un an après avec 55 livres en plus, pas maquillée, les cheveux tout croches et en pleurs. Ça lui disait autre chose au médecin, il voyait que j'étais plus capable. La première fois j'étais peut-être de trop bonne humeur, la deuxième fois j'étais plus qu'à bout. Il fallait qu'il se passe quelque chose parce que je m'en allais vers ma perte » (Rebecca, 60, 23 ans post-op).

Dès lors, le recours à la chirurgie bariatrique peut être interprété non seulement comme une manière de se défaire des contraintes physiologiques, environnementales et sociales associées au fait

de vivre dans un corps plus large, mais aussi comme un moyen de sortir d'une « posture probatoire »⁵¹⁸ permanente, obligeant l'individu à adopter différents comportements compensatoires dans l'espoir d'une meilleure intégration sociale. C'est ce que suggèrent les propos de Mathilde, qui, lorsque questionnée sur ses motivations à se faire opérer, confie qu'elles s'inscrivent dans la continuité d'une volonté durable de « faire oublier » sa différence corporelle:

« J'ai misé sur mon côté sociable puis j'ai essayé de me faire aimer de tout le monde pour cacher ce côté de moi. J'ai vu avec le temps que je fais tout pour que les gens m'aiment mais c'est vraiment...ça vient de là, d'essayer de faire oublier que je suis différente physiquement. C'était ça mes motivations. C'était trouver le bonheur là » (Mathilde, 38, 7 ans post-op sleeve au privé, 2 ans post-op bypass au public).

Ces motivations profondes débordent ainsi bien souvent de la volonté souvent exprimée par les participantes en début d'entretien « d'être plus en santé », pour rejoindre l'aspiration de « trouver le bonheur » par le dépassement d'une condition corporelle invalidante et fortement stigmatisée.

Cette exploration des causes de la prise pondérale et des raisons qui incitent les patientes à recourir à une chirurgie bariatrique souligne toute la complexité de la construction de l'obésité comme « maladie à soigner ». Tandis que l'excès pondéral reste largement appréhendé dans l'espace public comme le résultat de mauvaises habitudes de vie (malbouffe et sédentarité), les patientes définissent leur excès pondéral comme ayant des causes multiples, d'ordre biologique (hérédité familiale, dérèglement du corps, effets « yoyo » ou effets métaboliques de diètes répétées), psychologique (mal-être psychique et pratiques d'automédication, compulsions alimentaires) ou social (habitus alimentaire, contraintes matérielles). Ces causes, souvent perçues comme cumulatives, génèrent une prise de poids graduelle, qui s'installe de manière latente. Face à cette prise pondérale, les patientes mettent à distance la représentation de l'obésité comme manque de volonté et de discipline en expliquant avoir « tout essayé » pour la combattre. Attribuant une forte capacité de résistance, sinon une certaine agentivité, au corps face à leur volonté de contrôle, elles expliquent qu'il leur a été impossible de normaliser leur poids malgré leurs efforts, les effets métaboliques des régimes ayant plutôt aggravé leur condition. Si les patientes rejoignent le milieu bariatrique en définissant l'excès pondéral comme un phénomène complexe et multifactoriel au centre duquel le métabolisme joue un rôle à part entière, elles peuvent toutefois s'en distancier lorsqu'ils évoquent leurs motivations à se faire opérer. Si la résolution de troubles chroniques nécessitant déjà des interventions médicales ou l'anticipation de risques de santé en amont de la maladie font partie des raisons évoquées par les patientes, elles sont secondaires vis-à-

⁵¹⁸ Cornet, Philippe, Op. Cit. 2015, p. 228.

vis de leur désir de se défaire d'une corporalité invalidante. Les patientes décrivent les difficultés quotidiennes amenées par leur poids sur le plan de la mobilité et de la pleine réalisation de leurs rôles sociaux, ainsi que les sentiments d'exclusion et de souffrance générés par la confrontation à un environnement matériel pensé par et pour des personnes minces et à des expériences quotidiennes stigmatisantes, voire discriminantes. Ainsi, si la chirurgie semble venir valider l'obésité en tant que « maladie », les personnes le font principalement pour échapper à une expérience sociale et relationnelle du handicap. En tant qu'expérience d'une différence corporelle fortement stigmatisée, le fait de vivre dans un corps plus large exige un travail émotionnel de la part des patientes, qui se disent contraintes d'anticiper les attentes des autres pour pouvoir s'y conformer et échapper ainsi au mieux au dénigrement social auquel les expose leur condition. Ce travail émotionnel quotidien, à l'origine d'un fort sentiment d'épuisement psychique et de déconnexion avec soi, se traduit par le fait que les patientes tendent à décrire leur identité profonde et authentique comme une entité « piégée » dans une enveloppe corporelle erronée et mensongère. Au sein de ce dualisme corps-sujet fortement marqué, les patientes semblent anticiper la chirurgie comme un moyen de rétablir leur « vérité » subjective, c'est-à-dire de réduire l'écart entre leur perception d'elles-mêmes et l'identité sociale peu valorisée à laquelle leur corps les assigne. Cette représentation de la chirurgie comme révélation de son identité profonde et libération de la souffrance s'inscrit dans un imaginaire socioculturel de la technologie médicale comme dépassement « heureux » du handicap largement discuté dans la littérature⁵¹⁹. On verra plus loin comment le fort dualisme corps/sujet sur lequel repose ce récit optimiste du dépassement mène les candidates à la chirurgie à valoriser les sacrifices, les efforts et la douleur physique reliés à l'intervention comme une preuve de leur souveraineté en tant que sujets libres, autonomes, responsables et proactifs dans la prise en charge de leur capital somatique, soulignant bien les paradoxes de la biocitoyenneté (chapitre 7). Mais avant cela, le chapitre suivant s'appliquera d'abord à mettre en contraste la volonté de libération et d'épanouissement personnel des patientes, avec la fonction avant tout thérapeutique attribuée à la chirurgie par les cliniciens. Cela permettra d'identifier les lieux de recoupement, mais aussi les tensions qui émergent de la mise en présence, en contexte clinique, de définitions plurielles de l'obésité et de priorités distinctes quant à la « santé » et la « validité ».

⁵¹⁹ À ce sujet, voir Eli Clare, *Op. Cit.* 2017.

Chapitre 6

La chirurgie métabolique : une intervention curativo-anticipatoire inéluctable en contexte épidémique

Ce chapitre analyse le contenu sémantique des discours de chercheurs et praticiens de la santé québécois travaillant dans le domaine bariatrique du point de vue de leurs représentations de l'obésité, de la responsabilité de la patiente et du rôle de la technologie bariatrique dans l'amélioration de la vie des patientes. Je présente d'abord la façon dont mes participants justifient la nécessité médicale d'intervenir chirurgicalement sur les corps en obésité sévère. On verra comment ils font la défense d'une étiologie métabolique, promouvant la chirurgie comme une solution anticipatoire inévitable et urgente pour lutter contre la double épidémie d'obésité et de diabète et comme une thérapie améliorant l'existence des patients et facilitant leur (re)socialisation et leur réadaptation sociale. Dénonçant les stéréotypes entourant l'obésité, qui la renvoient à un simple manque de volonté et de maîtrise sur soi, le milieu bariatrique présente l'incapacité de l'obèse morbide à maigrir par lui-même comme étant de nature non pas psychologique ou morale, mais bien *physiologique*. Cela les amène à mobiliser une rhétorique compassionnelle à l'égard des victimes « morbides » de la double épidémie d'obésité et de diabète sévissant dans nos sociétés, rendant l'intervention chirurgicale nécessaire et urgente à l'échelle sociétale, bien qu'insuffisante.

Dans un deuxième temps, je présente la manière dont mes répondants comprennent la nature du travail clinique réalisé et les défis particuliers que pose la relation soignants-soignées. En dépit de son caractère invasif et potentiellement morbide, reconnu par les cliniciens, la chirurgie est présentée comme un traitement de dernier recours, sinon une « seconde chance » pour les patientes, une opportunité unique d'améliorer leur santé et leur qualité de vie globale. L'aspiration du milieu bariatrique à offrir une possibilité de réhabilitation aux patientes atteintes d'obésité morbide est soutenue par la reconnaissance exprimée par les patientes à l'égard de leur équipe médicale, confortant les cliniciens sur la valeur de leur travail. Bien que les professionnels de la santé apprécient la gratitude de leurs patientes, ils sont en même temps soucieux de leur détermination apparente à obtenir une intervention chirurgicale « à tout prix », sans toujours comprendre les risques et les complications associés à la procédure, ni la nécessité de modifier en profondeur leurs habitudes de vie après l'opération pour maintenir ses effets sur le long terme. Selon eux, la reconnaissance des patientes est le reflet de leur état de dépendance envers les institutions bariatriques, ce qui les rend d'ailleurs

vulnérables vis-à-vis des pratiques discutables du secteur privé, au Québec ou à l'étranger. Les craintes exprimées par les chirurgiens à cet égard viennent ainsi souligner l'enjeu central de la clinique chirurgicale de l'obésité, qui est précisément d'en faire des « malades chroniques », c'est-à-dire des patientes investies dans une trajectoire durable de surveillance des risques de complications postchirurgicales et de reprise de poids.

I. Défendre une étiologie métabolique de l'obésité, améliorer la qualité de vie de malades morbides

1.1. Asseoir scientifiquement l'incapacité de l'obèse « morbide » à maigrir par lui-même

1.1.1. La chirurgie bariatrique, victime de la mécompréhension et du stigmat entourant l'obésité

Lorsqu'interrogés sur les étapes de la reconnaissance médicale de la chirurgie bariatrique, les chercheurs et cliniciens ont souvent déclaré que l'obésité constituait encore une condition largement mécomprise dans la société et au sein du milieu médical. Cela s'explique selon eux par les préjugés négatifs qu'entretiennent les autres professionnels de la santé à l'endroit des personnes obèses, voyant dans l'excès pathologique de gras non pas une maladie, mais le signe d'un manque répréhensible de volonté de changer et de maîtrise sur soi. Comme l'expliquent ces deux répondants :

« Il y a toujours eu beaucoup de préjugés envers les patients. La chirurgie bariatrique était vue de haut parce qu'on dit toujours que c'est les patients qui ont fait leur propre malheur. Ils avaient juste à manger moins puis à bouger plus pour ne pas devenir obèses » (Chirurgien 3, public et privé).

« Ce n'était pas accepté par la communauté médicale que la chirurgie avait des bénéfices autres que cosmétiques. On le fait encore de nos jours, on accuse des personnes obèses de manger trop, de pas faire assez d'exercices. Alors on disait pas besoin de chirurgies pour ça, ils ont juste à arrêter de manger, puis à faire de l'exercice. C'est basé sur un préjugé, c'est une fausseté au niveau physiopathologie de l'obésité » (Chercheur, public).

Le regard moralisateur porté par le milieu médical sur les personnes en obésité est selon eux marqué par un manque d'empathie, n'ayant historiquement pas favorisé l'attractivité et le rayonnement de la pratique bariatrique. Plusieurs chirurgiens ont en ce sens insisté sur le fait que les personnes en obésité n'engendrent pas la même attitude bienveillante et empathique que d'autres malades supposées être « vulnérables », comme les patients souffrants de cancer ou les enfants par exemple, cela malgré la gravité de leur condition de santé :

« On parle encore de grossophobie, il y en a encore dans le milieu médical. On s'obstine encore avec des collègues. Disons que le patient obèse n'a pas la faveur populaire versus un petit enfant à Sainte Justine ou un cancer. Alors c'est sûr que c'est moins *trendy* d'opérer. C'est pas les gens qui sont moins malades, mais t'as pas beaucoup de rayonnement » (Chirurgien 3, public et privé).

En conséquence, la pratique bariatrique a selon eux longtemps été victime du stigmate associé aux malades qu'elle cherche à soigner. Considérant que les gens étaient obèses par leur faute, le milieu médical aurait été très réticent face à la solution chirurgicale, freinant longtemps le développement de la pratique. Le chercheur et les cliniciens interrogés ont ainsi beaucoup insisté sur le travail réalisé par la communauté bariatrique pour éduquer le reste du milieu médical à la maladie de l'obésité sévère et légitimer la chirurgie comme une cure thérapeutique adaptée et efficace :

« Les gens obèses vont générer naturellement une aversion, donc notre rôle c'est un peu de casser ça en montrant que c'est une maladie comme n'importe quelle autre qu'il faut traiter » (Chirurgien 2, public).

« Les premiers chirurgiens étaient complètement à contre-courant... t'sais les patients obèses étaient considérés comme des lâches, c'était leur faute s'ils avaient un surpoids, alors comment vous pensiez régler l'obésité avec une chirurgie...ils se sont battus pour faire de ce que notre clinique a institué en obésité. Maintenant les gens y croient beaucoup plus, ils comprennent que, sans que ce soit reconnu officiellement comme une maladie chronique, c'est une maladie chronique » (Chirurgienne 1, public)

« Pour nous, qui côtoyons ces gens-là au jour le jour, c'est beaucoup de travail. C'est beaucoup de travail d'éducation pour les différents professionnels dans l'hôpital pour leur dire que ces gens-là ont le droit à un traitement puis que ce n'est pas juste de leur faute s'ils sont obèses » (Chirurgien 2, public).

« Au début les chirurgiens étaient mal perçus par les autres professionnels de la santé...il a fallu qu'ils travaillent très fort pour rendre légitime la chirurgie bariatrique à l'interne » (Chercheur, public).

1.1.2. L'obésité, une condition multifactorielle et métabolique échappant largement au contrôle des individus

Lorsque questionnés sur leur propre définition de l'obésité et de ses causes, les cliniciens interrogés décrivent l'obésité comme une condition « complexe » et « multifactorielle » sur laquelle le patient a très peu de contrôle. Ils s'opposent ainsi à la compréhension populaire de l'obésité comme étant le résultat d'un déséquilibre entre les entrées et les sorties caloriques pour insister sur la nécessité de tenir compte du rôle joué par la « mauvaise génétique » dans l'obésité, notamment dans ses formes les plus avancées. S'ils attribuent généralement un certain rôle aux habitudes alimentaires et à l'exercice physique dans le maintien du poids, la génétique prédispose selon eux certains individus à prendre plus de poids que d'autres, de sorte qu'il ne soit pas possible de blâmer les personnes très obèses pour leur poids. Comme l'affirme ce chirurgien :

« Il y a une part de génétique qui explique que des gens vont être portés à prendre du poids de façon beaucoup plus importante que d'autres. Dans ces gens-là, y'en a qui vont se contrôler très bien en faisant des régimes très stricts et en adoptant un régime d'exercice physique très important. Mais la majorité de ces personnes deviennent un jour trop occupées, ont des enfants et ne peuvent plus avoir ce genre de régime de vie, et vont donc prendre du poids avec les années en raison de leur génétique. Y'en a d'autres au contraire qui ont exactement les mêmes habitudes de vie et mangent mal, mais qui resteront minces toute leur vie parce qu'ils ont une bonne génétique. Il y a beaucoup de gens qui voient seulement l'aspect habitudes de vie pour expliquer l'obésité. Mais pour te rendre à 450 livres là, il faut à quelque part que t'aies une mauvaise génétique » (Chirurgien 2, public).

Cette conception multifactorielle de l'obésité repose sur un modèle moléculaire du métabolisme rompant avec celui de la balance énergétique. Ce modèle, qui ne conçoit plus le métabolisme comme une zone de production de la réserve énergétique (basée sur les entrées et les sorties caloriques), mais comme une zone de régulation hormonale entre le corps, la nourriture et l'environnement⁵²⁰, attribue une force particulière aux mécanismes physiologiques, notamment neuro-hormonaux, de régulation du poids. Comme l'explique ce chercheur, directeur d'une importante chaire de recherche québécoise en chirurgie bariatrique et métabolique :

« Pour les personnes en prise à un problème d'obésité sévère, les mécanismes physiologiques qui défendent le poids corporel élevé sont extrêmement forts. On peut les tromper pendant quelques mois, quelques années en diminuant la prise alimentaire ou en augmentant l'activité physique, mais souvent la reprise de poids va être inexorable. C'est principalement une question de régulation physiologique, de régulation neurohormonale. Le bilan d'énergie est contrôlé au niveau neurologique [...] Certains noyaux de l'hypothalamus sont impliqués et on connaît des mutations dans certains gènes qui induisent une obésité sévère dès le plus jeune âge » (Chercheur, public).

Si l'effet multigénérationnel d'environnements « obésogènes » sur l'augmentation du poids à l'échelle populationnelle est reconnu par ce chercheur, qui explique l'émergence de l'épidémie d'obésité actuelle à travers l'hypothèse épigénétique d'un « environnement utérin obésogène » plaçant le nouveau-né « sur une trajectoire qui va l'emmenner à programmer ses circuits neurologiques de la récompense » et à « avoir des préférences alimentaires qui sont vers des aliments plus riches en gras, en sucre », il existe également selon lui « des facteurs individuels très importants qui vont faire que certaines personnes dans cet environnement vont répondre de façon extrêmement délétère en gagnant beaucoup de poids » (Chercheur, public). Accordant une grande force au conditionnement et aux mécanismes biologiques d'auto-conservation du gras, les acteurs de la recherche sur le métabolisme et la chirurgie bariatrique n'accordent donc pas à l'individu (à la différence des défenseurs du modèle de la balance énergétique) la capacité de modifier lui-même sa constitution biologique en contrôlant le nombre de calories consommées et dépensées. Suivant cette hypothèse métabolique d'une biologie rigide et inflexible, en soi « inédite dans le champ de la biologie moléculaire »⁵²¹ comme le soulèvent Jörg

⁵²⁰ À ce sujet, voir Landecker, Hannah "Metabolism, Reproduction, and the Aftermath of Categories," *Scholar and Feminist Online*, 11, 2013; et "Food as Exposure: Epigenetics and the New Metabolism," *Biosocieties*, 2011, vol. 6, p. 167-194.

⁵²¹ Niewöhner, Jörg et Michalis Kontopodis, Op. Cit., 2011. Les auteurs montrent à quel point la définition moléculaire de la maladie, en « compliquant » l'explication, modifie et complique également l'intervention. Elle n'ouvre donc pas nécessairement sur des possibilités de manipulation ou de choix biologiques plus grand comme cela a été envisagé par Nikolas Rose.

Niewöhner et Michalis Kontopodis, il est « illusoire » de croire que les corps en obésité sévère peuvent être normalisés à travers les seuls efforts du sujet individuel et la puissance de sa volonté :

« Ces personnes sont sur des trajectoires où ils vont vraiment gagner beaucoup de poids rapidement et c'est illusoire de croire qu'elles vont réussir à vaincre leur obésité en faisant un régime et une marche de 15min. Donc cibler seulement la balance énergétique comme solution à l'obésité, ça ne fonctionne pas, encore moins dans l'obésité sévère. C'est pour ça que ma vision de l'intervention sur l'obésité demande qu'on connaisse bien les paramètres physiologiques sur lesquels on va intervenir. Dire à quelqu'un arrête de manger, c'est être trop naïf » (Chercheur, public).

La « naïveté » des recommandations médicales faites aux patients en obésité sévère à partir du modèle de la balance énergétique permet alors de disqualifier ce paradigme dépassé au profit d'une compréhension plus scientifique de l'obésité, reposant sur une connaissance approfondie des mécanismes subtils de régulation du poids.

Selon les cliniciens interrogés, l'efficacité inégalée de l'intervention chirurgicale dans le traitement médical de l'obésité sévère constitue d'ailleurs la preuve ultime de la nature métabolique de l'obésité. Constituant une sorte de thérapie de l'intérieur, la chirurgie provoque en effet des transformations métaboliques améliorant la réponse insulínique avant même que le patient ne perde du poids :

« Les gens qu'on opère améliorent leur diabète en 48h, sans avoir aucune perte de poids. Ce sont des processus métaboliques. Si tu fais un bypass sur des souris, tout de suite la glycémie s'écroule sans que la souris commence à maigrir, c'est instantané » (Chirurgien 3, public et privé)

Ainsi, si la perte de poids à elle seule a un certain effet hormonal sur la réponse insulínique en venant réduire « l'inflammation » et améliorer la réponse physiologique aux calories ingérées (qui sont alors moins « stockées »), c'est surtout le fait de jouer sur la réponse neuro-hormonale aux aliments, en amenant des aliments moins ingérés plus bas dans l'intestin, qui provoque une réduction du diabète :

« La quantité de masse grasse, de lipocytes va avoir un effet au niveau de l'inflammation, sur la manière dont une personne va répondre aux calories. Ça ce serait plus pour les sleeves. Mais on a tout l'effet hormonal qui est rajouté lorsqu'on fait un bypass. Le fait d'amener des nourritures moins digérées plus bas dans l'intestin va entraîner une série de réponses hormonales qui vont amener une meilleure réponse au diabète, à une augmentation de la réponse d'insuline » (Chirurgien 4, public).

À la lumière des études randomisées sur les effets de différents types de chirurgie sur le diabète, toutes les chirurgies (à l'exception de l'anneau gastrique, de moins en moins pratiqué) sont ainsi considérées comme « métaboliques » à divers degrés, de sorte qu'il est possible d'évaluer avec précision le taux de guérison du diabète permis par chaque chirurgie, informant la prise de décision clinique :

« Toutes les chirurgies sont métaboliques. Le taux de guérison du diabète est de 50% avec la sleeve, de 60% avec l'Y-de-roux et de 80-90% avec la chirurgie de dérivation. Le seul qu'on enlèverait peut-être du terme métabolique c'est l'anneau gastrique, qui est en train de disparaître aussi » (Chercheur 1, public)

Les preuves émergentes sur les effets thérapeutiques de la chirurgie bariatrique ont permis de reconsidérer l'obésité comme un trouble métabolique plutôt que comme une simple question de comportement. En conséquence, la chirurgie est maintenant reconnue comme une option de traitement efficace et une façon de combattre la stigmatisation souvent associée à l'obésité, qui est à tort perçue comme le résultat d'un manque de volonté ou de motivation.

1.1.3. *La chirurgie comme approche « globale » de traitement*

Si les cliniciens interrogés reconnaissent que les connaissances accumulées sur l'obésité grâce aux études sur les effets métaboliques de la chirurgie ne constituent que le début d'une compréhension vraiment satisfaisante de l'obésité, ils considèrent que la chirurgie constitue néanmoins pour l'instant la meilleure option thérapeutique, en ce qu'elle constitue l'approche la plus globale de traitement qui existe à ce jour :

« C'est juste la pointe de l'iceberg que l'on comprend. Et il y a une façon de le comprendre à court terme, mais est-ce que ça persiste dans le temps et tout... C'est très cher à faire les études hormonales pour évaluer ça, mais pour l'instant, tant qu'on n'a pas la pilule miracle, que l'on n'a pas compris le mécanisme exact de l'obésité, la chirurgie reste quand même la meilleure option. C'est très stimulant de voir qu'il y'a de plus en plus de compagnies qui développent des médicaments, mais on joue toujours sur un axe ou deux dans tout le mécanisme complexe qu'est l'obésité » (Chirurgien 4, public).

Selon ce chercheur, c'est par le développement des sciences « omiques » (décrites comme « l'apparition des techniques à haute capacité permettant de caractériser le génome complet en très peu de temps, combiné à l'apparition des ordinateurs qui nous permettent d'analyser les données, combiné à l'apparition des bases de données publiques qui nous permettent d'avoir un référentiel sur lequel appliquer nos milliers de données ») permettant de regarder en même temps l'ensemble des protéines, des ARN messagers et des métabolismes (enzymes et protéines) produits par le génome, qu'il sera possible de comprendre la maladie-obésité dans toute sa complexité :

« Il faut faire des sous-classes de maladies, des catégories pour dire celle-ci va répondre, celle-ci ne répondra pas, pour cette catégorie-ci il faudrait avoir tel traitement, pour celle-là un autre. Je pense qu'on est à l'aube de ça. Avec les nouvelles techniques à haute capacité des sciences omiques, on va comprendre beaucoup de choses. Elles vont nous permettre de regarder le problème avec une approche beaucoup plus globale sans aprioris, de faire des classifications et donc de raffiner notre compréhension [...] L'avènement du *big data*, on est là-dedans. L'intelligence artificielle va probablement nous permettre de mieux comprendre » (Chercheur, public)

Selon ce chirurgien, l'application future de la génomique à la recherche sur l'obésité et la chirurgie bariatrique annonce ainsi le développement d'une « approche globale sans apriori » de l'obésité

remplaçant le modèle de la balance énergétique (présenté comme simpliste et dépassé) pour permettre de « personnaliser » les traitements chirurgicaux proposés en fonction de sous-catégories d'obésité. La plus grande neutralité scientifique revendiquée par la communauté bariatrique à travers le cadre de la « complexité », s'accompagne ainsi de la production de nouvelles promesses métaboliques autour de futures thérapies personnalisées, adaptées au profil génomique particulier du patient en obésité.

1.1.4. *La clinique bariatrique, une « passerelle » entre le soin et la recherche métabolique*

C'est dans cette logique que s'organise présentement la recherche biomédicale sur l'obésité, le métabolisme et le diabète au Québec, laquelle repose sur de larges banques de données constituées à partir des échantillons sous-cutanés des patientes opérées dans certains centres bariatriques qui ont développé un important volet recherche (l'IUCPQ et Sacré-Cœur notamment). De nombreuses patientes opérées dans ces centres se trouvent ainsi impliquées dans la recherche, le niveau de cette implication variant toutefois d'une patiente à l'autre. Tandis que la collecte d'échantillons de tissus biologiques réalisée au moment de l'acte chirurgical a permis la constitution d'une large biobanque « de graisse, de foie, de mésentère, d'intestin, duodénum, d'estomac [...] de muscles, d'ADN, du sang » soutenant « plus de trente projets de recherche scientifique approuvés par l'institution » (Chercheur, public), d'autres patientes sont recrutées pour des projets de recherche ponctuels prospectifs dans lesquels des échantillons sont également prélevés. De nombreux projets de recherche visent en effet à favoriser la prise en compte des caractéristiques spécifiques de la patiente dans le choix de l'intervention bariatrique administrée. C'est par exemple le cas de l'important projet RÉMISSION porté par la chaire de recherche en chirurgie bariatrique et métabolique de l'IUCPQ, visant à étudier les effets de différentes chirurgies bariatriques sur la réduction du diabète de type 2 :

« Ces premiers résultats démontrent qu'en choisissant la meilleure approche chirurgicale possible en fonction des caractéristiques uniques de chaque individu, on augmente les chances de réduire les impacts métaboliques de l'obésité pour chaque patient » a déclaré Dr André Tchernof, chercheur principal et cotitulaire de la Chaire de recherche en chirurgie bariatrique et métabolique de l'Université Laval et membre du Centre de recherche de l'Institut »⁵²².

Interrogeant les frontières supposées étanches entre la recherche biomédicale et les soins cliniques, la participation des patientes bariatriques à la recherche est d'ailleurs elle-même imaginée par certains

⁵²²IUCPQ, « Diabète de type 2 chez les patients souffrant d'obésité: choisir la meilleure approche chirurgicale améliore le taux de guérison », *Site officiel de l'IUCPQ*, 4 décembre 2018. En ligne.

chirurgiens comme une manière de les engager plus activement dans leur parcours thérapeutique afin de favoriser leur adhérence au traitement et donc ultimement le « succès » de l'intervention :

« On implique beaucoup de patients dans nos projets de recherche. Aux patients recrutables et intéressés, on va leur proposer quasiment à tous un projet de recherche, que ce soit sur les habitudes alimentaires, le diabète, le cerveau, le métabolisme ou sur différents types de chirurgies...Et ça joue d'ailleurs probablement sur l'implication des patients dans le programme » (Chirurgien 4, public).

Il semble dès lors se constituer autour de la recherche en chirurgie bariatrique et de l'obésité une nouvelle économie de la promesse, réunissant l'espoir des chercheurs de faire avancer la compréhension de l'obésité et de développer des traitements adaptés au profil métabolique spécifique de la patiente, l'espoir des cliniciens de soigner des « malades » et l'espoir des patientes de voir leur existence somatique et sociale s'améliorer à travers l'accès à la chirurgie bariatrique.

1.2. La chirurgie comme une intervention de dernier recours urgente et nécessaire

1.2.1. Un manque de considération politique à l'origine d'une médecine bariatrique stratifiée

Si la pratique bariatrique détient aujourd'hui une plus grande reconnaissance au sein de la communauté médicale qu'à ses débuts, elle n'est, selon mes répondants, toujours pas reconnue à sa juste valeur par les décideurs politiques. Comme l'explique ce chirurgien, la chirurgie n'est pas considérée par les pouvoirs publics comme urgente, mais comme une intervention élective pouvant être annulée ou retardée sans danger :

« La bariatrique est considérée comme une chirurgie élective de type chirurgie esthétique, donc entre un cancer du poumon ou un patient qui doit se faire opérer pour une chirurgie bariatrique, si y'a quelque chose qui va être annulé dans mon centre de cardio-pneumo et d'obésité, y'a même pas de question. Mais c'est ça, c'est de nouveau où on met l'argent. Le système de santé actuel coûte déjà très cher, mais on va voir le bénéfice immédiat. Une jeune femme de 40 ans de 40 d'IMC qui essaye de tomber enceinte depuis 5 ans et qui n'y arrive pas à cause de son syndrome d'ovaire polykystique, elle peut attendre 5 ans. Par contre un patient de 85 ans qui fait un infarctus parce qu'il a fumé toute sa vie, ça va être une urgence...C'est un petit peu notre conflit, notre débat avec l'institution...c'est le manque de reconnaissance » (Chirurgien 4, public).

Pour mes répondants, ce manque de considération politique est encore une fois la conséquence d'une absence de reconnaissance de l'obésité comme une véritable maladie et du stigmate rattaché au patient obèse, qui, contrairement au « patient de 85 ans qui fait un infarctus parce qu'il a fumé toute sa vie » est injustement jugé responsable de son état de santé et de sa guérison. Cette nutritionniste explique ainsi le manque d'entrain des décideurs politiques à financer correctement les services bariatriques par le caractère peu « sexy » de l'obésité morbide :

« Ça demande de l'argent, de la volonté politique et c'est pas le sujet le plus sexy pour les décideurs... Parce que c'est encore interprété comme une responsabilité individuelle l'obésité: c'est de ta faute parce que tu manges trop et que tu bouges pas assez. On commence à voir des messages différents mais pour la majorité du monde, si t'es gros c'est parce que tu manges mal et que tu bouges pas » (Nutritionniste 1, privé)⁵²³.

La demande colossale pour des chirurgies bariatriques dans un contexte d'épidémie mondiale d'obésité, ainsi que l'insuffisance des ressources publiques investies dans des services perçus comme secondaires par les pouvoirs publics expliquerait ainsi l'existence de listes d'attentes extrêmement longues, ainsi que le découragement de certaines patientes se tournant vers des cliniques privées, au Québec ou à l'étranger, pour se faire opérer plus rapidement :

« Nous on veut favoriser l'accessibilité aux patients. Le problème c'est que le bassin de population d'obèses morbides ne fait que progresser, alors le système de santé ne sera jamais capable de répondre à la demande, surtout avec notre système québécois qui est tout croche. Alors tu vas toujours avoir des patients sur ma liste d'attente ou celle de n'importe quel chirurgien bariatrique qui attendent pendant des lunes avant d'avoir un rendez-vous.... Si le patient a besoin de soins intensifs parce qu'il est très malade, on voit pas le jour où il va être opéré. Présentement la liste d'attente c'est minimum un an donc tous les patients découragés ils s'inscrivent chez nous à Montréal, sur la rive sud à Québec... ils s'inscrivent partout. Ils sont désespérés, puis à moment ils sont écœurés, fait que 1800\$ Tijuana au Mexique et on prend l'avion et on y va là... » (Chirurgien 3, public et privé)

« Les listes d'attente sont très longues et le système de santé n'est pas parfait, mais un déterminant majeur c'est que le système de santé publique ne peut de toutes façons pas fournir à la tâche. La liste d'attente ici est de 2000 patients... Alors qu'est-ce qu'ils font les patients? Ils vont chercher des options. L'option qui sera choisie dépend des personnes, mais le privé est certainement une alternative ou bien aller dans un autre pays » (Chercheur, public).

Le déséquilibre entre la demande grandissante pour la chirurgie bariatrique et le manque de services offerts mène alors à une prise en charge fortement stratifiée des malades (en fonction des zones géographiques, de l'IMC, des problèmes de santé concomitants, etc.), créant divers seuils de discrimination à l'intérieur même du système public de santé:

« Y'a certaines régions de la province qui sont pires que d'autres, qui ne sont pas bien desservies. Y'a des gens qui vont attendre des années. On a régulièrement des patients qui attendent 7 ou 8 ans sur la liste, puis à un moment donné ils vont se mettre sur plusieurs listes. Y'a des malades qui à cause des facteurs de risques comme des IMC plus élevés ou des problèmes de santé un peu particuliers, ne vont peut-être pas être opérés par le premier chirurgien qui ouvre sa pratique, et vont donc attendre encore plus longtemps » (Chirurgien 6, privé).

1.2.2. *La chirurgie comme dernier rempart face à la double épidémie d'obésité et de diabète*

Dénonçant le manque d'investissements publics dans la médecine bariatrique, les acteurs du milieu argumentent dans une logique anticipatoire que l'essor de la pratique bariatrique dans un contexte d'épidémie d'obésité et de diabète permettrait, à terme, de contribuer à la santé économique

⁵²³ Cette même répondante, m'a d'ailleurs demandé, à la fin de l'entrevue, comment j'en étais arrivée à m'intéresser à un sujet aussi peu « sexy » que la chirurgie bariatrique.

de la nation. Pour mes répondants, le manque de reconnaissance politico-sanitaire de la pratique bariatrique constitue un manque de vision à long terme, les promoteurs de la santé publique n'envisageant pas les bénéfices de la chirurgie en termes de réduction des coûts collectifs associés à la prise en charge des comorbidités chroniques liées à l'obésité sévère, comme le diabète:

« Quand on regarde le taux de résolution du diabète que l'on peut avoir après une opération, on est entre 50 et 90% d'amélioration. Et simplement traiter quelqu'un de diabétique pendant 30-40 ans avec de la médication puis les effets du diabète sur le corps, notamment les risques cardiovasculaires, c'est sûr qu'on rentre vraiment dans son argent » (Chirurgie 2, public).

« Dans les budgets de la santé, les gestionnaires ont souvent une vision à court terme malheureusement, fait que sur le coup une chirurgie bariatrique coûte cher. Mais on connaît toutes les économies qu'on va faire dans le futur parce que le patient ne sera plus diabétique, que la gestion des soins va être plus facile, qu'il y aura plus un surpoids...L'impact va être énorme, mais c'est pas la même enveloppe budgétaire... » (Chirurgienne 1, public).

« À long terme c'est certain que c'est la seule chirurgie qui se rembourse pour le système de santé. Toutes les autres chirurgies coûtent énormément de sous à la société, la chirurgie bariatrique en 2 à 3 ans les coûts de santé sont remboursés. Donc sur papier y'a pas photo » (Chirurgien 3, public et privé).

L'invocation de ces impacts métaboliques permet ainsi aux cliniciens de présenter la chirurgie métabolique comme la seule solution permettant de contrer l'essor épidémique de formes acquises de diabète laissant les endocrinologues sans autres ressources:

« La maladie mondiale la plus dommageable présentement, c'est le diabète. Et le problème avec le diabète, c'est que ça a une répercussion sur tous les organes. Un diabète sévère peut rendre aveugle, causer des problèmes vasculaires, cardiaques, rénaux...c'est une maladie qui a un impact phénoménal. Et le diabète et l'obésité c'est comme des frères siamois, ça va ensemble. C'est une courbe logarithmique. Ton poids augmente puis là à un moment donné ça part en feu. Alors si tu veux contrôler ou diminuer l'impact du diabète, t'as pas le choix » (Chirurgien 3, public et privé).

« On opère des gens de 55 ans, des hommes avec des diabètes, insulino-dépendants, pour qui les endocrinologues ne réussissent pas à trouver...ils les bombardent de médicaments, tous les médicaments liés à l'insuline, puis ils n'arrivent pas à contrôler leur diabète. Donc là ça devient comme une urgence métabolique » (Chirurgien 7, public).

La nature « hors-contrôle » de l'épidémie de diabète, que vise à traduire dans le dernier extrait cité la métaphore du feu qui part, permet de promouvoir le traitement chirurgical de l'obésité comme une solution inévitable (« t'as pas le choix ») à un problème sociétal, voire global, grave et urgent. Cette insistance sur le caractère inévitable de la chirurgie bariatrique dans le contexte d'une double « épidémie » d'obésité et de diabète permet ainsi aux chirurgiens de situer l'essor actuel de la pratique bariatrique au-delà de toute controverse : si l'on veut combattre l'épidémie de diabète, nous n'avons pas d'autres choix que nous attaquer à l'obésité de manière anticipatoire.

1.2.3. *La chirurgie, un « mal nécessaire » pour soulager des patientes en souffrance*

Les chirurgiens interrogés croient d'ailleurs que les risques associés à la chirurgie représentent un petit prix à payer en comparaison à ce qu'elle offre aux patientes sur le long terme. Constituant l'unique traitement efficace pour soigner les patients souffrants d'obésité et de diabète, la chirurgie bariatrique est pour eux inéluctable malgré son caractère invasif et morbide:

« Il y'a de plus en plus de papiers qui comparent le traitement médical optimal avec la chirurgie bariatrique sur le traitement de l'obésité et sur le traitement du diabète, et on se rend compte qu'on n'a pas de bons traitements. Que ce soit le traitement médical, le traitement classique avec un suivi en psychologie, avec un suivi en nutrition...sur la grande majorité des patients ils sont pas efficaces. Donc c'est là qu'on est obligés de faire des chirurgies qui veut-veut pas sont morbides, même si le taux de complications a baissé. C'est sûr que si je vous demandais vous avez l'option de prendre un médicament ou de vous faire opérer, tout le monde choisirait le médicament. C'est juste que pour le moment, on n'a pas de traitements très efficaces » (chirurgien 7, public)

« Quand même pour des IMC en haut de 50, c'est une des seules opérations qui vont les libérer de leur obésité » (chirurgienne 1, public).

Cette compréhension du caractère obligé de l'intervention chirurgicale, soutenue par une logique anticipatoire mobilisant le sentiment d'urgence associé à l'épidémie de diabète et une rhétorique compassionnelle à l'égard des victimes « morbides » de celle-ci, s'étend aux enfants et aux adolescents en obésité. Les experts interrogés admettent ainsi que la chirurgie bariatrique est déjà fréquemment effectuée sur des adolescents, voire sur des enfants en situation de grave obésité afin de prévenir une dégradation future de l'état de santé :

« La chirurgie chez l'adolescent, c'est une question aujourd'hui très débattue dans la littérature, et dans la communauté scientifique, médicale et chirurgicale. En ce moment dans les centres, les chirurgies qui sont faites chez les gens de moins de 18ans sont peu nombreuses, et doivent respecter un certain nombre de critères, comme la maturité psychologique, le support familial, la maturité osseuse et la maturité développementale au niveau des stades de l'adolescence. Mais c'est arrivé que des chirurgiens fasse la chirurgie chez des adolescents qui avaient une obésité manifeste et qui commençaient déjà à avoir des problèmes de santé reliés à leur obésité dans un souci de prévention d'une dégradation de l'état » (Chercheur, public).

Tandis que ce chirurgien admet avoir déjà opéré des enfants de l'âge de 11 ans, il explique que des limites particulières s'appliquent, liées notamment à la maturité physiologique et psychologique de l'enfant, mais aussi au statut symbolique particulier des enfants:

« Moi j'en ai fait des chirurgies à Sainte Justine pour les enfants, mais si on parlait de grossophobie tantôt, là t'es dans une autre catégorie encore...Les gens sont encore plus récalcitrants parce que là tu mélanges tout le développement de l'enfant, autant physique que mental, et tu tombes dans une zone complexe. Mais partout dans le monde y'a des gens qui vont opérer des patients en pédiatrie qui ont des poids épouvantables. Moi j'ai opéré des enfants de 11 ans qui pesaient 350 livres » (Chirurgien 3, public et privé).

Selon ce chercheur, des études plus récentes que la chirurgie permettrait de « stimuler la croissance » :

« C'est très accepté par tout le monde qu'un adolescent qui arrive avec un IMC à 45 et qui a du diabète, y'a pas de doute que c'est une indication pour la chirurgie si l'adolescent la désire. Y'a même des études un peu plus révolutionnaires qui viennent du Moyen-Orient où des enfants ont subi la chirurgie bariatrique et qui ont démontré que si un enfant souffrant d'obésité sévère a la chirurgie bariatrique, sa croissance va être stimulée par la perte de poids. Donc c'est pas parce que c'est un enfant ou un adolescent qu'il y a une contre-indication » (Chercheur, public).

De manière intéressante, même si l'âge ne constitue donc pas une contre-indication, ce même chercheur décrit toutefois le métabolisme des enfants et des adolescents comme encore « flexible » et donc potentiellement modifiable par les voies classiques de la prévention (la transformation des habitudes de vie), ce qui pourrait donner moins de poids à une chirurgie anticipatoire vis-à-vis de solutions plus classiques :

« Maintenant c'est sûr qu'on fait toujours plus attention. On imagine que plus les gens sont jeunes, plus ils peuvent peut-être dans les bonnes circonstances changer leurs habitudes. Et leur métabolisme est plus flexible, donc on veut s'assurer que les pédiatres sont d'accord, que toutes les mesures ont été prises et qu'on a tout essayé avant de proposer la chirurgie bariatrique en "dernier recours". Mais on peut quand même considérer ces patients plus jeunes comme des patients potentiels » (Chercheur, public).

L'extension de cette logique anticipatoire se heurte toutefois aux limites du système public de santé. Ainsi, après avoir été interrogé sur la possibilité d'opérer un jour des patients atteints de diabète de type 2, mais de formes plus légères d'obésité, ce chercheur a insisté sur les limites structurelles à une expansion future des usages thérapeutiques de la chirurgie bariatrique:

« Possiblement...en fait ça devient non pas une contrainte conceptuelle ou physiologique mais une contrainte organisationnelle. C'est à dire que l'obésité sévère touche un petit pourcentage de personnes, mais là si on va à un IMC de 20 on augmente le *pool* de personnes potentiellement éligibles...et là est-ce que notre système est capable de fournir cette opération? La réponse est non d'emblée. Il faudrait donc cibler les gens qui ont un diabète ou changer les critères d'admissibilité à la chirurgie, pas les baser uniquement sur l'IMC mais sur d'autres choses » (Chercheur, public).

Ainsi, le chercheur et les cliniciens interrogés se révèlent être très conscients de l'incapacité de la clinique chirurgicale de l'obésité à résoudre à elle seule le problème sociétal de l'épidémie d'obésité et de diabète, qu'elle constitue une solution « palliative » à une problématique de santé publique dépassant largement les compétences de leur profession:

« J'ai toujours été fasciné de voir que les chirurgiens disent que l'objectif ultime serait de ne plus opérer personne. Ça serait beaucoup mieux si y'avait pas d'obésité morbide » (Chercheur, public)

« La chirurgie ne pourra pas être étendue à des millions de personnes. C'est toujours une espèce de triangle. Vous avez à la base les habitudes de vie, ensuite y'a la médication puis la pointe c'est la chirurgie, c'est le traitement de dernier recours lorsque tout le reste n'a pas fonctionné. Parce qu'on ne pourra pas faire l'opération chez des millions de personnes, ce sont des milliers en ce moment au Québec par année » (Chercheur, public).

II. La chirurgie comme « deuxième chance » : faire table rase du passé, remettre les patientes dans le droit chemin

2.1. La clinique bariatrique : une institution de reconversion identitaire

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la définition de l'obésité comme une maladie métabolique ne fait pas pour autant disparaître la responsabilité individuelle de la patiente. En effet, au-delà de l'amaigrissement automatiquement induit par la chirurgie au cours des deux premières années suivant l'opération, le maintien de la perte de poids obtenue, et donc la réussite de l'intervention, repose sur les changements profonds et durables que la patiente aura réussi à mettre en place dans ses habitudes de vie. Alors que les taux de complications et de mortalité associés à la chirurgie bariatrique diminuent⁵²⁴, la question de la reprise de poids est aujourd'hui celle qui, plus que toute autre complication, inquiète la profession bariatrique.

2.1.1. *L'intervention chirurgicale, la « carotte au bout du bâton »*

Dans ce contexte, les cliniciens sont nombreux à exprimer leurs incertitudes quant à la capacité de leurs patientes à prendre en charge leur parcours chirurgical une fois sorties des « murs » de l'institution clinique. Plutôt qu'une aptitude prise pour acquis par les praticiens de la santé, l'autonomie des patientes constitue alors un idéal institutionnel à atteindre. Les cliniciens partagent de ce fait l'ambition d'un réel « travail » sur le corps de la patiente, mais aussi sur ses comportements quotidiens et sa perception de lui-même. C'est pourquoi cette chirurgienne présente la chirurgie comme « la carotte au bout du bâton », c'est-à-dire comme un outil permettant d'« activer » des patientes autrement démotivées à s'investir dans leur transformation corporelle et identitaire :

« C'est quand ils nous rencontrent qu'ils ont comme la carotte au bout du bâton, l'objectif où ils se disent bon beh là faut que j'le fasse. Quel pourcentage des gens vont être capables de maintenir ça après l'opération...On souhaite 100% mais on sait malheureusement que c'est pas le cas » (Chirurgienne 1, public)

La plupart des patientes étant incapables de faire les changements nécessaires par elles-mêmes, elles auraient besoin d'un motivateur externe pour soutenir leur volonté de changement. Le rôle de l'équipe médicale peut ainsi être comparé à celui d'un *coach* de santé cherchant à accompagner psychologiquement la patiente dans sa volonté individuelle de changement, à la « mettre en mouvement » dans la bonne direction :

⁵²⁴ Nicholas, C. et May, R. « The fifth annual HealthGrades bariatric surgery trends in American hospitals study », Golden, CO: *HealthGrades, Inc.* 2010.

« On est toujours en train d'essayer de leur rappeler de manger tranquillement, de faire de bons choix, d'être actifs...Parfois simplement de venir nous voir et de monter sur la balance va leur faire réaliser que leur poids est en train de monter. Donc c'est pas tant le geste chirurgical que le suivi et le support qu'on va donner à ces patients qui va faire le succès de l'opération » (Chirurgienne 1, public).

La clinique de l'obésité se présente ainsi non pas comme un espace curatif, organisé autour du simple acte chirurgical, mais comme une institution de conversion identitaire visant la modification effective des comportements et des personnes. L'équipe de chirurgie entreprend une forme de « socialisation anticipatrice »⁵²⁵ des patientes en obésité morbide, en visant à ce qu'elles internalisent de manière anticipatoire (avant leur opération) les dispositions individuelles qui leur permettront de « bien s'occuper » de leur chirurgie par la suite (faire les bons choix alimentaires, manger lentement, rester actifs, etc.). Ainsi, cette nutritionniste affirme préférer « attraper » les patientes avant leur chirurgie pour tenter de leur faire prendre conscience de leurs mauvaises habitudes alimentaires et du chemin à parcourir avant qu'elles aient eu recours à la chirurgie et perdent alors du poids de façon automatique:

« Ma clientèle préférée, c'est quand je suis capable de les attraper avant la chirurgie. Je fais un petit journal, comme un petit bulletin des acquis, de ce qu'ils ont réussi à changer avant. Parce que quelqu'un qui a toujours bu aux repas, et qui se rend compte que s'il boit en mangeant il perd quand même du poids, il va avoir un renforcement sur un comportement néfaste...Et finalement 3 ans plus tard, il aura repris 50 et il comprendra pas pourquoi » (Nutritionniste 1, privé).

Dans cette perspective, la perte de poids induite par la chirurgie est envisagée comme un simple renforcement positif aux nouvelles habitudes acquises, un incitatif à les maintenir par-delà l'acquisition d'un corps plus mince souhaitée par les patientes:

« Si on n'a pas utilisé l'outil au bon moment, tout est plus difficile par la suite. C'est pas impossible, mais on aura pas l'espèce d'encouragement... Quand quelque chose est difficile, mais que le poids sur la balance diminue enfin, c'est un bon renforcement positif ! » (Nutritionniste 1, privé).

2.1.2. *La patiente, actrice au centre du dispositif bariatrique*

Plutôt que comme une technologie de contrôle biologique infaillible, la chirurgie bariatrique semble donc être envisagée par les cliniciens en prise avec des reprises de poids, comme un simple « outil » dont l'efficacité dépend de son usage par la patiente. D'où la nécessité d'apprendre aux patientes à bien l'utiliser en leur inculquant, dans une phase de préparation, l'idée que l'outil n'est pas infaillible et qu'elles font elles-mêmes « partie de leur traitement »:

⁵²⁵ Selon le sociologue Robert King Merton, la socialisation anticipatrice consiste pour l'individu inscrit dans une trajectoire d'ascension sociale, à adopter par anticipation les normes et comportements du groupe qu'il espère intégrer en délaissant les attributs identitaires de son groupe d'appartenance. Voir: Robert K. Merton, *Social Theory and Social Structure*, New York: The Free Press, 1968.

« On met beaucoup l'emphase sur la préparation, parce qu'il faut leur faire comprendre que la chirurgie c'est un outil pour perdre du poids, mais que c'est pas une finalité et que c'est pas infaillible. On les aide à perdre du poids avec la chirurgie, mais s'ils ne collaborent pas et ne font pas attention, ils vont en reprendre. Donc il faut leur faire comprendre qu'ils font partie de leur traitement » (Chirurgienne 1, public).

Cette idée que le malade devrait se concevoir comme un collaborateur dans son plan de traitement en utilisant la chirurgie comme un simple outil, soit de façon prudente et responsable, découle de la définition de l'obésité comme une *maladie chronique*, nécessitant des formes de régulation du corps inscrites dans la durée, investissant le temps biologique des corps⁵²⁶. Cette même chirurgienne présente ainsi le parcours bariatrique comme une « deuxième chance » offerte aux patientes de « retournez sur le droit chemin », une opportunité de reprendre leur vie biologique en main en adoptant de meilleures habitudes de vie :

« Ce qui est beau en bariatrique, c'est de pouvoir donner une deuxième chance à la personne. Y'a personne de parfait, tout le monde fait des erreurs dans la vie. Y'a des erreurs qui sont plus coûteuses que d'autres, comme quand on triche au niveau de l'alimentation, ou qu'on fait des écarts et qu'on avait un mauvais métabolisme... Une fois qu'on a atteint un certain IMC, c'est impossible de demander aux gens de rebaisser. Fait qu'on leur dit : écoutez, changez vos habitudes de vie, retournez sur le droit chemin, puis on va vous donner l'outil pour atteindre votre objectif après. C'est de donner cette chance-là aux gens » (Chirurgienne 1, public).

Alors que l'on croyait le sort des patients en obésité « morbide » désespérés, en raison d'un métabolisme devenu pathologique au point de rendre leur volonté de changement inopérante, la chirurgie bariatrique et la prise en charge qui l'entoure leur offre une opportunité de faire table rase des dérives du passé, de remettre *momentanément* les compteurs métaboliques à zéro. Les extraits précédemment cités permettent de mettre au jour la logique plus large de conversion corporelle et identitaire dans laquelle les cliniciens situent l'intervention bariatrique. Pour eux, il ne s'agit pas simplement d'opérer des patientes pour rééquilibrer instantanément leur métabolisme, mais de leur offrir le « coup de pédale » nécessaire pour leur permettre de s'inscrire dans une trajectoire continue et durable de transformation active de leur rapport quotidien au corps et à la nourriture supposée redonner au patient une certaine maîtrise sur sa temporalité biologique/métabolique. Ainsi, il semble que ce ne soit pas tant la chirurgie bariatrique en elle-même qui guérisse la malade, sinon que la capacité de celle-ci à redonner au sujet un certain contrôle sur sa relation subjective au corps, à la santé et à l'alimentation, à le transformer en un instrument de son propre rétablissement.

⁵²⁶À ce sujet, voir : Moreau, Nicolas et Florence Vinit, Op. Cit. 2007.

2.2. La revendication d'un régime compassionnel : d'une logique techniciste vers une logique du soin

2.2.1. Devenir un accompagnant, développer de nouvelles aptitudes émotionnelles

Dans le cadre de la clinique en chirurgie bariatrique, le soignant est amené à devenir un accompagnant afin de déplacer le statut de la patiente de simple soignée à celui de participante active à son parcours de soin. Comme l'explique cette chirurgienne, il y a dans son centre une réelle volonté de réaliser un travail de préparation et d'accompagnement multidisciplinaire des patientes qui contraste avec le travail attendu en chirurgie généraliste, traditionnellement articulé autour de l'acte opératoire :

« En tant que chirurgien, il faut être compatissant. Il y a une différence par rapport à la chirurgie générale, où quand on opère un patient pour une hernie ou un cancer, on l'opère et ça s'arrête à peu près là. Ici on a une espèce de contrat. La préparation est beaucoup plus longue et tout à fait différente, parce qu'on veut opérer des patients qui sont prêts. Au niveau nutritionnel principalement, mais aussi psychologique. Une fois qu'on les a opérés, on est un peu responsables de la suite et des résultats à long terme. Même en chirurgie du cancer, on va référer...peut être voir les patients une fois après 4-5 ans, puis c'est terminé. Ici on continue de suivre des patients qui ont été opérés dans les années 90 » (Chirurgien 4, public).

C'est pourquoi, lorsqu'interrogés sur les aptitudes particulières que devrait détenir un bon chirurgien bariatrique, nombreux sont les répondants interrogés qui ont énoncé l'empathie, la compassion, la compréhension et l'écoute. Comparativement à d'autres types de chirurgie où il y aurait juste une technique à acquérir, la bariatrie implique ainsi un travail de désactivation des affects négatifs rattachés à l'obésité, ainsi que l'acquisition de nouvelles aptitudes émotionnelles nécessaire à la réalisation du travail du « care » devant être effectué. Dans le discours de ces praticiens, la nécessité de ce double travail sur leurs propres émotions est invoquée à la lumière du stigmatisme associé aux personnes en obésité sévère:

« Il y a à peu près aucun chirurgien qui sera insensible à un patient qui a le cancer ou à un enfant qui est malade, mais face à un patient obèse... il va y avoir de gros préjugés. Il faut donc que t'élimines complètement ces préjugés, parce que quand le patient arrive devant toi, si tu commences à jouer dans ces stéréotypes-là, ça n'a pas de fin. T'as pas le choix, faut que tu sépares complètement... » (Chirurgien 3, public et privé).

Étant donné les problématiques psychosociales découlant des expériences de stigmatisation vécues par leurs patientes, il s'agit pour les praticiens de cultiver un rapport de confiance avec les patientes en démontrant leur capacité à s'identifier à leur vécu et à leur ressenti:

« Les patients qui viennent ici se sont beaucoup fait juger donc ça prend de pas les juger, une bonne compréhension, d'être capable de les écouter, de se mettre un peu à leur place aussi, imaginer c'est quoi vivre avec un surpoids...Juste le fait de pas être capable d'attacher ses souliers, de faire son jean, de prendre les transports en commun...Donc ça prend beaucoup d'empathie » (Chirurgienne 1, public).

Ainsi, tandis que la communauté bariatrique s'appuie sur les aspects génétiques et métaboliques de l'obésité lorsqu'elle cherche à expliquer la nécessité du recours à la chirurgie dans le traitement de l'obésité sévère, elle tient compte de l'importance d'autres facteurs au moment de prendre en charge la patiente dans son parcours de santé. Dans le concret de la relation clinique, il ne s'agit pas pour certains chirurgiens simplement d'opérer des patientes, mais d'établir avec elles une sorte de contrat de confiance permettant de s'assurer de leur observance du traitement.

2.2.2. *Prendre en compte l'histoire pondérale de la patiente pour évaluer sa capacité à « prendre soin » de sa chirurgie*

Cette prise en compte de l'histoire de la patiente, de son bagage et de son cadre de vie détient aussi une importance particulière dans cet espace clinique pour une autre raison. L'expertise biographique que les praticiens cherchent à acquérir oriente aussi la prise de décision clinique, notamment la décision de faire ou non la chirurgie et de choisir quel type de chirurgie administrer :

« Il y a différents types [d'obésité]. Souvent ce sont des gens qui n'ont jamais été petits dans leur vie. Des fois c'est dès l'enfance, dès la crèche, l'école primaire, où ils étaient toujours les plus ronds de leur classe. Y'a beaucoup d'hérédité familiale aussi. Les mères nous envoient leur enfant et c'est intergénérationnel, ils ont tous eu la chirurgie un après l'autre. Évidemment y'a aussi un gros côté socioéconomique, beaucoup de gens sur le bien-être social, beaucoup de gens peu éduqués... Un autre grand classique ce sont les grossesses. Des femmes qui ont pris 100 livres pendant une grossesse et qui les ont jamais reperdues. Il y a aussi des gens qui ont fait de grosses dépressions, des anxiétés, qui ont pris beaucoup de poids sans jamais être capables de le perdre. Ou des gens qui étaient très actifs, qui ont arrêté de s'entraîner après une blessure et qui ont pris du poids... Il y a différentes histoires auxquelles on essaie de s'adapter pour choisir notre chirurgie » (Chirurgienne 1, public).

En effet, les chirurgies dites restrictives ou malabsorptives n'ont pas les mêmes effets physiologiques et complications associées, et n'exigent donc pas la même implication de la part de la patiente. Comme l'explique cette chirurgienne lorsqu'interrogée sur le pourcentage de la part de responsabilité de la patiente versus de la chirurgie dans la perte de poids obtenue, les chirurgies restrictives tendent à exiger davantage d'efforts et de motivation de la part de la patiente que les chirurgies malabsorptives, qui induisent quant à elles une perte de poids quasi automatique :

« Ça va dépendre de l'opération... si c'est une dérivation biliopancréatique, la majorité c'est l'opération qui fait le travail. Si on parle de la gastrectomie, c'est moitié-moitié, la moitié qui va être faite par l'opération, puis l'autre moitié par le patient lui-même, les efforts qu'il va y mettre et la motivation qu'il va avoir » (Chirurgienne 1, public).

« Si un patient a un IMC en haut de 50 on va un peu plus pousser pour faire une dérivation biliopancréatique parce que c'est celle qui va avoir les meilleurs résultats. Ceci dit, c'est une opération complexe et qui nécessite beaucoup de prise de vitamines à long terme. Alors faut que ce soit chez un patient qui sera compliant, qu'on sait qu'il viendra à ses suivis et qu'il prendra ses vitamines à long terme. Si on a l'impression que c'est un patient moins fiable ou qu'il y a des problèmes psychiatriques qui font qu'il va arrêter de prendre ses vitamines à un moment donné, on fera pas cette opération-là [...] Ça ça pourrait être un genre d'algorithme de base puis après

ça c'est du cas par cas selon si on pense que c'est un patient qui va être capable de s'occuper de son opération, puis de pas faire de folie, d'être capable de bien manger puis de bien prendre ses vitamines » (Chirurgien 2, public).

Si l'on pouvait supposer que la compliance de la patiente au traitement est moins nécessaire dans le cas des chirurgies malabsorptives, celles-ci s'accompagnent d'importants effets secondaires exigeant, comme on l'a vu dans le troisième chapitre, la prise de nutriments et de vitamines tout au long de la vie en raison de la dénutrition induite. C'est pourquoi l'évaluation de la patiente et du type de chirurgie adaptée doit passer par une évaluation du profil « global » de la patiente, incluant une compréhension des raisons qui ont amené la patiente à prendre du poids en premier lieu. Le milieu bariatrique prend ainsi en compte des facteurs de la prise de poids qui peuvent sembler triviaux du point de vue de la recherche sur l'obésité et le métabolisme (portant sur l'épigénétique, les environnements obésogènes, etc.), tels que les grossesses, les blessures, la restriction de la mobilité ou les problèmes de santé mentale.

Réalisant au quotidien que la prise de poids n'est pas un processus linéaire, mais un processus saccadé d'évènement en évènement et que la perte de poids induite par la chirurgie peut donc échouer pour des raisons multiples, certains cliniciens ont donc insisté sur l'importance de valoriser le travail en équipe multidisciplinaire (chirurgiens, nutritionnistes, psychologues, infirmières, etc.). Alors que le chirurgien est traditionnellement au centre de la pratique chirurgicale et qu'il bénéficie d'une position dominante au sein de la division du travail hospitalière⁵²⁷, cette valorisation de l'expertise biographique nécessite alors de redéfinir les rôles professionnels de manière plus horizontale, sur le modèle d'un continuum de soin :

« C'est pas une clientèle facile, mais on a la chance d'avoir une équipe multidisciplinaire avec des nutritionnistes, des infirmières... En chirurgie générale on voit le patient, on l'opère. C'est une relation beaucoup plus rapide où on fait un geste et c'est terminé, tandis qu'en bariatrie c'est tout un continuum, c'est une maladie chronique l'obésité, alors faut pas les lâcher. En chirurgie on ne peut pas juste régler le problème, il faut vraiment travailler avec toute l'équipe : nutritionnistes, psychologues, infirmières » (Chirurgienne 1, public).

Étant donné le caractère chronique de l'obésité et la nécessité de « ne pas lâcher » les patientes, la décentralisation des savoirs permise par le travail en équipe permet de redistribuer les interactions entre patientes et praticiens de façon à autoriser une surveillance plus accrue de leur adhérence (réelle ou anticipée) au traitement. Ainsi, le chirurgien doit alors apprendre à se fier aux expertises des autres professionnels impliqués dans le suivi des patientes pour mieux anticiper le niveau de compliance du

⁵²⁷ Zolesio, Emmanuelle, « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle », *Sociologie*, 2012, 4, p. 3777-394.

patient (en fonction de sa motivation, de l'existence de problématiques psychosociales, etc.) et décider, en fonction de cette anticipation, d'opérer ou non, et quel type de chirurgie effectuer :

« Les infirmières font un premier contact avec le patient donc si une situation est flaguée comme potentiellement problématique, elles nous en parlent avant qu'on voit le patient. Elles vont nous dire : ça se pourrait qu'au niveau compliance ou psychosocial, ça soit plus difficile, donc on suggérerait pas d'aller vers une plus grosse opération. Et évidemment, moyennant un doute sur quelque chose, ils vont référer à la travailleuse sociale. Et il y a une évaluation nutritionnelle aussi...les nutritionnistes vont nous dire : écoutes tel patient n'est pas capable de faire les modifications ou n'est pas motivé. Donc là on va soit ne pas faire de chirurgie parce qu'il n'est pas assez motivé, ou alors faire une chirurgie moins agressive parce qu'on ne veut pas se retrouver avec un patient pas compliant après » (Chirurgienne 1, public).

2.2.3. *La redéfinition de l'identité professionnelle chirurgicale : un défi central du travail clinique bariatrique*

Cette évaluation multidisciplinaire de la patiente dans sa subjectivité demande toutefois une redéfinition de la culture chirurgicale qui est loin d'être facile pour tous les chirurgiens que j'ai eu l'occasion d'interroger. Elle implique en effet une transformation en profondeur des identités professionnelles. Comme l'anthropologue Joan Cassell l'a bien montré dans ses travaux⁵²⁸, la profession chirurgicale se caractérise en effet par une dimension « héroïque » reposant sur des dispositions viriles (performance, action, maîtrise technique, endurance physique, confiance en soi et *leadership*), et une disqualification des dispositions socialement construites comme « féminines », comme la proximité relationnelle avec le patient et le *care*. La plupart des chirurgiens interrogés m'ont ainsi raconté avoir choisi une surspécialisation en bariatrie en raison du défi technique posé par la maîtrise de la laparoscopie sur des corps jugés plus difficiles à opérer parce que plus gros. Comme le résume bien ce chirurgien :

« C'est une chirurgie très technique. C'est un peu la chirurgie laparoscopique par excellence. Ce sont des patients qui sont un peu plus difficiles, qui demandent de bons *skills*, un bon talent laparoscopique. Donc y'a plusieurs chirurgiens généraux qui sont à l'aise dans la laparoscopie et qui sont intéressés à faire de la chirurgie bariatrique » (Chirurgien 7, public).

Seule une chirurgienne a d'abord invoqué son intérêt pour la relation d'aide, déclarant qu'elle trouvait que « c'était une belle façon d'aider les gens que de les libérer de leur surpoids, de leur obésité » (Chirurgienne 1, public). À priori donc, le chirurgien bariatrique n'est pas intuitivement intéressé à développer les aptitudes relationnelles associées au soin. D'ailleurs, avant l'arrivée de la technique laparoscopique, la pratique bariatrique n'était pas particulièrement attrayante pour les jeunes

⁵²⁸ **Cassell, Joan**, « Dismembering the Image of God. Surgeons, Heroes, Wimps and Miracles », *Anthropology Today*, 1986, vol. 2, n°2, p. 13-16; **Cassell, Joan**, « Of Control, Certitude and the "Paranoïa" of Surgeons », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1987, vol. 11, n°2, p. 229-249; **Cassell, Joan**, *Expected Miracles: Surgeons at Work*, Philadelphia, Temple University Press, 1991.

chirurgiens. Comme le soutient le Dr. Garneau, la formation en médecine générale leur enseigne plutôt à appréhender le corps obèse comme un facteur de risques opératoires en lui-même:

« Si on prend n'importe quelle procédure chirurgicale dans n'importe quelle spécialité, l'obésité est probablement le plus gros facteur de risque technique...un patient qui t'arrive obèse là, ça te tente même pas de l'opérer. Parce que ton niveau de difficulté et de complication va augmenter. Le patient obèse porte la pathologie. Ça augmente les problèmes techniques » (Chirurgien 3, public et privé).

Du fait de cette culture professionnelle techniciste et objectivante ne prédisposant pas les chirurgiens bariatriques au travail relationnel, la nécessité de porter attention aux particularités biographiques et psychosociales des patientes peut être perçue comme un vrai défi par les chirurgiens, souvent contraints de puiser dans leurs propres ressources personnelles et compétences relationnelles. C'est ce que traduit bien cet extrait, dans lequel cette chirurgienne décrit les défis émotionnels caractérisant le travail de chirurgien bariatrique :

« C'est pas une clientèle facile. C'est pas tout le monde qui est capable de travailler avec. Il y'a parfois des beaux exemples qui nous donnent le goût de continuer à faire ça, mais y'a des journées où on dit mon dieu pourquoi j'fais ce travail-là. Parce qu'il y a des patients qui sont complètement décourageants et frustrants puis qui comprennent pas...C'est beaucoup de psychosocial comme spécialité chirurgicale » (Chirurgienne 1, public).

Si cette redéfinition professionnelle est jugée difficile par la plupart des chirurgiens interrogés, la nécessité de celle-ci est également remise en question par certains d'entre eux. Ce chirurgien présente ainsi l'acquisition d'une expertise biographique sur la patiente comme un travail situé au-delà du champ de compétences et de l'intérêt du chirurgien :

« Le chirurgien c'est pas un psychologue ni un sociologue. Là tu vois je te donne plein de *clues* sur ce qui n'intéresse pas le chirurgien... » (Chirurgien 3, public et privé).

« Comme chirurgien on est pas formés pour ça...souvent ce qu'on nous apprend dans notre formation c'est que ce sont des chirurgies plus difficiles... » (Chirurgien 3, public et privé).

Dans la mesure où la pratique de chirurgien consiste selon lui à poser un acte opératoire, en basant sa prise de décision clinique sur un raisonnement algorithmique, s'intéresser à l'expérience vécue de la patiente constitue une perte de temps inutile :

« Ça fait un peu rude de même, mais je passe mon temps à dire aux patients : écoutez, tout ce qu'il s'est passé avant dans votre vie, c'est pas que ça ne m'intéresse pas, mais on est rendus ailleurs. Les histoires qu'ils te comptent...ça changera rien à ce que je vais faire après. La technique chirurgicale va être basée sur des niveaux d'obésité, les complications médicales et les contre-indications. Le patient est-il obèse morbide, super morbide obèse? Est-il diabétique, très diabétique? Est-il sur l'insuline? Fait-il des reflux, pas de reflux? C'est de la médecine chirurgicale donc on a des algorithmes de travail. Alors que le patient ait fait 14 ou 18 diètes, qu'il ait été battu ou *whatever*, ça peut avoir un impact sur le succès à long terme, mais malheureusement notre décision chirurgicale va être basée sur des faits » (Chirurgien 3, public et privé).

Cette prise en charge émotionnelle devrait donc selon lui être déléguée à d'autres professionnels :

« Dans l'objectif de prise en charge globale, nous on voudrait avoir un psychologue, un sociologue, mais quand le patient est rendu à avoir besoin d'une opération parce qu'il a 52 ans, qu'il est obèse morbide massif et qu'il fait du diabète, de l'apnée et de la haute pression...Il peut bien parler de toute son histoire, de sa famille, ça va rien changer » (Chirurgien 3, public et privé).

Les entretiens avec les cliniciens font ainsi apparaître l'exigence d'une socialisation « inversée » au *care* comme un défi central de la profession chirurgicale en milieu bariatrique. Cette transition implique un changement de culture qui passe d'une approche fondée sur une conception objective de la norme biologique et qui ignore l'expérience subjective de la patiente⁵²⁹ à une reconnaissance de l'importance de la subjectivité et de la singularité biographique de chaque patiente, dans le but de responsabiliser celle-ci dans sa trajectoire post chirurgicale. Or, parce que cette revalorisation repose sur des compétences émotionnelles qui ne font pas partie de leur socialisation professionnelle première, les chirurgiens doivent sortir de leur zone de confort et puiser dans leurs propres ressources personnelles pour bien réaliser leur travail. Cette redéfinition professionnelle est donc plus ou moins bien accueillie parmi les chirurgiens, dépendamment de leur confiance en leurs propres aptitudes relationnelles. Tandis que certains l'abordent avec enthousiasme (tout en soulignant les défis et frustrations qu'elle pose), d'autres considèrent que ce travail d'accompagnement et de suivi n'est pas de leur ressort et qu'il devrait être délégué à d'autres professionnels.

2.3. La chirurgie métabolique comme « bénédiction » ou le statut paradoxal de la reconnaissance des patientes

2.3.1. Améliorer la santé globale des patientes, leur offrir une nouvelle vie

La chirurgie, ainsi jugée inéluctable, quoiqu'insuffisante, semble par ailleurs trouver sa justification dans l'amélioration de la qualité de vie des patientes. Selon ce chercheur, la légitimité acquise par la chirurgie bariatrique au sein de la communauté médicale comme traitement permettant de normaliser l'état de santé plutôt que la seule apparence permet aujourd'hui au milieu bariatrique de présenter la chirurgie comme une approche plus globale de traitement, centrée non plus sur le « chiffre sur la balance », mais sur l'amélioration de l'ensemble du profil métabolique de la patiente :

« L'ASBS [*American Society of Bariatric Surgery*] a changé de nom en 2006, ils ont rajouté métabolique. L'idée est d'essayer de dépasser le chiffre sur la balance pour nous concentrer sur les améliorations non pas uniquement sur du diabète et du cholestérol, mais de la qualité de vie, de l'amélioration de tout le profil. Bariatrique ça veut dire chirurgie pour perdre du poids, tandis que métabolique c'est beaucoup plus général. Et le terme bariatrique est en train de disparaître tranquillement dans la littérature » (Chercheur, public).

⁵²⁹ Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Quadrige, Presses universitaires de France, 1966.

La substitution du terme « bariatrique » par celui de « métabolique » permet ainsi de présenter la chirurgie non seulement comme une méthode efficace de perte de poids, mais comme une intervention médicale permettant de rééquilibrer le métabolisme des patientes et d'améliorer ainsi leur qualité de vie. Il convient de souligner que la notion de « qualité de vie » choisie ici n'est pas anodine et va au-delà d'une simple question de terminologie. En effet, cette approche permet de revendiquer une définition élargie de la santé qui s'inscrit dans la vision centrale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité. En privilégiant la qualité de vie plutôt que la santé, on reconnaît ainsi l'importance d'un bien-être global et intégré, qui va au-delà de la simple absence de symptômes physiques⁵³⁰. Les promesses individuelles associées à la chirurgie dépassent ainsi l'amélioration d'une « santé » comprise comme une simple absence de maladie pour prendre en compte la dimension invalidante de l'obésité sévère dans le quotidien des patientes:

« La majorité des gens vont nous dire : j'ai amélioré ma qualité de vie. C'est large comme terme, mais y'en a qui ont de la misère à suivre leurs enfants qui sont en bas-âge, qui veulent être capables de marcher à quatre pattes puis d'aller à l'extérieur jouer avec leurs enfants sans être essoufflés au bout de 5 min. Être capables d'avoir un niveau de fonctionnement physique qui leur permette d'avoir des activités familiales. Les personnes plus âgées c'est beaucoup les douleurs au dos ou aux genoux, donc vouloir diminuer la quantité de poids qu'ils mettent sur leurs articulations » (Chirurgien 2, public).

Comme on le verra plus en détail dans la deuxième partie de ce chapitre, cette valorisation chez les cliniciens interrogés de la « qualité de vie » ouvre la voie à une médecine bariatrique multidimensionnelle, s'intéressant à une santé définie « au sens large ». Comme en témoigne bien l'extrait suivant, le sens qu'attribuent les cliniciens à leur travail est d'ailleurs étroitement lié à cette amélioration du bien-être global des patientes :

« Souvent les gens que l'on va appeler 4-5 ans après leur opération pour faire une consultation, ils vont nous dire : ça a vraiment changé ma vie, merci beaucoup. C'est un bon *feedback*, ça prouve que ce qu'on fait c'est bien pour les patients. Des fois c'est bon de savoir qu'on fait pas ça pour rien et que les gens sont mieux après. C'est très valorisant » (Chirurgien 2, public).

Les cliniciens se montrent ainsi très optimistes vis-à-vis des résultats futurs des interventions chirurgicales pratiquées, jugeant leurs effets débilissants faibles relativement à la satisfaction exprimée par les patientes en termes d'amélioration de leur qualité de vie :

⁵³⁰ Cette approche s'inscrit dans la continuité des changements épistémologiques majeurs à la fin 20^{ème} ayant redéfini la santé, la concevant non plus comme l'absence de maladie, mais comme un état de bien-être physique et psychique. À ce sujet, voir : Collin, Johanne, « Douleur et médicament : entre le corps, le soi et la société », dans Pierre Beaulieu (dir.) *Repenser la douleur*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 187-204

« Quand il arrive des complications, on est capable de dire au patient : actuellement c'est difficile, vous avez une complication, c'est pas l'fun mais on sait pertinemment que dans 3-4-5 ans, quand vous allez regarder ça par en arrière, vous allez vous dire que si c'était à refaire vous le referiez. Ça nous permet d'avoir une confiance en ce qu'on fait, on le sait que ça va finir par vous aider » (Chirurgien 2, public).

« Chaque patient a des attentes différentes en termes de perte de poids, d'amélioration des problèmes de santé, d'estime de soi, de mobilité, de capacité de faire de l'exercice, mais la plupart des gens sont très satisfaits. Les gens peuvent parfois avoir des effets secondaires difficiles, plus de restrictions alimentaires et tout. Selon la chirurgie qu'on fait, certains patients doivent se prendre des vitamines, ce qui a un effet sur la qualité de vie...mais la plupart des gens sont très satisfaits » (Chirurgien 7, public)

« La grande majorité des patients vont dire que s'ils avaient su à quel point ça aurait été avantageux pour eux de faire la chirurgie, ils l'auraient fait avant. La majorité des gens vont voir une différence sur leur capacité à faire des activités, à être capable de prendre des marches, à aller faire de la randonnée. C'est donc bien plus l'aspect fonctionnel que l'aspect esthétique...La sensation de bien-être, être capable de bien dormir et de se lever en forme parce qu'ils font plus d'apnée, finir les journées en étant efficaces et en se sentant bien » (Chirurgien 2, public).

Plusieurs répondants affirment que les patientes interprètent d'ailleurs leur chirurgie comme une véritable « bénédiction », quelque chose qui les auraient « libéré » de leur surplus de poids et aurait complètement transformé leur vie :

« La plupart des patients vont dire que c'est une bénédiction pour eux. Y'a des gens qui vont dire j'aurais dû le faire bien avant ou vous avez changé ma vie. Ça c'est probablement la phrase que je vais entendre le plus souvent. Après c'est sûr que t'as quand même un pourcentage de patients qui ont des problèmes au niveau fonctionnel après l'opération, mais ceux qui ont aucun problème, qui maigrissent bien...on a complètement changé leur vie, complètement » (Chirurgien 3, public et privé).

« Après l'opération ils ont souvent plus d'énergie qu'avant en raison de tout ce poids qu'ils ont plus besoin de transporter. L'énergie, la facilité des activités, de bouger, la perception des autres...C'est de se sentir libéré, d'avoir enfin quelque chose qui fonctionne » (Chirurgienne 1, public).

Ce qui ressort des extraits précédents cités, c'est que la chirurgie permet donc non seulement de normaliser l'état de santé, mais également d'offrir une « nouvelle vie » aux patientes, de leur permettre de renouer avec le monde social et les rôles sociaux qui leur sont prescrits. Selon les cliniciens interrogés, les patientes opérées sont moins fatiguées et plus productives, davantage capables de s'occuper de leurs enfants ou petits-enfants, plus à même d'entretenir leur forme physique et leurs relations sociales en s'adonnant à des activités comme aller marcher avec des amis, etc.

2.3.2. Le caractère contradictoire de la reconnaissance des patients, à la fois « dose quotidienne d'amour » et marque de leur dépendance et vulnérabilité

Face à ce cadeau d'une « nouvelle vie », les patientes expriment une reconnaissance très forte vis-à-vis de leur équipe médicale, et plus particulièrement vis-à-vis de leur chirurgien, qui, comme l'explique cette nutritionniste, reste du point de vue de la patiente « celui qui m'a donné une nouvelle

vie, qui m'a donné ma deuxième chance, qui m'a permis d'avoir accès à cette nouvelle vie là » (Évelyne, 56, 4 ans post-op, privé). Plusieurs praticiens rapportent en ce sens qu'il est fréquent que les patientes désirent se faire prendre en photo avec leur chirurgien ou rendent visite à leur équipe soignante à l'hôpital après leur chirurgie pour leur partager avec fierté et reconnaissance des photos témoignant de leur perte de poids :

« Y'a des gens qui lorsqu'ils reviennent en clinique retournent à l'étage où ils ont été hospitalisés dire bonjour à leur infirmier et tout...Y'a beaucoup qui reviennent nous voir avec plaisir à chaque année, qui nous montrent leurs photos... » (Chirurgienne 1, public)

« C'est parfois même un peu...pas gênant, mais y'a des patients qui veulent prendre une photo (rires) On fait seulement notre job. Mais c'est effectivement un peu déroutant, si on considère les changements de vie qu'on peut leur donner, imaginez... » (Chirurgien 4, public)

Traduisant bien la reconnaissance exprimée par les patientes envers leur équipe soignante, un chirurgien m'a raconté avec amusement qu'il avait même été choisi pour être le témoin de mariage de l'un de ses patients:

« Je venais d'opérer le président de la ligue des obèses, c'était un patient qui était très malade. Il est resté à l'hôpital, on l'a marié à l'hôpital, j'étais son témoin à son mariage...tu sais l'histoire qui a pas de bon sens! » (Chirurgien 3, public et privé).

Tandis que les cliniciens accueillent généralement ces comportements comme une preuve de la gratitude qui habite les patientes et un témoignage de la valeur de leur travail, ils peuvent aussi trouver ceux-ci « déroutants » du fait de leur caractère exubérant. Ces comportements se heurtent en effet à la culture professionnelle des chirurgiens, qui repose traditionnellement sur un éthos rationaliste de la neutralité scientifique et du désintéressement médical⁵³¹. D'autant plus que s'ils indiquent un respect quasiment religieux, voire une docilité vis-à-vis du pouvoir médical en soi valorisante pour les chirurgiens, ces démonstrations de reconnaissance peuvent simultanément traduire une forme de dépendance aux institutions médicales jugée problématique. Expriment bien le caractère dual de l'attachement et de la reconnaissance exprimés par les patientes opérées à l'égard du milieu médical, ce chirurgien évoque la nécessité pour les praticiens de devoir parfois « couper le cordon ombilical » avec des patientes devenues trop dépendantes de leur équipe clinique :

« Ils expriment beaucoup de reconnaissance...et y'a les patients qui pour un problème XY veulent juste revenir ici. Il faut parfois couper le cordon ombilical, dire écoutez là non ça suffit, vous allez vous faire opérer de la vésicule, faites-vous opérer à telle clinique, ils sont capables croyez nous (rires) » (Chirurgien 4, public).

⁵³¹ Dror, O. E., "The affects of experiment: The turn to emotions in Anglo-American Physiology, 1900-1940", *Isis; An International Review Devoted to the History of Science and Its Cultural Influences*, 1999, 90(2), pp. 205-237.

Selon cette autre chirurgienne, cette dépendance des patientes vis-à-vis du milieu médical est également ambiguë. Si elle offre une « grosse dose d'amour » quotidienne aux cliniciens, elle témoigne en effet aussi de la vulnérabilité et du désespoir caractérisant leur patientèle et exigeant des cliniciens qu'ils redoublent de précaution:

« Ils sont extrêmement reconnaissants de pas se faire juger, d'avoir enfin quelque chose qui va fonctionner. C'est une grosse dose d'amour à chaque fois, mais ça vient en contrepartie du fait qu'il faut faire attention à eux parce qu'ils sont vulnérables, qu'on peut malheureusement faire ce qu'on veut avec eux, qu'ils ont touché le fond du baril » (Chirurgienne 1, public).

Or, parce que l'un des objectifs principaux des cliniciens est d'amener les patientes à prendre en main leur futur de santé, le désespoir et la vulnérabilité des patients constituent un défi potentiel dans l'établissement d'une bonne relation clinique. Ces émotions peuvent en effet les amener à développer des attentes démesurées vis-à-vis de la chirurgie bariatrique ou encore à dévaluer l'importance de prendre un rôle proactif dans leur parcours chirurgical.

À rebours de la compréhension populaire de l'obésité comme le signe d'un laisser-aller et d'un manque de discipline, les cliniciens interrogés définissent donc l'obésité comme une maladie multifactorielle méritant un traitement adéquat au même titre que n'importe quelle autre maladie. Accordant très peu de crédit à la capacité des patients en situation d'obésité avancée de perdre du poids de manière durable à travers des régimes ou la prise de médicaments en raison du caractère « métabolique » de l'obésité, ils envisagent la chirurgie comme une solution de dernier recours, certes lourde et invasive, mais nécessaire. L'association établie entre la montée statistique du taux d'obésité et celle du diabète de type 2 à l'échelle mondiale positionne la chirurgie comme la seule solution efficace pour contrer de manière proactive cette double « épidémie ». Au-delà de cette vision anticipatoire, les cliniciens sont toutefois sensibles aux problématiques vécues par leurs patientes. Engagés à améliorer la « qualité de vie globale » de leurs patientes, ils inscrivent leur intervention dans le cadre d'une conception élargie de la santé rejoignant la définition offerte par l'OMS. Plutôt que de se focaliser sur l'amélioration de facteurs isolés, la chirurgie métabolique est en effet perçue comme une manière d'améliorer tout le profil physiologique de la patiente et donc de transformer, pour le mieux, l'ensemble de son existence somatique (notamment en réduisant ses comorbidités et en améliorant sa mobilité et sa capacité à réaliser ses tâches quotidiennes). Loin de considérer la chirurgie comme une solution miracle permettant de « libérer » la patiente de son obésité, les cliniciens semblent percevoir celle-ci comme un moyen de rééquilibrer le métabolisme afin de redonner au sujet un *certain* contrôle sur son corps. Comme le souligne l'anthropologue Harris Solomon à partir de son enquête ethnographique sur le milieu bariatrique indien:

« Les chirurgiens utilisaient des scalpels et des écarteurs pour travailler mécaniquement sur les intestins, mais ils estimaient finalement que le corps lui-même poussait la personne vers des objectifs de perte de poids. Cela semblait être une sorte de réinitialisation du système corporel. Ce changement impliquait certaines formes de contrôle liées à l'intervention chirurgicale, mais il ne résolvait pas nécessairement le problème en soi »⁵³².

En effet, si la chirurgie est perçue comme le seul traitement efficace contre l'obésité avancée, promettant de remplacer les thérapies diététiques contraignantes pour le sujet et inefficaces, c'est qu'elle constitue un traitement opérant « depuis l'intérieur » du corps, provoquant un rééquilibrage biochimique permettant de transformer la patiente en l'agente de sa propre guérison. Ces changements métaboliques replacent ainsi la possibilité d'un changement dans les mains de la personne opérée, qui doit en retour adopter à la lettre certaines habitudes alimentaires, ainsi qu'un régime quotidien de vitamines et de pilules permettant de compenser les effets de la chirurgie. Perçue comme une « seconde chance » offerte à la patiente pour reprendre sa santé et sa vie en main, la chirurgie s'accompagne ainsi de la responsabilité persistante pour la patiente de respecter des routines quotidiennes fortement médicalisées afin d'assurer le « succès » de sa chirurgie. En même temps que les chirurgiens définissent la chirurgie bariatrique comme un traitement de longue durée, ils « chronicisent » l'obésité et inscrivent la patiente dans une trajectoire biomédicalisée de discipline, de surveillance et de gestion du risque continu de complications et/ou de « rechute ». Dans ce contexte d'incertitudes liées à la maladie et au traitement, les chirurgiens sont dès lors amenés à redéfinir leur rôle professionnel pour s'assurer au mieux de l'adhérence de leurs patientes au traitement, devenant le mot d'ordre de la clinique bariatrique. Au-delà des compétences techniques acquises pendant leur formation, ils revendiquent la mobilisation dans leur travail d'aptitudes relationnelles leur permettant de développer l'expertise biographique nécessaire pour anticiper et améliorer l'adhérence postchirurgicale de leurs patientes. Cette redéfinition professionnelle s'inscrit elle-même dans une volonté de placer la patiente sur un continuum de soin. Bien que conscients d'avoir à fournir du soin et de l'accompagnement à leurs patientes, les cliniciens semblent en même temps dépassés par les besoins d'écoute et de prise en charge émotionnelle de ces dernières. Face au temps structuré de l'institution et à des ressources limitées, la souffrance et les forts espoirs de guérison des patientes peuvent ainsi parfois être appréhendés par les cliniciens comme un excès, quelque chose de trop, de démesuré, voire de troublant et d'inquiétant. Parce qu'ils savent pertinemment que leurs patientes n'auront pas le suivi adapté à la chronicité de leur condition une fois opérées, les cliniciens

⁵³² Solomon, Harris, *Metabolic living. Food, fat, and the absorption of illness in India*, Durham: Duke University Press, p. 197.

s'investissent alors, comme on le verra dans le chapitre suivant, dans un travail de modération des anticipations optimistes de leurs patientes. Celui-ci vise notamment à leur enseigner, en amont, à se voir et à agir comme des malades chroniques, investis dans un travail de gestion des risques et incertitudes liés à leur future condition d'obèse opérée.

Chapitre 7

Sentiment d'urgence des patientes et travail clinique de modération de l'espoir

Les chapitres précédents ont souligné les différentes définitions de l'obésité et de l'intervention bariatrique en fonction des acteurs concernés. Tandis que les chirurgiens définissent l'obésité comme une maladie chronique, les patientes la vivent souvent comme une condition débilitante affectant leur identité profonde. Cette seconde perception alimente comme on va le voir dans ce chapitre une économie de l'espoir et de l'urgence autour de la chirurgie. Bien que la peur puisse les habiter à l'idée de se faire opérer, les patientes vont exprimer un fort sentiment d'impatience une fois leur décision prise, l'anticipation de leur existence post-chirurgicale renforçant encore davantage l'écart entre leur vie actuelle et celle qu'elles désirent. Ainsi, loin de banaliser le traitement bariatrique, elles tendent plutôt à valoriser son caractère radical et drastique, perçu comme une manière définitive de dépasser son handicap et d'entrer dans une « normalité ». À la lumière d'un quotidien vécu comme une accumulation insoutenable d'émotions négatives associées au poids et des échecs des multiples tentatives d'amaigrissement entreprises, la chirurgie est anticipée comme une manière de rompre avec son passé et avec l'expérience quotidienne d'une différence corporelle fortement stigmatisée. Contrastant avec l'idée répandue de la chirurgie comme « solution facile », les patientes insistent sur le caractère agressif de la chirurgie pour souligner les efforts et les sacrifices qu'elles sont prêtes à faire pour dépasser leur condition débilitante. En mobilisant le langage de la détermination et de la capacité à surmonter les obstacles, elles mettent ainsi à distance les préjugés attribuant aux personnes en obésité une passivité inhérente et un manque de volonté. Cette économie de l'urgence et de l'espoir crée toutefois des contradictions entre les attentes parfois incommensurables des patientes en termes de transformation corporelle, relationnelle et sociale et les objectifs thérapeutiques poursuivis par les professionnels de la santé qui les traitent, créant ainsi des défis cliniques particuliers. Alors que les patientes expriment un désir de rompre avec leur passé, les cliniciens cherchent quant à eux à leur enseigner, en amont de l'intervention, leur nature de « patiente chronique » nécessitant une gestion à long terme et une surveillance continue de leur condition. Face à la volonté des candidates bariatriques d'accélérer le processus pour se faire opérer le plus rapidement possible, les cliniciens s'appliquent à modérer leurs espoirs vis-à-vis du traitement, dans le but de responsabiliser les patientes dans leur parcours post-chirurgical et d'éviter les « rechutes » et les complications. Cette analyse met en lumière les contradictions propres à la biocitoyenneté bariatrique, impliquant de la part des patientes un refus

de la passivité et une volonté de se défaire, par le recours à une intervention biomédicale radicale, d'une condition pour laquelle il n'y a souvent pas de guérison complète et définitive.

I. La temporalité de l'espoir ou la reconfiguration du rapport affectif au présent à la lumière de la chirurgie à venir

1.1. La chirurgie comme « électrochoc » permettant de rompre le cycle des diètes à répétition

1.1.1. Un évènement déclencheur de la décision de se faire opérer

Parmi les patientes parties se faire opérer au privé, nombreuses sont celles qui ont identifié un évènement catalyseur de leur décision de se faire opérer, une expérience exceptionnelle particulièrement chargée en émotions. Ainsi, un voyage, une activité physique inédite, la disparition soudaine d'un proche ou la mort d'une personnalité connue constituent autant d'expériences qui, en venant bouleverser la routine, la répétition de la vie quotidienne, peuvent déclencher le sentiment d'être arrivées à bout et de devoir « faire quelque chose ». Isabelle raconte par exemple que son voyage au Mexique et le sentiment puissant de honte qui l'a accompagné a été l'évènement déclencheur de sa prise de décision de se faire opérer:

« Je suis allée en voyage au Mexique avec mon chum et on a fait un parcours de tyrolienne. Et tout le long j'étais tout le temps la dernière. J'étais super essoufflée, pas capable de suivre les autres. J'étais pas capable de m'attacher dans leur autobus parce que j'étais trop grosse. Ça a été une journée tellement difficile... J'ai eu honte, j'ai eu de la peine. J'étais fatiguée physiquement, mentalement, parce que tout le long tu te dis : t'es donc ben grosse, t'es même pas capable de faire ça. C'est la cassette de négatif qui tourne dans ta tête... Ça a été une torture. C'est en revenant que j'ai dit à mon chum j'suis plus capable, faut faire quelque chose » (Marie, 34, 1 an post-op, Mexique)

Elle conçoit rétrospectivement la violence émotionnelle ayant caractérisé cette expérience douloureuse comme quelque chose de positif, voire comme une nécessité, dans la mesure où elle l'envisage comme le « déclic » qui lui manquait pour « se reprendre en main »:

« Tu t'abandonnes, tu lâches prise sur toi et c'est là que c'est la débandade. Jusqu'à temps qu'il t'arrive quelque chose comme pour moi le Mexique, la tyrolienne, l'activité qui a fait en sorte que je suis revenue de là » (Marie, 34, 1 an post-op, Mexique)

« C'est le déclic qui me manquait. Je pense que pour tous les gens obèses, tant que t'auras pas ce déclic-là, tu ne pourras jamais passer à autre chose. Il faut que tu passes par-là, que t'aies mal, que t'aies de la peine. Il faut que t'en souffres puis que tu te dises c'est pas vrai que je vais me faire subir ça toute ma vie. J'avais 34 ans et c'était un sport olympique de me raser les jambes. C'est pas vrai que je vais rester comme ça, faut que je fasse des changements » (Marie, 34, 1 an post-op, Mexique)

De la même façon, France explique que c'est pendant un voyage en famille en Europe, génératrice de beaucoup de honte, qu'elle a soudainement décidé de se faire opérer au privé dès son retour:

« Avant de me décider pour la chirurgie, on est allé en vacances en Europe et le temps d'avion était difficile. Il a fallu que je demande une rallonge pour ma ceinture, et ça m'a vraiment fait de la peine d'être rendue à ce point-là. J'ai pris l'avion cinq fois et j'ai demandé cinq fois la rallonge [...] J'avais honte de demander une rallonge, honte de pas être capable de les suivre, honte de comment j'étais rendue grosse [...] Quand je suis revenue et que j'ai su que ma mère avait vendu sa maison, on est allé chez le notaire et elle m'a dit tiens je te donne ton chèque, vas te faire opérer.... Ce voyage a fait que je suis revenue, j'ai eu l'argent, je me suis faite opérer. En un mois c'était fait » (Évelyne, 56, 41 ans post-op, privé)

Pour Dany, c'est la mort d'une personnalité connue qui a déclenché chez lui une forte peur de mourir à son tour, le conduisant à vouloir subir une opération bariatrique :

« J'avais vu qu'Antoine Bertrand [un acteur québécois] avait fait un infarctus à 38 ans sur le tournage d'une série et je me disais j'arrive à 30 ans donc c'est quand même proche 38 ans. À partir de là, pour la première fois de ma vie, ça a été plus une question de santé que d'image esthétique » (Jimmy, 33, 3 ans post-op, privé)

Ces récits d'expériences de choc émotionnel permettent de comprendre pourquoi certaines patientes décident subitement de se faire opérer dans l'urgence en court-circuitant le processus bariatrique « classique » du système public, cela sans nécessairement prendre le temps de considérer tous les risques associés.

1.1.2. La chirurgie, un moyen drastique permettant de rompre avec le passé

Le caractère invasif de la chirurgie, plutôt que d'être minimisé par la plupart des patientes interrogées, semble au contraire être fortement valorisé par celles-ci, y voyant un moyen de rompre définitivement avec les expériences répétées d'espoir et d'échec liées aux régimes. Dans le contexte d'une prise de poids graduelle, souvent caractérisée par plusieurs cycles de diètes aux effets aggravants, la chirurgie est souvent appréhendée comme une sorte d'« électrochoc », quelque chose de drastique, de plus radical que toutes les diètes essayées dans le passé :

« J'avais été en surplus de poids toute ma vie, j'avais essayé plein de trucs pour essayer de perdre du poids, j'avais joué au yoyo et je revenais toujours à la case départ, donc j'ai décidé de prendre des moyens drastiques » (Stéphanie, 40 ans, 7 ans post-op, public).

« Les médecins ont compris que l'obésité est une maladie. Et ils considèrent un peu la chirurgie comme un électrochoc pour le corps. Y'a des gens qui ont tellement fait de régimes... Moi j'avais besoin de quelque chose de gros, de plus gros que tous les régimes les plus restrictifs que j'ai faits. Je pense que c'est ça qui fait que la personne se prend en main, parce que c'est tellement invasif comme opération... » (Lucie, 42, 9 jours post-op, Mexique).

Loin d'être normalisée dans le discours des participantes, la chirurgie semble envisagée et désirée précisément en raison de son caractère événementiel, extrême, voire violent; la radicalité de l'intervention devenant la promesse d'une rupture définitive avec sa vie « d'avant ». Face à la souffrance générée par leur expérience de l'« anormalité », la chirurgie représente pour les patientes un moyen drastique permettant de rompre la répétition d'un quotidien devenu trop pesant.

D'ailleurs, nombreuses sont les participantes qui racontent avoir longtemps catégoriquement refusé l'idée de se faire opérer, pensant être en mesure de maigrir par elles-mêmes et considérant la chirurgie comme quelque chose de « trop intense ». C'est le cas de Mickael :

« Mon médecin a été la première à me parler de la chirurgie. À l'époque je comprenais pas ce que c'était, dans ma tête c'était très intense. Finalement c'est le cas mais à l'époque je me disais mon dieu mais c'est quoi, on veut m'arracher une partie de l'estomac! Et j'avais aussi le préjugé que c'était une solution facile. Je me disais si je dois perdre du poids, je vais le perdre par moi-même » (Olivier, 35 ans, 4 ans post-op, public)

La décision de se faire opérer peut ainsi s'accompagner de crainte concernant l'agressivité de l'opération, perçue comme une amputation d'une partie de son estomac :

« Je fais confiance au chirurgien que j'ai rencontré. Mais c'est quand même épouvantable et j'ai un deuil à faire, parce que je vois quand même un peu la chirurgie comme un échec. Je me dis j'en suis là parce que j'ai pas réussi à perdre du poids par moi-même. En même temps je me dis qu'il faut quand même du *guts*, je vais me faire endormir, je vais aller me faire ouvrir, je vais perdre une partie de mon estomac. Et là je me suis trouvée très attachée à mon estomac ! » (Lysiane, 38, en attente, public)

L'insistance des deux participantes précédemment citées sur le sentiment d'échec lié au fait de ne pas avoir réussi à perdre par elles-mêmes doit être interprétée à la lumière des préjugés existants sur les personnes en obésité, perçues comme intrinsèquement passives, paresseuses et sans volonté. C'est ce que traduisent bien les extraits suivants :

« La réaction est toujours un peu bizarre quand tu dis aux gens que tu vas faire une chirurgie. T'as beaucoup de gens qui ont des idées bien pensantes et qui vont te dire t'as qu'à manger des salades. Merci j'y avais pas pensé [rires]. T'as beaucoup de gens qui te disent c'est la solution de simplicité. Tout le monde a son avis, c'est fou. Ça confronte vachement. Juste de se défendre à chaque fois un peu » (Simone, 36, en attente, public)

« Le fait d'être pris en charge par l'État pour se faire opérer pour perdre du poids, c'est tabou. On se fait passer pour des profiteurs » (Anaïs, 42, 7 ans post-op, public).

Les patientes semblent ainsi avoir intégré cette critique de la « passivité » au point que plusieurs d'entre elles mettent l'accent sur le fait d'avoir *tout essayé* pour perdre du poids avant de considérer la chirurgie bariatrique :

« T'as juste à faire une diète puis tu vas être correcte... Je les ai toutes faites les diètes, c'est pas comme ça que ça fonctionne ! » (Émilie, 23, 2 jours post-op, public)

« Au travail les gens me disaient t'as choisi la facilité. Vois ça comme tu veux ma grande mais moi avant j'ai essayé puis ça n'a pas fonctionné » (Hélène, 43, 2 ans post-op, public).

« Au début j'aimais ça suivre des gens comme Jimmy Sevigny, c'est un ex obèse qui a réussi à maigrir par lui-même sans chirurgie. Je l'ai suivi un certain temps mais il m'énervait maintenant. Parce que c'est pas réaliste. C'est pas s'entraîner et bien manger. C'est pas ça mon problème. J'ai fait tellement de régimes que je suis désillusionnée par rapport à ça » (Mathilde, 36, 7 ans post-op sleeve et 2 ans bypass, public).

1.1.3. *Contre l'idée de la chirurgie comme « solution facile » : automutilation, sacrifices et efforts*

Les patientes s'appliquent ainsi à mettre à distance l'idée de la chirurgie comme solution facile, d'autant plus que les chirurgiens attendent d'elles qu'elles prennent une part active dans l'opération. Même si la chirurgie est comprise comme un traitement de la dernière chance, comme une sorte d'« électrochoc » pour reprendre les mots d'une participante, les participantes insistent ainsi sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une solution magique, et que le parcours chirurgical demande de nombreux sacrifices. Souhaitant mettre à l'écart l'idée de la chirurgie comme solution de facilité, Lauren présente ainsi la chirurgie comme une forme d'« automutilation », exigeant un « combat » quotidien pour ne pas succomber à la tentation par la suite :

« Les gens croient que c'est de la magie, que c'est l'option facile. C'est difficile de se faire faire la chirurgie, ça fait mal, t'as des envies auxquelles t'es pas capable de venir répondre parce que quand t'as été obèse toute ta vie, t'es conditionné à vouloir manger des choses qui sont pas bonnes pour toi. C'est comme une sorte d'automutilation que tu te fais. C'est un combat à tous les jours. C'est décider de garder ton poids et de pas succomber à la tentation » (Émilie, 23, 2 jours post-op, public)

Les patientes disent considérer que la chirurgie est un choix impliquant des efforts, de la motivation et une implication sur le long terme en termes de transformation douloureuse de leur corps, de changement d'habitudes de vie en termes d'alimentation et d'activité physique.

Valorisant dans leurs témoignages la conscience d'avoir à « travailler sur soi », ils décrivent ainsi la chirurgie comme une « poussée à vélo », sinon comme une sorte de « régime à l'envers » exigeant des patientes de prendre le relais une fois opérées:

« Je vois ça comme une poussée à vélo. Je me dis ça depuis le début, c'est comme si on me poussait à vélo, mais après ça, c'est à moi de pédaler » (Jimmy, 33, 3 ans post-op, privé).

« C'est comme un régime à l'envers, on a tous les bienfaits au début puis on est forcés... C'est un peu nous forcer à suivre le bon chemin. Après ça prend pas tellement de motivation d'y mettre les efforts, de s'inscrire au gym ou d'aller marcher » (Clémence, 42, 9 jours post-op, Mexique)

L'efficacité de la chirurgie, en comparaison aux multiples diètes réalisées par les patientes, est donc due à la perte de poids automatique qu'elle permet, perçue comme une récompense encourageant le sujet à entreprendre les efforts nécessaires pour maintenir celle-ci sur le long terme. Loin de considérer

la chirurgie comme une solution magique, la patiente se présente ainsi comme la responsable, non exclusive mais centrale, des transformations corporelles à venir.

1.2. De l'anticipation de la vie postchirurgicale à la volonté d'accélérer le processus

1.2.1. Sentiments d'impatience et d'urgence et anticipation du futur qui teinte le présent

La prise de décision pour les patientes de se soumettre à un traitement considéré invasif semble paradoxalement susciter chez elles un sentiment d'urgence. Comme en témoigne l'extrait suivant, le temps d'attente semble d'autant plus long que la chirurgie est perçue comme quelque chose de radical, impliquant un changement drastique de vie :

« C'est assez radical comme décision donc quand tu l'as pris c'est dur de te dire ça va prendre encore un an, deux, trois ans dans cette galère avant qu'on m'apporte une solution. Le temps d'attente ici est trop long, c'est aberrant » (Simone, 36, en attente, public).

La date de la chirurgie est ainsi attendue avec impatience, cela malgré la peur qui peut habiter les patientes à l'idée de passer sur la table d'opération et de ne jamais se réveiller :

« J'avais accompagné une fille rencontrée dans mes rencontres qui était toute seule. Je l'ai amenée à l'hôpital, sinon elle allait laisser tomber. Et là j'avais juste envie de la tasser puis de mettre son bonnet et sa jaquette d'hôpital. J'ai été opérée à la première date disponible, sinon je l'aurais fait avant. J'étais vraiment prête. Ben on n'est jamais vraiment prêts, j'étais sûre que j'allais mourir sur la table d'opération, mais... » (Anne-Sophie, 36, 9 ans post-op anneau et 4 ans post-op sleeve, public)

Par ailleurs, les incertitudes entourant le temps d'attente amènent les patientes à faire l'expérience d'une temporalité suspendue et virtuellement extensible, empêchant toute possibilité de projection dans l'avenir. C'est ce que traduisent respectivement les propos de Gaelle et de Marie-France :

« Ce qui est vraiment long c'est qu'on a pas de date. Tu essaies d'avoir des estimations, tu regardes sur Facebook les filles qui se font opérer, tu passes ton temps à demander à quelle date t'as rencontré le chirurgien, t'essayes de recouper les informations puis ça marche jamais. C'est vraiment difficile. C'est un très gros changement de vie et de pas savoir quand ça va commencer, organiser le travail... puis juste pour ma vie, pour pouvoir me projeter. De me dire ben cet été je vais avoir commencé à perdre du poids ou pas, qu'est-ce que je peux faire, etc. » (Simone, 36, en attente, public).

« J'ai trouvé ça long, j'avais hâte de passer les tests, de me faire dire oui c'est correct tu y as droit, on va t'opérer.... Tu mets ta vie entre parenthèses puis là t'attends, t'attends quelque chose pour être mieux » (Bernadette, 48, 3 ans post-op, public)

De ce fait, la prise de décision de se faire opérer et l'anticipation qui l'accompagne teintent profondément l'expérience affective du présent. Elle est productrice de nouveaux affects orientés vers

le futur (peur et anxiété vis-à-vis d'un état de santé qui se dégrade; frustration face aux limitations induites par son poids et espoir d'une amélioration) :

« Tu te projettes. Tu vois plein de choses différemment. Par exemple je me suis faite mal lundi et ma première réaction a été de me dire que si je m'étais déjà faite opérer, je me serais probablement pas faite mal. Comme tu as l'espoir d'une amélioration, ça rend certaines choses plus difficiles à supporter. Autre exemple, la dernière fois que je suis allée magasiner pour des vêtements, j'ai trouvé ça tellement insupportable, je supporte plus d'aller chez Additionnelle... Ça m'énerve puis je suis vraiment plus frustrée qu'à une époque parce que j'ai juste hâte de passer à autre chose dans ma vie » (Simone, 36, en attente, public).

« Tu te fais dire qu'il faut que tu le fasses pour que ta santé s'améliore, que c'est une question de vie ou de mort, et là on te dit que ça peut prendre deux ans... On vient de me dire que c'était une question de vie ou de mort puis faut que j'attende deux ans... c'est atroce » (Francine, 41, 1 an post-op, Mexique)

Pour ces raisons, le temps d'attente constitue un sujet de conversation central sur les groupes de soutien en ligne, où les candidates se partagent leurs dates d'opération, ce qui contribue, selon Priscillia, à créer une forme d'obsession collective autour du temps d'attente:

« T'as hâte que ce soit fait parce que sur les forums, tu vois tout le monde... C'est ça qui vient jouer sur toi à un moment. Ça a son mauvais côté les forums, il faut y faire attention. À force de voir les autres commenter et tout ça, je vois que ça vient les chercher là... » (Ophélie, 33, 1 an^{1/2} post-op, public).

1.2.2. Un espoir alimentant des pratiques à contre-courant des recommandations médicales

Face à une condition corporelle qu'elles ne supportent soudainement plus et souhaitent urgemment déserrer, les patientes mettent en œuvre différentes stratégies individuelles pour accéder à la chirurgie le plus rapidement possible, sans tenir compte des recommandations des cliniciens. Les réseaux sociaux, en plus de permettre aux candidates bariatriques d'exprimer leur impatience face au temps d'attente, leur permettent aussi de discuter du temps d'attente de chaque clinique, dans le but de s'inscrire sur les listes d'attentes les moins longues. Le sentiment d'espoir et d'urgence animant les patientes permet également d'expliquer que certaines aient contemplé l'option de prendre délibérément du poids pour être admissibles à la chirurgie bariatrique au public, ou que d'autres se tournent vers l'étranger en raison d'indications médicales absentes ou insuffisantes. Ces mêmes sentiments de désespoir et d'urgence peuvent également inciter les patientes à vouloir se faire opérer quel que soit la date proposée par leur équipe médicale, cela même si celle-ci est loin d'être optimale :

« J'ai eu un accident de travail, une entorse cervico-dorsale... J'aurais pu dire je m'excuse je peux pas y aller tout de suite, j'ai une entorse. Mais c'est pas comme ça que ça fonctionne la chirurgie bariatrique. Quand on est appelé, on a hâte d'y aller » (Hélène, 41, 2 ans post-op, public).

Ce sentiment d'impatience motive également les patientes à se rendre à l'étranger pour éviter les listes d'attente du Québec. Certaines participantes mettent cette impatience sur le compte d'une personnalité intrinséquement entreprenante, ambitieuse et active, qui « sait obtenir ce qu'elle veut » :

« J'ai voulu aller au Mexique parce qu'à Québec les listes d'attente étaient entre 3 et 5 ans. J'ai dit non, je veux la chirurgie au plus vite. Moi quand je suis décidée dans la vie, il faut que je le fasse. J'atteins toujours mes objectifs puis ma perte de poids c'est le seul objectif que je suis pas capable d'atteindre, donc faut que ça se fasse là... » (Lysiane, 38, en attente, public).

« Moi je suis comme ça, lorsque je prends des décisions, j'aimerais que ce soit fait tout de suite et maintenant. J'étais tellement prête à faire le saut que rien me faisait peur...mon cerveau était vraiment mindé à ça, c'était mon but » (Cassandra, 34, 1 an post-op, Mexique).

Une participante explique ainsi qu'elle a fait le choix de se faire opérer à l'étranger parce qu'elle ne voulait pas avoir à subir les craintes et les découragements des autres pendant les années d'attente de mise au public, mettant en question sa décision alors que celle-ci était prise:

« Je trouve que la liste d'attente c'est horrible, c'est atroce pour le monde. Ils sont décidés, ils ont fait leur parcours mental, ils s'inscrivent sur la liste et pendant deux ans ils se font décourager, encourager, décourager...Pendant tout ce temps d'attente tu te dis je fais tu la bonne affaire? Moi je voulais pas vivre ça. Ma décision était prise et je voulais que ce soit fait » (Francine, 42, 1 an post-op).

Le jugement des autres sur la chirurgie bariatrique comme solution facile ou innécessaire semble donc pouvoir contribuer à l'impatience des patientes, qui souhaitent précisément en finir au plus vite avec les questionnements quotidiens qu'elles se posent autour de leur poids. Ainsi, d'autres participantes, plutôt que d'insister sur une personnalité volontariste, expliquent que leur décision de partir se faire opérer à l'étranger était motivée par un fort sentiment de détresse, les amenant à vouloir une solution immédiate. Ainsi le fait de partir se faire opérer à l'étranger est décrit comme l'aboutissement d'une décision prise dans l'urgence, comme un « saut dans le vide », une aventure risquée mais nécessaire pour mettre fin à la souffrance ressentie :

« Ça a été fait dans un délai de trois mois, j'ai reçu l'argent et je suis partie. C'était pas quelque chose qui était planifié d'avance. C'était plus comme : je vis une détresse, je dois régler cette détresse-là. Ça m'envahissait vraiment beaucoup » (Cassandra, 33, 1 an post-op, Mexique).

« C'était comme si tu me disais Isabelle tu te prépares à sauter en *bungee*, tu te lances dans le vide. Tu sais pas ce qui t'attends ni où tu t'en vas. Et finalement à un moment j'ai juste pris une respiration, puis j'ai fait. Et un mois après j'étais opérée. Pour moi c'était urgent, il fallait que ça s'arrête, qu'il y ait un stop qui se fasse » (Marie, 34, 2 ans post-op, Mexique).

L'état aigu de crise dans lequel se trouvent les patientes lorsqu'elles décident subitement de partir se faire opérer à l'étranger amène Julie à comparer cette décision à un acte suicidaire, au sens où celle-ci

serait prise dans le contexte d'une pression psychologique intense, faisant en sorte que les personnes seraient prêtes à tout pour échapper à leur souffrance :

« Je les comprends, pour avoir été dans cette situation...à 300 livres, à avoir un surpoids important où t'es mal dans ta peau, où t'as juste envie que ça finisse cette souffrance-là. C'est sûr que tu vas choisir le moindre mal. Tu te dis arrivera ce qui arrivera, c'est ça ou je vais mourir, t'sais. On est en état de crise quand on prend cette décision-là, on n'a plus rien à perdre puis c'est très rapide... C'est comme un suicide en fait, ce sont les mêmes manifestations » (Anne-Sophie, 30, 9 ans post-op anneau et 4 ans post-op sleeve).

II. Modérer les attentes des patientes pour anticiper le regain de poids

Cette partie décrit le travail de modération des anticipations des patientes réalisé par les praticiens bariatriques afin de construire des visions plus modestes et incertaines du futur que celles qui sont parfois anticipées par les patientes, et ainsi amener celles-ci à prendre en charge leur futur de manière proactive et responsable. Engageant une forme de « socialisation anticipatrice »⁵³³ visant à promouvoir de nouvelles compétences de santé durables chez les patientes, la relation soignants-soignées implique de canaliser l'espoir des patientes en termes de transformation corporelle et identitaire pour les orienter vers des futurs plus réalistes basés sur des facteurs prédictifs de succès. En raison du problème que constitue pour le milieu bariatrique le taux important de reprise de poids et de chirurgies de révision, les cliniciens cherchent à emmener leurs patientes à formuler et à rendre explicites leurs attentes et, au besoin, à réaligner celles-ci avec leurs propres anticipations cliniques, dans l'objectif de maximiser les chances de réussite de la chirurgie.

2.1. Une patientèle « prête à tout », un (dés)espoir à encadrer

2.1.1. Des patientes en souffrance et dans l'urgence, accordant peu de valeur au suivi

Ainsi, si les cliniciens qui travaillent dans le secteur public accordent une grande importance au suivi pré et postopératoire⁵³⁴, cette importance ne serait généralement pas reconnue par les patientes, ayant tendance à faire trop confiance en leurs propres connaissances de la chirurgie et de l'obésité:

« Nous on juge le suivi important, mais les patients ne le reconnaissent pas. La plupart des patients pensent avoir assez d'outils en main. Ce sont des gens qui ont fait beaucoup de régimes, qui ont vu des nutritionnistes, des intervenants et qui disent moi, je sais quoi faire. Ou bien ils ont parlé à d'autres gens et entre eux ils se

⁵³³ Merton, Robert K. Op. Cit. 1968.

⁵³⁴ Bien que considéré très important, cet accompagnement est dit très inégal dépendamment des régions et des cliniques. De nombreux répondants déplorent le manque de ressources ou le manque d'investissement de celles-ci dans le suivi au détriment de l'augmentation de la quantité d'opération réalisées.

disent je sais ce qu'il faut que je fasse, j'ai juste besoin d'un outil. Et ils veulent le résultat rapidement » (Chirurgienne 1, public).

Selon cette chirurgienne, ce manque de reconnaissance du suivi par les patientes serait dû aux savoirs expérientiels accumulés par les patientes sur leur condition corporelle au fil du temps, à force de tentatives d'amaigrissement échouées et d'interactions avec des professionnels de la santé ou d'autres patients bariatriques. Très problématique aux yeux des cliniciens, il amènerait les patientes à vouloir obtenir la chirurgie le plus rapidement possible, et à considérer le temps d'attente comme du temps perdu, nécessairement inutile, plutôt que comme une opportunité de commencer à se préparer à leur chirurgie:

« Ma nouvelle vie va commencer la date de la chirurgie. On entend ça tout le temps. On se plaint beaucoup du temps d'attente, c'est donc long. C'est vrai que ça devrait pas être aussi long, mais ce temps d'attente pourrait être tellement mieux utilisé autant pour le réseau que pour l'individu » (Nutritionniste 1, privé).

Sur les nombreux groupes de soutien Facebook et forums spécialisés où les patientes partagent et mettent en commun leurs expériences de l'obésité et connaissances sur la chirurgie bariatrique, le temps d'attente pour la chirurgie bariatrique deviendrait selon ce chirurgien un sujet de discussion central, jusqu'à devenir comme une sorte d'obsession collective:

« C'est vrai qu'on a beaucoup de patients impatientes, qui veulent se faire opérer demain. Mais notre temps d'attente aussi est épouvantable. C'est pas normal que quelqu'un attende deux ans pour une consultation, puis encore un an et demi pour se faire opérer. Donc j'imagine que sur les réseaux sociaux tout le monde parle de ça et que ça devient une obsession. Peut-être même que pour les gens pour qui c'était pas tellement important, ça le devient » (Chirurgien 7, public).

Comme en témoignent les derniers extraits cités, les cliniciens sont donc partagés face aux plaintes des patientes concernant le temps d'attente. S'ils reconnaissent que cette attente peut être démesurément longue pour certaines patientes, ils interprètent la frustration des patientes comme quelque chose d'aveuglant et de dangereux. Selon eux, cette impatience, les amenant à surestimer les bénéfices associés à la chirurgie, est soutenue par les sentiments d'impuissance et de détresse habitant les patientes en prise à une obésité stigmatisante et invalidante. Certains cliniciens ont ainsi décrit l'état de crise caractérisant les patientes en attente d'une opération bariatrique, amenant ceux-ci à voir le moment de l'opération comme la seule issue possible:

« On dirait qu'ils attendent un certain point où ils se disent faut que je fasse quelque chose, je supporte plus mon obésité. Je veux pas attendre, je le veux maintenant. Deux ans c'est trop long, alors que ça fait vingt ans qu'ils sont obèses... » (Chirurgienne 1, public).

Bien que les patientes auxquels sont confrontés les cliniciens bariatriques puissent être obèses depuis des années, sinon depuis toujours, la prise de décision de se faire opérer s'accompagnerait ainsi d'une réorganisation soudaine de leur rapport à la temporalité. Selon les cliniciens interrogés, l'inscription d'une patiente sur une liste d'attente pour la chirurgie semble redéfinir sa condition présente, sa vie quotidienne, à la lumière du traitement attendu et de son potentiel transformateur. Or, plutôt que d'amener, comme la décision de se mettre au régime, le futur dans le présent comme un idéal incertain pouvant être atteint ou non, impliquant dès lors une planification et un suivi méticuleux de la perte de poids⁵³⁵, la décision de se faire opérer conduirait quant à elle les patientes à imaginer leur présent comme un état de souffrance intense mais provisoire, ne méritant pas de s'y investir de manière positive:

« Je ne veux pas généraliser, mais y'a des gens qui n'ont pas fait les changements. Ils reçoivent l'appel pour nous rencontrer et c'est la veille qu'ils ont arrêté de fumer ou de prendre de la boisson gazeuse ou qu'ils ont commencé à bien manger. C'est drôle un peu... malgré leur espèce de sentiment d'urgence, on dirait que tout seuls ils sont pas capables d'avoir la motivation de faire les changements » (Chirurgienne 1, public).

Face aux émotions des candidates, certains centres cherchent alors à assurer une certaine impartialité décisionnelle, ne reposant pas sur des critères strictement biomédicaux (ex: l'IMC, la présence de comorbidités), mais sur une évaluation plus globale de la capacité de la candidate à observer le traitement administré. Dans certains centres, la décision d'opérer doit ainsi être le fruit d'une délibération commune engageant l'ensemble de l'équipe. « Se tenir en équipe » peut alors représenter une façon de tenir tête à des patientes désespérées à obtenir un traitement, mais qui ne répondraient pas aux critères d'admissibilité fixés par le centre.

« On connaît nos critères, puis on se tient en équipe. Le patient il faut qu'il ait le OK de tous les intervenants, donc si le chirurgien a dit oui mais que la nutritionniste et l'infirmière disent non, ben c'est non. C'est comme ça qu'on fonctionne ici dans l'équipe » (Chirurgienne 1, public).

Néanmoins, il est selon mes répondants courant que les candidates à la chirurgie, cherchant à tirer individuellement avantage du manque d'organisation de la médecine bariatrique au Québec, s'inscrivent sur plusieurs listes d'attentes afin d'être appelées et opérées le plus vite possible :

« Les gens magasinent énormément pour leur chirurgie... quelqu'un de Laval peut s'inscrire sur la liste d'attente de Rimouski, Rivière-du-loup, Québec, Montréal, Chicoutimi, un peu partout. Puis le premier qui les appelle, ils vont aller là. Parce qu'il n'y a pas encore de liste centralisée » (Chirurgienne 1, public).

Mais plus encore que ce « magasinage » de centres bariatriques publics, qui ne fait finalement que compliquer pour ces centres le décompte des patientes inscrites sur leur liste, c'est le « court-

⁵³⁵ À ce sujet, voir Coleman, Rebecca, « Dieting temporalities. Interaction, agency and the measure of online weight watching », *Time & Society*, vol. 19, n°2, p. 265-285.

circuitage » des listes d'attentes par les patientes allant se faire opérer au privé (au Québec ou à l'étranger) qui semble inquiéter les cliniciens interrogés. Selon mes répondants, le sentiment de devoir trouver urgemment une issue à leur condition corporelle pousserait certaines patientes à se tourner vers des cliniques privées, malgré les coûts élevés des services et les contraintes économiques auxquelles font face plusieurs patientes :

« Et c'est beaucoup d'argent là. L'obésité est associée à la pauvreté et au milieu socioéconomique, alors ramasser 15000\$-18000\$ pour une chirurgie c'est un gros sacrifice pour certaines personnes. Mais c'est cette espèce de sentiment d'urgence... » (Chirurgienne 1, public).

Au-delà d'une réduction drastique du temps d'attente, aller se faire opérer au privé permet aussi aux patientes de contourner les exigences d'admissibilité du système public, basées sur une évaluation de la santé de la candidate réalisée sur la base de l'IMC et de présence ou non de comorbidités et (dans certains centres) d'une évaluation de la santé mentale des candidates et de leur adhérence anticipée au traitement :

« Le système étant ce qu'il est, y'a des délais. Et par expérience on sait aussi quel patient ne pas opérer. Y'a des gens pour qui ça se voit tout de suite...des personnalités dépendantes, des troubles de personnalités limite... Nous on sait que ça ne marchera pas la chirurgie bariatrique, parce qu'on vise un effet de stabilité. Y'a deux classes de patients qui vont aller vers le privé où on pose beaucoup moins de questions : les gens qui pensent tout savoir et les gens qui ont été refusés pour une chirurgie bariatrique » (Chirurgienne 1, public).

Selon la chirurgienne précédemment citée, ce sont ainsi soit les gens n'entrant pas dans la catégorie d'obèse « morbide », soit les candidates les moins aptes à « bien s'occuper » de leur chirurgie (c'est-à-dire celles en prise à des problématiques psychiatriques ou psychosociales qui auraient finalement le plus besoin d'un accompagnement spécialisé), qui se tournent vers des cliniques privées n'offrant quasiment aucun suivi. Se disant contraints de récupérer des patientes opérées au privé en prise avec des complications médicales ou des reprises de poids nécessitant une prise en charge spécialisée, les cliniciens du secteur public interrogés ne cachent pas leur sentiment de frustration :

« On en voit parfois [des patients opérés au privé] parce que ce sont des gens qui se tournent vers le public lorsqu'ils ont des problèmes. On ne leur offre pas le même suivi qu'à nos propres patients, mais on les sort au moins de leur problématique, que ce soit une infection, de grosses intolérances alimentaires, des nausées ou des vomissements. Je sais que des chirurgiens qui opèrent dans le privé à Montréal disent parfois à leur patient si vous avez un problème vous irez à Québec. Ce sont donc des gens qui sont un peu pris en otage, qui ne savaient probablement pas tout ça avant de commencer les démarches dans le privé. Eux pensent qu'ils ont juste à payer pour leur opération et que s'il y'a un problème ils iront dans le public, que ça fonctionne comme ça » (Chirurgienne 1, public).

« On a un chirurgien à Montréal qui donne un papier en post-op à ses patients qui viennent de Québec et leur dit : si jamais vous avez des problèmes vous irez à l'IUCPQ. Ça aussi c'est problématique, c'est pas du tourisme médical, mais c'est un peu le même genre de situation (rires). Pour donner un exemple, il y a une patiente opérée y'a quelques années qui n'était pas capable de manger après l'opération. Elle avait besoin d'une gastrectomie et d'une dilatation. La patiente appelle à son bureau et il lui dit si tu veux que je te fasse la gastrectomie et la

dilatation, ça va te coûter \$800. Mais tu peux aller à l'IUCPQ aux urgences et eux vont te le faire gratis. Donc qu'est-ce que le patient va choisir, il va choisir de venir ici...Mais est-ce que le système de santé devrait payer pour une chirurgie faite au privé? J'ai un peu de difficulté avec ça » (Chirurgien 2, public).

2.1.2. *Des inquiétudes face au potentiel d'exploitation de l'espoir des patientes par le privé*

Leur consternation est exacerbée par le fait que la clientèle bariatrique constitue aux yeux de la plupart des cliniciens du public une population vulnérable prête à tous les sacrifices pour perdre du poids. Ainsi, les inquiétudes des chirurgiens du public face aux pratiques du privé ne portent pas sur les compétences techniques des chirurgiens, jugées égales à celles du public, mais sur les indications qu'ils posent, laissées à leur pleine discrétion dans un contexte où aucun mécanisme ne vient les réglementer. La possibilité pour chaque chirurgien de « faire des exceptions » aux lignes directrices internationales pourrait ainsi, pour ce chirurgien, autoriser le secteur privé à poser des indications motivées par une logique économique de rentabilité, de productivité et de performance, davantage que par l'amélioration de la santé de la patiente:

« Chaque chirurgien est indépendant, on a tous notre philosophie...Y'a l'indication classique, mais de temps en temps on peut faire des exceptions. C'est du cas par cas, donc ça dépend un peu de notre éthique...Le problème du privé c'est que t'as un loyer à payer, des équipements à payer, des infirmières à payer et tout, alors j'imagine que la tentation est plus grande pour faire une chirurgie avec des critères d'inclusion qui ne sont pas parfaits ou sur des patients qui ne répondent pas aux critères classiques » (Chirurgien 7, public)

« Ils [les chirurgiens du privé] veulent l'argent, ils ont réservé une date au bloc opératoire, ils ont payé les ressources pour cette journée-là. Au public on s'est fait annuler un cas, y'a de la frustration parce qu'on n'a pas bien utilisé les ressources, mais ça s'arrête là. Au privé les gens trouvent ça inacceptable donc on n'annule pas... Ils font trop confiance au patient ou qu'ils ne s'en soucient pas assez...tout ce qu'ils veulent c'est le bilan à la fin de l'année » (Chirurgienne 1, public).

La variabilité des indications posées d'un centre de chirurgie bariatrique à l'autre, à l'échelle du Québec et plus encore à l'échelle internationale, est d'autant plus problématique pour cette autre chirurgienne, qu'il existe un rapport de force entre des intérêts privés et des patientes en détresse susceptibles de « dire oui à tout », y compris des traitements chirurgicaux en cours d'expérimentation:

« La population bariatrique est une population extrêmement vulnérable. Ce sont des patients qui vont dire oui à tout parce qu'ils sont en détresse, qu'ils sont mal pris. Ils vont accepter n'importe quel prix, n'importe quelle procédure. On le voit dans les congrès, y'a des chirurgiens dans le monde qui essaient parfois des interventions hors protocole de recherche... Mais même ici les gens vont dire oui à tout, même si c'est pas nécessairement la bonne opération » (Chirurgienne 1, public).

Se disant très préoccupée par ce rapport de force, celle-ci m'a relatée une anecdote racontée par un chirurgien dans un congrès, traduisant la détresse et le désespoir disposant les patientes à accepter n'importe quel risque et complication pour avoir accès à l'opération :

« Y'a un chirurgien qui racontait dans un congrès...et je trouvais que ça montrait bien la vulnérabilité de ces patients...il jugeait que l'intervention était beaucoup trop risquée pour le profil du patient, donc il disait : mais si je vous dis que vous avez 10% des chances de mourir, voulez-vous l'opération? Oui, oui docteur j'veux l'opération. Puis si j'veus dit que vous avez 50% des chances de mourir voulez-vous l'opération? Oui oui docteur j'veux l'opération. Puis si j'veus dit que vous dit que vous avez 100% des chances de mourir? Oui oui docteur je veux...Tu sais les gens n'écouent pas. Ils sont tellement au bout du rouleau, au fond du baril, qu'ils vont dire oui à tout. Ça reste une clientèle vulnérable » (Chirurgienne 1, public).

C'est pourquoi la profession bariatrique a selon elle la responsabilité éthique de rester ferme vis-à-vis de leurs lignes directrices en dépit de la souffrance exprimée par les patientes en obésité sévère, de tenir tête à leurs demandes de traitement lorsque celles-ci sont jugées incompatibles avec l'amélioration anticipée de leur qualité de vie:

« Il faut quand même penser qu'on amène le patient au bloc opératoire endormi, puis que les gens avec de gros problèmes cardiaques ou pulmonaires parfois...C'est très invalidant l'obésité, mais ça reste une maladie bénigne, c'est pas un cancer. Donc on peut seulement nuire à de tels patients avec le geste chirurgical » (Chirurgienne 1, public).

« Y'en a parfois qui nous menacent en disant : opérez-moi sinon je vais aller au privé. On leur dit ben allez au privé. Y'a tellement de patients qui disent : oui oui j'suis prêt. Oui oui opérez-moi maintenant...mais on s'laisse pas convaincre par les patients » (Chirurgienne 1, public).

La volonté exprimée par certaines patientes de s'exposer volontairement à des traitements inadaptés ou peu contrôlés inquiète ainsi les cliniciens du public, posant la question de savoir ce que vaut l'autonomie d'un patient en situation de grande vulnérabilité. La souffrance des patientes s'invite ainsi dans la relation clinique, amenant les chirurgiens à réfléchir au sens de leurs actes et à développer une conception plus élargie du contenu de leurs obligations professionnelles. Souhaitant mettre en évidence les limites du privé par un exemple concret, cette chirurgienne est par la suite revenue sur l'histoire d'une patiente admise dans son centre après avoir repris tout le poids perdu à la suite d'une chirurgie faite au privé au moment où elle vivait une période de détresse la rendant émotionnellement indisponible pour prendre soin d'elle-même :

« Elle venait d'accoucher et son petit garçon avait un problème au niveau du cerveau, donc il a fallu qu'il ait une intervention chirurgicale. Et elle s'est faite opérer 2 semaines après. Dans un système public, on lui aurait dit non. Tu t'occupes de ton garçon, t'es pas dans des bonnes conditions pour te faire opérer, penser à toi et te concentrer sur ta perte de poids, on fera ça plus tard. Cette dame-là aurait dû être annulée, mais au privé ils n'ont pas posé de questions. Elle payait, elle voulait avoir sa chirurgie pendant qu'elle était dans son congé de maternité, et elle a repris tout son poids...Avec les caractéristiques de son dossier médical, je pense pas que cette patiente soit candidate pour la deuxième partie qui serait trop agressive, trop dangereuse pour elle...donc elle a bousillé sa chance. En ayant la gastrectomie dans un mauvais moment de sa vie, elle n'a pas optimisé sa perte de poids et on peut plus rien faire » (Chirurgienne 1, public).

Contrastant l'insouciance et les dérives du secteur privé vis-à-vis des patientes à l'attitude attentionnée, précautionneuse et concernée de mise dans son propre centre, cette même chirurgienne déclare ainsi

accorder peu de crédit en la capacité de la plupart des patientes à « s'en sortir » sans encadrement, à être autonomes dans leurs parcours de santé:

« Nous on les encadre, on les fait revoir par notre nutritionniste ou on leur dit contactez telle personne, on leur donne des trucs... c'est ça qu'on offre ici dans notre service. Les gens au privé n'ont pas ça, ils sont extrêmement vulnérables. Y'en a qui s'en sortent bien, qui font bien ça, qui sont intelligents, qui ont été informés...mais c'est malheureusement la minorité » (Chirurgienne 1, public).

2.2. Un travail de socialisation anticipatrice passant par la modération de l'espoir des patientes

2.2.1. Se méfier du « happy patient », anticiper les déceptions associées aux reprises de poids

Parce que les cliniciens bariatriques jugent leur patientèle vulnérable, désespérée et crédule face aux promesses portées par la chirurgie bariatrique et à l'éthique douteuse des cliniques bariatriques privées, ils s'engagent dans une entreprise de resocialisation ou de conversion identitaire qui met au centre un travail de modération des attentes des patientes :

« En chirurgie bariatrique y'a l'aspect technique qui est très important, mais y'a aussi un aspect de gestion...On doit gérer l'aspect psychologique, les attentes des patients et tout ça » (Chirurgien 7, public).

Selon les cliniciens interrogés, le fait pour les patientes d'entretenir des attentes trop importantes vis-à-vis de la chirurgie bariatrique les exposerait en effet à des reprises de poids après la première année suivant l'opération, décrite dans le milieu comme une période de « lune de miel », où les patientes vivent le rythme initialement très rapide de leur perte de poids avec une exaltation extrême pouvant être aveuglante :

« Toute leur vie ils ont vécu des échecs au niveau des tentatives de perte de poids. Ils ont perdu le contrôle sur leur poids et là soudainement ils ont quelque chose d'un peu enivrant... Parfois je leur dis y'a une lune de miel la première année où vous vous sentez invincible vous pouvez manger ce que vous voulez et vous perdez du poids mais faites attention. Les livres qu'on reprend après l'opération sont aussi difficiles à perdre qu'avant » (Chirurgienne 1, public).

En raison des échecs répétés vécus par les patientes dans leur tentatives passées pour maigrir, la perte de poids induite par la chirurgie est reconnue comme quelque chose de potentiellement « enivrant » pour les patientes, ce qui demande des cliniciens de modérer l'enthousiasme propre à cette période initiale où la perte de poids semble se faire toute seule, en leur inculquant la nécessité de « prendre soin » de leur chirurgie :

« Notre travail c'est de les féliciter et de les encadrer, mais parfois aussi de retenir un peu ça en disant faites attention, c'est pas magique, prenez en soin, continuez vos bonnes habitudes de vie, la routine et la stabilité » (Chirurgienne 1, public).

« Notre métier c'est de donner de la vraie formation sur les avantages et les désavantages, pas mettre des lunettes roses...Parce que y'a encore quand même beaucoup le phénomène de la baguette magique, si je me fais opérer

tout va se faire tout seul...ben non. C'est pas de décourager, mais c'est pas de faire comme si tout allait être facile non plus » (Chirurgien 4, public).

C'est pourquoi les cliniciens interrogés disent beaucoup insister sur le fait que la chirurgie ne constitue pas une thérapie « miracle », mais plutôt une opportunité de transformation de soi qu'il s'agit pour les patientes de saisir :

« On essaie de casser le préjugé selon lequel la chirurgie bariatrique est la solution facile. Y'a beaucoup de gens qui nous disent, ma famille ou mes amis disent que c'est parce que je suis lâche...Mais on leur demande de réduire leur repas à 5-6 bouchées, ils peuvent plus boire en mangeant, il faut qu'ils mangent tranquillement...Au niveau social, on est souvent axés sur aller au restaurant avec les amis et tout, mais pour ces patients-là 5-6 bouchées pendant tout un souper qui va durer 3 heures...C'est tout le rapport avec la nourriture qui change. On leur demande de faire des sacrifices. Donc c'est très difficile mais pour ceux qui comprennent ça et qui sont prêts à faire les changements, ben ça fonctionne » (Chirurgienne 1, public).

« Je dis souvent aux patients : j'opère l'estomac, je n'opère pas entre les deux oreilles. C'est un outil qu'on leur donne. S'ils utilisent bien l'outil ça va fonctionner, mais s'ils l'utilisent mal, c'est là qu'il y a des reprises de poids malheureusement. On essaie vraiment de casser l'idée que la chirurgie bariatrique c'est une solution magique ou facile » (Chirurgienne 1, public).

Pour eux, il est ainsi essentiel de désamorcer l'idée répandue parmi les candidates selon laquelle la chirurgie permettrait d'acquiescer miraculeusement (sans effort de leur part) une relation plus saine à la nourriture et d'insister au contraire sur la nécessité pour les patientes de prendre le contrôle sur leurs habitudes et « pulsions » alimentaires avant même l'opération:

« Y'a beaucoup de patients qui viennent nous voir en disant : aidez-moi à prendre le contrôle sur les aliments. Et on essaie de désamorcer ça en disant : non, il faut que vous preniez le contrôle sur vos habitudes et sur vos pulsions et après la chirurgie bariatrique va fonctionner » (Chirurgienne 1, public).

« Je pense qu'ils pensent que tout va être réglé, puis quand quelqu'un m'exprime le fait que ma vie va être tellement mieux après, que non je vais pas faire des *binges*, je vais pas avoir des rages, j'aurais pas des envies, je vais plus aimer les aliments que j'aimais avant, je vais plus manger des gâteries...ben c'est un *red flag*. On a vraiment pas compris à quel point certains aspects changeraient pas du tout » (Chirurgienne 1, public).

Afin de prévenir les déceptions liées aux reprises de poids ou aux effets secondaires, les cliniciens évoquent également la nécessité de bien faire comprendre aux patientes les sacrifices qu'implique le fait de se faire opérer en termes d'alimentation et d'effets secondaires (nausées, vomissements, diarrhée et ballonnements), que les patientes n'ont pas tendance à anticiper:

« Certains patients ne comprennent pas que ça vient avec des effets secondaires. C'est pas juste je me fais opérer et je perds du poids de façon magique, et je continue à vivre comme avant. Faut qu'ils comprennent qu'ils vont manger moins, qu'ils vont avoir plus de nausées et de vomissements, qu'ils peuvent avoir des ballonnements. Certaines opérations causent de la diarrhée donc faut qu'ils aient une certaine conscience de on s'en va où. Certes on va perdre du poids et régler le diabète, mais au prix de quelques effets secondaires » (Chirurgienne 1, public).

Afin que la chirurgie « fonctionne », il est donc nécessaire que les patientes acceptent le fait qu'elles devront toujours faire plus d'efforts que les autres pour maintenir un poids stable en raison d'un métabolisme qui leur fait naturellement prendre plus de poids:

« Je leur dis souvent comme métaphore : y'en a qui mangent un gâteau au chocolat au complet et qui n'engraissent pas, et d'autres qui font juste le regarder et qui engrassent. Et dans 100% des cas les gens vont se sentir concernés. Donc il faut qu'ils acceptent que la vie va toujours être injuste pour eux, et une fois qu'ils ont accepté ça, habituellement ils l'utilisent bien leur chirurgie » (Chirurgienne 1, public).

Cette nécessité explique la méfiance de ce chirurgien face à des patientes « trop enthousiastes » ou des « *happy patients* », ayant des attentes irréalistes et démesurément élevées vis-à-vis de l'opération :

« T'as des gens qui vont arriver super motivés mais qui vont s'écrouler rapidement. Moi chaque fois que je vois des patients qui parlent trop je me dis toujours non ça c'est un mauvais patient parce qu'il est trop enthousiaste...c'est le *happy patient*. C'est une personnalité qui est comme trop *high* par rapport à...qui se sublime un peu par rapport à ce qu'il est, qui se voit à un autre niveau. C'est archi dangereux. Archi dangereux ces patients-là, parce que quand ils s'écroulent ils s'écroulent solide... » (Chirurgien 3, public et privé).

Ce même chirurgien comprend cet enthousiasme comme un trait de caractère largement partagé au sein de sa patientèle, ce dont témoigne selon lui les comportements affichés d'extraversion et d'hypersociabilité de ses patientes dans la salle d'attente, qui n'hésitent pas à se poser des questions et à partager entre eux des informations sur leurs dossiers respectifs comme s'ils formaient un « club social »:

« Quand je faisais de la chirurgie générale, mes patients dans la salle d'attente ne se parlaient pas entre eux! Nous autres, c'est un club social, t'es dans la salle d'attente et ils se parlent... c'est là que tu vois que c'est un trait de personnalité qui est assez marqué. C'est pas normal d'aller à l'hôpital puis de parler à ton voisin. Ça a un certain côté intime, à l'hôpital. On se bat pour garder l'intimité des données, puis là ils sont dans la salle d'attente et ils se parlent entre eux comme si de rien n'était. Ils se font des Facetime ou *whatever* puis ils se parlent de leur succès. Moi ça me sidère, ça en est même drôle parfois...drôle mais pas drôle » (Chirurgien 3, public et privé).

Cette camaraderie « pro-chirurgicale » articulée autour du succès attendu de l'opération, serait ainsi à craindre en ce qu'elle viendrait faire contrepoids à l'expertise des chirurgiens, basée quant à elle sur des faits cliniques indiquant un taux considérable de reprises de poids. Ainsi, un des enjeux principaux des chirurgiens du public est de ramener les attentes irréalistes de leurs patientes en termes d'amaigrissement, informées par leur expérience d'échecs répétés de diètes amaigrissantes, vers leurs propres anticipations cliniques, quant à elles basées sur des savoirs statistiques concernant les taux « normaux » de perte et de reprise de poids après quelques années:

« Je leur parle toujours d'une pyramide, que la perte de poids varie entre 25 à 30%, donc qu'ils s'imaginent au milieu de la pyramide. Y'a des patients qui perdent plus, des patients qui perdent moins mais en moyenne c'est ça. Et la plupart s'imaginent...ah mais si je fais de l'exercice, si je m'entraîne, si je fais plus attention je vais

perdre plus que ça. Donc c'est de dire : écoutez c'est déjà excellent si vous perdez un quart de votre poids » (Chirurgien 4, public),

« Entre le 2 à 4 ans après la chirurgie on a une reprise de poids et c'est souvent une période très anxiogène pour les patients, parce qu'ils ont peur que leur poids revienne à leur poids de départ. Donc on essaye de les préparer, de dire vous allez reprendre un 5-6% de poids, c'est normal à partir du moment où tout le reste va bien. Mais c'est sûr qu'il y a une anxiété. Donc on essaye d'aller les voir dans cette zone-là, parce qu'on veut pas que le poids reparte vers le haut. Et s'il y'a quelque chose à faire, on veut les attraper et les prendre en charge quand ils ont repris 5% et pas 15% » (Chirurgien 4, public).

Comme l'explique le chirurgien cité dans le dernier extrait, ces attentes irréalistes peuvent amener les patientes à expérimenter une forte anxiété face à une reprise de poids « normale » selon les pronostics des chirurgiens ou une déception importante. Or, cette anxiété, lorsque non prise en charge, peut amener les patientes à se décourager et à reprendre du poids.

2.2.2. *Aligner les patientes aux savoirs professionnels et à l'expérience clinique ou « rationaliser » leurs attentes*

Dans cette perspective, les chirurgiens incitent leurs patientes à rendre explicites leurs attentes en termes de perte de poids pour voir si celles-ci sont réalistes ou non et les recadrer au besoin:

« Je leur demande souvent de m'expliquer dans leurs mots c'est quoi qu'ils pensent que ça va être l'opération et les effets secondaires. Ça me permet de *setter* un peu les attentes, puis de les ramener sur la table. Je leur demande souvent c'est quoi la quantité de poids qu'ils veulent perdre et parfois on est surpris là...Quelqu'un qui pèse 300 livres et dit qu'il veut peser 120, on va lui dire écoutez là faut rester raisonnable. Avec quelques questions on est en général capables de savoir si leurs attentes sont réalistes. Si les attentes ne sont pas réalistes, je pense que c'est très important de les recentrer un peu sur ce qu'ils peuvent avoir comme résultats avec l'opération. Parce que sinon ils vont être déçus avec l'opération » (Chirurgien 2, public)

« Entre ce qu'ils nous disent et ce qu'ils espèrent c'est sûr que je pense que tout le monde espère revenir à un poids santé, pas avoir d'effets secondaires et avoir toutes les maladies qui s'en vont...on peut espérer mais c'est pas nécessairement réaliste » (Chirurgien 4, public).

Les patientes sont ainsi « invitées à réfléchir de manière rationnelle à leur orientation vers l'avenir et encouragées à se réorienter vers un avenir attendu, imposé, fondé sur la vérité du diagnostic »⁵³⁶. Les cliniciens semblent se méfier plus particulièrement des attentes qui dépassent la simple réduction des comorbidités liées au poids (diabète, hypertension, etc.) ou la volonté de retrouver une mobilité, notamment celles qui portent sur l'esthétique ou la volonté d'être « mieux dans sa peau » :

« Il y en a qui ont des objectifs plus personnels comme être capables de jouer au hockey ou de pratiquer tel sport. Une des raisons que j'aime moins, c'est lorsqu'ils veulent être mieux dans leur peau. Dans ce temps-là on essaie de creuser un peu plus et de comprendre...Parce que c'est souvent des gens qui ne seront jamais bien dans leur peau. C'est là que l'équipe, notamment Dre Montpetit [la psychologue de l'équipe] nous aide à

⁵³⁶ Gardner, John, Gabrielle Samuel et Clare Williams, "Sociology of low expectations: recalibration as innovation work in biomedicine", *Science, Technology & Human Values*, vol. 40, n°2, 2015, p. 1004.

contrôler ça. Parfois il peut aussi y avoir une pression de l'entourage...parce que veut veut pas, ces patients sont beaucoup jugés » (Chirurgienne 1, public).

Les cliniciens disent que les femmes sont en effet davantage préoccupées par leur apparence que les hommes, attendant quant à eux d'être gravement malades avant de penser à la solution chirurgicale :

« Les femmes ont plus d'attentes esthétiques que les hommes. Les hommes viennent nous voir parce qu'ils se sont fait dire par leur médecin de famille qu'ils pourraient faire quelque chose pour leur diabète. Les femmes, surtout les femmes plus jeunes, elles ont l'image des magazines. C'est rare qu'elles nous disent je veux ressembler à la fille dans le magazine, mais je pense que consciemment ou pas, y'a toujours cette image-là du corps parfait qui est dans notre société. Donc je pense qu'effectivement les femmes ont un chiffre en tête. Elles se disent ben moi j'aimerais ça peser 130 livres là, puis c'est ça qu'elles voudraient même si actuellement elles en pèsent 350. Donc là il faut quand même leur dire c'est pas comme ça que ça va se passer » (Chirurgien 2, public).

Tandis que les hommes, généralement référés par leur médecin de famille, ont généralement recours à la chirurgie en raison de la présence de comorbidités avérées, les femmes sont quant à elles souvent motivées par un manque d'acceptation de soi, les rendant plus vulnérables à développer des attentes excessives en termes de perte de poids et à vivre de grosses déceptions par la suite :

« La plupart des gars qui viennent nous voir, c'est leur médecin de famille qui les a poussés. Peser 250 livres quand ils sont sur un chantier de construction...ben ils sont tous pareils, y'a pas de différences entre eux, ils s'acceptent comme ça, ils se trouvent pas malheureux. Donc j'ai rarement des hommes qui viennent magasiner une chirurgie bariatrique. Si je regarde les hommes, la plupart ont des comorbidités alors que chez les femmes j'ai beaucoup de jeunes filles qui ont pas de diabète, pas de haute pression, mais qui sont rendues à 280 livres » (Chirurgien 3, public et privé).

« Y'a une grosse composante psychologique. Ça tourne toujours autour de l'acceptation. La femme, accepte moins sa morphologie en raison des paradigmes de la beauté » (Chirurgien 3, public et privé).

Ce constat d'attentes différenciées en fonction du genre des patientes semble parfois s'accompagner d'un a priori favorable envers les hommes, dont les attentes médicales semblent généralement être plus proches de celles des cliniciens, souhaitant comme on l'a vu détacher la chirurgie bariatrique de la chirurgie esthétique pour la définir comme un outil thérapeutique permettant de résoudre les comorbidités liées au poids. Cet a priori favorable doit également être envisagé à la lumière de la propension de patientes se sachant « malades » à se soumettre plus docilement au suivi médical préconisé par les cliniciens que des candidates venant « magasiner » une chirurgie pour des raisons esthétiques. Les motivations esthétiques tendent ainsi à être jugées plus superficielles et moins légitimes que les attentes médicales, et tenues par des patientes enclines à ne pas respecter la discipline postopératoire nécessaire pour assurer le succès de la chirurgie sur le long terme :

« De l'autre côté, à l'autre bout du spectre, on a des patients avec des IMC à 35 qui n'ont pas de problèmes de santé mais qui veulent...des femmes par exemple. C'est une femme qui veut perdre du poids pour aller au mariage de son amie l'année prochaine à Cancun, ou qui veut perdre du poids pour se sentir mieux dans sa peau. Y'a une catégorie de patients pour qui c'est presque de la chirurgie esthétique...Ce sont ces gens-là qui

tombent dans l'extrême du syndrome du *easy fix*, de la solution facile. Le défi d'une intervention bariatrique c'est que l'intervention c'est une chose, mais après les résultats à long terme sont dépendants de changements des habitudes de vie et de la prise en charge d'un mode de vie disciplinaire » (Chirurgien 3, public et privé).

2.2.3. Exiger des patientes des preuves concrètes de leur engagement dans le processus

Face à la nécessité d'amener les patientes d'un régime de la promesse vers des attentes plus réalistes en termes de perte de poids, intégrant les incertitudes inhérentes au traitement chirurgical et l'importance d'une forte discipline postopératoire pour maintenir la perte de poids induite par la chirurgie, les cliniciens demandent aux patientes de faire preuve de leur engagement, de leur motivation et de leur bonne compréhension du processus. Ainsi, comme l'explique cette chirurgienne, l'injonction faite aux patientes de maintenir ou de réduire leur poids avant la date opératoire, vise autant à diminuer le volume du foie afin de faciliter l'opération, qu'à inscrire de manière anticipatoire la patiente dans une trajectoire de transformation identitaire supposée assurée le succès de l'opération :

« Ce qu'on demande aux patients c'est au moins de maintenir ou de baisser le poids, mais ça peut être difficile, rendu dans des IMC très élevés. Parfois c'est demander l'impossible. Mais le simple maintien de leur poids prouve qu'ils ont compris un peu le processus. Dans le fond on leur donne une deuxième chance : prouvez-nous que vous pouvez changer » (Chirurgienne 1, public).

L'arrêt de la consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis, exigé pour avoir accès à la chirurgie, s'inscrit d'ailleurs dans cette même logique. Il s'agit non seulement de maximiser la cicatrisation postchirurgicale, dite freinée par la consommation de cigarettes, et d'éviter les effets décuplés de l'alcool et de la marijuana à la suite de la chirurgie, mais aussi de favoriser l'adoption de bonnes habitudes de vie. Comme le soutient cette chirurgienne, après avoir été interrogée sur les raisons sous-tendant la demande d'arrêt de consommation de cannabis dans un parcours bariatrique :

« C'est un peu contre-intuitif de continuer à consommer une drogue qui augmente la faim dans un processus de chirurgie bariatrique, puis c'est toute une question de bonnes habitudes de vie aussi, 0 sur la drogue. C'est une question d'hygiène de vie, fait qu'à la clinique ici on est fermes sur le fait que c'est pas juste une usine à faire des chirurgies. On essaie vraiment de leur inculquer une bonne hygiène de vie » (Chirurgienne 1, public).

« Les contre-indications claires ce sont les patients qui veulent pas du tout s'investir dans leur suivi, qui veulent pas prendre des vitamines par exemple. Y'a des gens qui ont un comportement alimentaire qui n'est pas réglé... Les patients qui fument en général on considère ça comme une contre-indication absolue » (Chirurgien 7, public).

Lorsque je leur ai demandé de définir ce que constituait pour eux un « bon » candidat à la chirurgie⁵³⁷, les cliniciens interrogés m'ont ainsi fait le portrait d'une patiente faisant preuve d'une volonté de

⁵³⁷ Ma question n'a pas été féminisée.

transformer en profondeur ses habitudes de vie, démontrant une bonne compréhension du processus bariatrique et des efforts personnels qu'elle aura à réaliser une fois opérée :

« Les bons candidats ce sont ceux qui ont déjà fait plusieurs efforts pour perdre du poids par eux-mêmes, qui ont une bonne compréhension de la chirurgie bariatrique, qui ont pris de l'information sur internet, sur le site de l'IUCPQ ou autre, et qui comprennent bien qu'il y aura un suivi à faire puis des efforts à faire après. Ça c'est le patient idéal » (Chirurgienne 1, public).

Ainsi, la clinique de l'obésité constitue un espace de conversion des identités qui passe par la modération des attentes possiblement démesurées des patientes face aux promesses rattachées à la chirurgie bariatrique dans l'espace public, puis à leur recalibrage à des fins de (re)socialisation et de réintégration sociale. En prise à de nombreuses situations de reprise de poids, les praticiens sont contraints de réguler les attentes des patientes pour les inciter à adhérer au travail postopératoire jugé nécessaire afin de maintenir de bonnes habitudes de vie et éviter une reprise de poids. Plutôt que de supposer une patiente libre de toute détermination, le milieu bariatrique semble donc chercher à rendre les patientes autonomes, responsables et proactives dans leur trajectoire de santé *malgré* la chronicité de leur condition et la vulnérabilité « bio-psycho-sociale » qu'ils leur attribuent.

Cette analyse met ainsi en lumière les contradictions propres à la biocitoyenneté bariatrique ainsi que les enjeux que celles-ci posent en contexte clinique. Du point de vue des candidates qui souhaitent recourir à la chirurgie, celle-ci est appréhendée comme un moyen de se débarrasser d'un surplus de poids associé à une souffrance psychosociale excessive et d'accéder à une certaine « normalité ». À rebours du caractère passif auquel leur forte corpulence les associe dans l'espace public, les patientes envisagent leur recours à la chirurgie comme une preuve de la puissance de leur volonté de changement. À rebours de l'idée que la chirurgie serait une « solution facile », elles se la représentent et la valorisent comme une forme d'« automutilation », c'est-à-dire comme une solution radicale, invasive et douloureuse leur permettant de dépasser leur condition d'obèse. Cette représentation de la chirurgie vient alimenter le sentiment d'urgence des patientes qui cherchent à avoir accès à la chirurgie le plus rapidement possible, parfois en s'exposant à des risques supplémentaires en se faisant opérer à l'étranger ou dans des cliniques privées au Québec où elles ne recevront aucune préparation ni suivi postopératoire. Paradigmatique de la biocitoyenneté, ce discours de libération du soi par la douleur, le sacrifice et la prise de risques repose sur une dualité très forte entre un corps sacralisé et un corps réduit à une ressource matérielle pouvant et devant être mise à

profit du projet identitaire du sujet⁵³⁸. Renvoyant directement, comme l'a bien souligné la sociologue Céline Lafontaine, à la notion néolibérale du capital humain telle qu'élaborée par l'économiste Gary Becker⁵³⁹, cette idée du corps comme capital personnel à valoriser par l'expérimentation et la prise de risques dans le but d'améliorer son état de santé et sa valeur sociale se confronte toutefois aux priorités des professionnels de la santé œuvrant au sein des établissements publics de chirurgie bariatrique. Appréhendant l'obésité comme une maladie multifactorielle et chronique pour laquelle il n'y a souvent pas de guérison complète et définitive, ils visent à inculquer à leurs patientes la responsabilité de s'investir dans une discipline continue et une modification durable de leurs habitudes de vie après leur chirurgie. En prise à des candidates bariatriques détenant souvent de fortes attentes vis-à-vis de la chirurgie en termes de normalisation corporelle et de réintégration sociale, les cliniciens doivent tempérer leur optimisme en définissant avec elles des visions plus modestes et réalistes du futur. À rebours de l'économie de la promesse générée par la couverture médiatique de la chirurgie bariatrique, ils cherchent donc à substituer un régime de l'espoir par un régime de l'incertitude permettant de créer une compréhension commune de la manière dont l'efficacité de la chirurgie doit être évaluée. Cela passe notamment par une évaluation des attentes subjectives des patientes permettant d'identifier des sujets « déraisonnables » (les *happy patients*, les patientes ayant des motifs esthétiques ou de « mieux-être », etc.), une monstration de données factuelles concernant la perte de poids auquel le patient peut raisonnablement s'attendre (algorithmes, statistiques, etc.) et des demandes de preuves relatives aux efforts fournis par les patientes en amont de la chirurgie pour modifier leurs habitudes de vie (arrêt du tabac, légère perte de poids, etc.). À travers ce travail de modération de l'espoir, les cliniciens visent ainsi à transmettre à leurs patientes les responsabilités associées à leur statut de patientes chroniques, devant anticiper la nature incertaine des effets de la chirurgie sur le long terme et réorganiser en conséquence leur vie quotidienne, ainsi que leurs environnements proches et sociaux. À mesure que les patientes voient leur corps se transformer progressivement au cours des mois suivants l'opération, elles devront en effet, comme on va le voir dans le prochain chapitre, apprendre à composer avec de nombreux changements nutritionnels, identitaires et relationnels pouvant dépasser leurs attentes initiales en termes de normalisation corporelle.

⁵³⁸ Au sujet du dualisme corps sacré/corps ressource au cœur de la biocitoyenneté, voir : Lafontaine, Céline, Op. Cit. 2014 et Derbez, Benjamin, « L'économie politique et morale de l'espoir en oncologie médicale et la constitution des corps expérimentaux comme biocapital », *Revue française d'éthique appliquée*, 2017, p. 28-42.

⁵³⁹ Becker, Gary, *Human Capital, A Theoretical and Empirical Analysis*, Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research, New York, 1964.

Chapitre 8

La perte de poids comme « renaissance » : une redéfinition technologique du corps, de la santé et de la validité

Interrogées sur les changements liés à leur perte de poids, les patientes ont décrit les effets quotidiens de cette transformation et les stratégies qu'elles ont développées pour s'y adapter. Alors qu'elles voient généralement cette transformation rapide de leur apparence comme un moyen de se sentir plus « normales » et de mieux contrôler leur identité sociale en se « fondant dans la masse », une analyse plus fine révèle que la chirurgie ne se limite pas à la normalisation des corps et à la restauration de la santé des patientes. D'une part, elle perturbe profondément leurs relations personnelles (conjugales, amoureuses, familiales, amicales) autour desquelles elles avaient organisé leur vie avant la chirurgie, les obligeant à construire de nouvelles bases relationnelles, cela souvent sans un soutien psychologique adéquat. Cette expérience d'« entrer dans la normalité » des patientes leur donne à voir de manière incontestable les discriminations dont elles faisaient auparavant l'objet en raison de leur poids, constituant un laboratoire privilégié pour comprendre la dimension interactionnelle et émotionnelle de la lipophobie. D'autre part, la transformation corporelle résultant de l'opération oblige les patientes à faire face quotidiennement à des effets négatifs plus ou moins prévisibles, créant une sorte de « handicap invisible » qui brouille la distinction entre normalité et invalidité. Au lieu de les libérer du fardeau émotionnel que leur obésité impliquait, l'intervention médicale déplace en réalité ce travail émotionnel vers la gestion des multiples conséquences d'une opération qui transforme profondément les corps et les interactions sociales des personnes opérées. La manière dont les patientes mettent en œuvre une « normalité » redéfinie par la technologie, avec son lot de situations handicapantes plus ou moins évidentes, met en évidence la nature instable et contextuelle des notions contemporaines de « normalité » et de « santé ».

I. De l'invalidité à la mise en scène collective de la fierté associée à la perte de poids

1.1. Améliorer sa qualité de vie, entrer dans une norme

1.1.1. *Une amélioration effective de la santé et de la mobilité*

Au moment de décrire les changements amenés par la chirurgie dans leur vie, la plupart des participantes racontent d'abord comment leur perte de poids rapide a considérablement amélioré leur état de santé et leur qualité de vie globale. Cette amélioration se traduit généralement par une réduction des comorbidités associées au poids, une diminution des doses d'insuline ou du nombre de médicaments à prendre, voire leur arrêt complet, et par un gain de mobilité qui facilite certains mouvements corporels quotidiens (faire ses lacets, monter des marches d'escalier, etc.):

« Je suis passée de sept à plus de médicaments. Je faisais de la haute pression, du cholestérol, du diabète, de l'apnée du sommeil...tout ça faisait en sorte que j'avais plus de qualité de vie » (Sébastien, 54, 3 ans post-op, public).

« J'ai surtout éliminé mon diabète. J'avais vraiment beaucoup de médicaments à prendre et des gros médicaments qui causent beaucoup d'infections urinaires et de vaginites et couteux en plus. J'en avais 4 du Jardiance, du Victoza, du Glucophage et du Diabeta, et je contrôlais pas mes glycémies. Avec la chirurgie j'arrive à le contrôler et je suis moins fatiguée, j'ai plus d'énergie. Je suis en train de régler mes petits problèmes d'articulation, je vais pouvoir bouger davantage » (Hélène, 41, 2 ans post-op, public)

« J'ai plus de difficultés quand je me penche pour attacher mes souliers par exemple. Quand je vais prendre des marches j'ai plus de douleurs au niveau des jambes à la fin. Au niveau respiratoire je suis moins essoufflée. Ma pression artérielle a diminué. On m'a aussi arrêté les médicaments pour mon prédiabète » (Lauriane, 30, 2 ans post-op, Mexique)

Cette amélioration effective de la santé et de la qualité de vie est aussi évaluée en fonction des identités sociales auxquelles elle permet d'accéder, comme celle par exemple de femme fertile et de mère :

« Je voulais des enfants, mais j'étais irrégulière à cause de mon surplus de poids, mes règles c'était n'importe quand [...] Je partais de 307 livres la journée de mon opération. Puis je me suis rendue à 200 et après ça je suis tombée enceinte! » (Karine, 39, 7 ans post-op, public).

1.1.2. L'impression d'une entrée dans la « vie normale »

Plus globalement encore, les patientes estiment que la perte de poids induite par la chirurgie leur donne l'impression d'entrer dans une norme. Cette impression se base à la fois sur le fait de pouvoir réaliser des activités qu'elles jugent « normales » (aller magasiner dans des magasins génériques, aller marcher, etc.) et sur le fait d'être perçues par les autres comme des gens « normaux » :

« C'est différent dans tout, le regard des gens, quand on sort, ce que je suis capable de faire maintenant versus avant, m'habiller, aller magasiner des vêtements, aller marcher avec mon mari pendant longtemps...y'a des activités que je pouvais pas faire que je peux faire maintenant...C'est clair que ça change une vie » (Michelle, 49, en attente, public).

« Quand j'allais au magasin, moi c'était dans la taille Plus puis les vêtements n'étaient pas toujours avantageux pour l'âge que j'avais, j'avais l'impression que c'était toujours pour plus vieux que moi. Aujourd'hui je peux m'habiller partout et je peux choisir ce que je veux porter. Ça c'est tellement satisfaisant » (Hélène, 41, 2 ans post-op, public).

« Maintenant quand les gens me regardent, ça me dérange pas ce qu'ils pensent. Avant j'avais honte qu'ils me regardent, j'aimais pas ça » (Hélène, 41, 2 ans post-op, public).

Ainsi, l'amélioration perçue par les patientes de leur qualité de vie correspond à un processus de normalisation corporelle intégrant des dimensions matérielles relatives à un gain de santé et de mobilité, ainsi que des dimensions relationnelles et affectives liées au sentiment de se fondre dans la masse grâce à l'atténuation d'attributs visibles socialement disqualifiants.

1.2. La chirurgie comme « rupture biographique » : transformations identitaires et relationnelles et processus d'ajustement

1.2.1. Une reconstruction de soi vécue comme une « renaissance »

Ainsi, les participantes décrivent fréquemment la perte de poids induite par la chirurgie comme étant à l'origine d'une identité plus affirmée socialement, qu'elles disent avoir vécue comme une « seconde chance », une véritable « renaissance », voire une « éclosion ». Les participantes racontent que l'affinement de leur silhouette leur a permis de libérer leur « vraie » personnalité, c'est-à-dire une version plus confiante et heureuse d'elles-mêmes :

« Maintenant quand j'te parle ce que j'ai l'air ça représente ce que je suis. Je suis lumineuse, je ris, je souris, j'aime ça. Je veux que ça paraisse à l'extérieur parce que c'est comme ça que je me sens en dedans » [en comparaison au « clown triste » qu'elle était avant la chirurgie] (Marie, 34, 2 ans post-op, Mexique).

« J'ai éclos comme une fleur au printemps là, touk! » (Vanessa, 36, 3 ans post-op, public).

« J'ai perdu à peu près 100 livres. Pendant cette période-là, tout allait bien. Ma confiance en moi revenait, j'avais pris beaucoup d'assurance, j'avais comme éclos si on peut dire... » (Vanessa, 36, 3 ans post-op, public).

« C'est comme si la vie me donnait une deuxième chance...Je pense que oui tu restes la même personne à l'intérieur, mais une meilleure version de toi même. Une version moins maladroite, mieux dans sa peau, plus affirmée...C'est vraiment comme un changement de vie si on veut » (Lucie, 27, 6 ans post-op, public).

Cette transformation identitaire soudaine, opérée à l'intérieur de quelques mois, est comprise comme un événement structurant venant marquer une « rupture biographique »⁵⁴⁰, ouvrir une brèche profonde

⁵⁴⁰ À ce sujet voir: Bury, Charles, "Chronic Illness as Biographical Disruption," *Sociology of Health and Illness*, 1982, vol. 4, n°2, p. 167-18 et Orsini, Michael, "Illness identities and biological citizenship: reading the illness narratives of hepatitis C patients", *Article présenté à la conférence annuelle de l'association Canadienne de science politique*, York University, Juin 2006. En ligne: <https://cpsa-acsp.ca/papers-2006/Orsini.pdf>. Comme le souligne Orsini (2006), Bury identifie trois phases dans une « rupture biographique » : 1. une rupture au niveau des idées reçues et habitudes acquises, 2. une rupture au niveau des cadres explicatifs utilisés par les individus, obligeant ceux-ci à remettre en question leur identité et à s'engager dans des processus de « reconstruction narrative » du soi, et 3. une rupture au niveau de la pratique, où il y a une rupture impliquant la mobilisation de certaines ressources afin de s'adapter à la « nouvelle normalité ».

dans leur histoire individuelle. C'est ce que traduisent ces deux témoignages, qui décrivent l'appréhension d'un « avant » et d'un « après » la chirurgie, d'une sorte de passage vers une « deuxième vie », de moment structurant dans leurs parcours de vie que le journal intime ou le tatouage permettraient de « ritualiser » :

« Pour moi l'opération c'est le point déterminant qui a déterminé les années à venir. Qui a fait que maintenant je mange bien, je m'entraîne, je prends soin de moi, je bouge. J'ai complètement changé » (Marie, 34, 2 ans post-op, Mexique).

« J'ai un carnet où je dessine. Par exemple j'ai fait une page où j'ai dessiné des trucs par rapport à mon arrêt tabagique, une page avec mon poids de départ, pourquoi j'ai voulu me faire opérer tout ça. Mon carnet s'appelle « La deuxième chance » parce que j'ai vraiment l'impression que je vais avoir un avant, et un après » (Marie, 34, 2 ans post-op, Mexique).

« Je me suis même fait un tatouage sur le bras pour vraiment essayer de montrer le changement entre l'avant et l'après-chirurgie » (Marie, 34, 2 ans post-op, Mexique).

De ce basculement biographique découlent de nouveaux enjeux et interrogations existentielles. Les premières années suivant la perte de poids sont ainsi décrites comme une période de découverte de soi, comme une « deuxième crise d'adolescence » marquée par la découverte sensorielle d'un corps « défait de son enveloppe », d'une personnalité plus affirmée, voire de nouveaux goûts alimentaires :

« J'ai des souvenirs de m'extasier de sentir mes omoplates ou mes os là. Tu découvres des choses, tes hanches, tes os dans les hanches.... La plupart des gens qui ont pas de problèmes de poids, ils connaissent tous ces os et ces trucs-là » (Caroline, 36, 2 ans post-op, public)

« Avant j'étais très difficile. Y'a plein de choses que je mangeais pas et que je mange aujourd'hui. J'ai développé plein de goûts pendant ma période exploratoire après ma chirurgie... Le poisson par exemple je trouvais ça répugnant. Mais à un moment dans la découverte de ma nouvelle vie, j'ai décidé d'essayer et j'ai aimé » (Stéphanie, 40, 7 ans post-op, public).

« Il faut la vivre cette lune de miel. Il faut avoir conscience de l'après c'est certain, mais je pense que c'est une période que t'as besoin de vivre pour retrouver qui tu es là. Se défait de cette enveloppe et vivre pleinement cette perte de poids » (Pauline, 38, 2 ans post-op, public).

« J'osais aller dans des zones où est ce que j'osais pas aller avant... Mon père dit que j'ai vécu une deuxième crise d'adolescence... dans un sens c'est pas faux, j'ai fait des choses que j'avais peut être pas fait plus jeune parce que j'en avais pas l'énergie, pas la confiance, pour plein de raisons reliées à mon surplus de poids » (Stéphanie, 40 ans, 7 ans post-op, public).

Elle est aussi décrite comme une période de bien-être retrouvé, où les participantes disent reprendre goût à la vie:

« J'ai recommencé à vivre. L'an dernier, les enfants m'ont regardé et m'ont dit: maman, est-ce que t'es folle? Ils me disent c'est la première fois qu'on t'entend rire. Mais c'est ça, la médication m'endormait. Je regardais des comédies à la télé et je me disais c'est dont ben ridicule, j'avais plus aucun plaisir. Et là je m'accorde des plaisirs » (Hélène, 41, 2 ans post-op, public).

« Tu changes et tu penses à toi en premier. Tu prends plaisir à t'occuper de toi, à vivre cette vie. Je parle de renaissance parce que ça a vraiment été ce *feeling* là, de voir que t'es plus éclatante, tu brilles...Je me souviens d'un party de Noël à la job où j'avais mis une petite robe noire hyper bête mais je m'étais un peu maquillée et j'avais eu plein de compliments. Ça m'avait fait de la baume au cœur de voir à quel point ça se dégage...que ça se voit à quel point tu vas bien » (Pauline, 38, 2 ans post-op, public).

En même temps, parce que cette perte de poids rapide est vécue par les patientes comme une occasion de se réinventer, de s'affirmer comme un individu libre de ses choix et maître de son corps, elle peut également être interprétée comme une période de remise en question existentielle, générant une nécessité de « faire le point » ou de se « recentrer » sur soi-même :

« J'ai perdu la moitié de mon poids et ça a changé du tout au tout. J'ai eu plus confiance en moi, plus d'énergie pour faire des choses ...mais un an après quand j'ai eu atteint un certain cap, j'ai quand même eu une période de remise en question. Y'avait tellement de choses qui avaient changées, que j'ai eu besoin de faire un temps d'arrêt. J'ai même arrêté de travailler pendant quelques mois pour pouvoir me recentrer. Qu'est-ce que je veux de cette nouvelle vie-là? Ça a apporté beaucoup de changements avec les gens, par rapport au travail, à cette nouvelle confiance que j'avais trouvé...Ça remettait tout en question » (Stéphanie, 40, 7 ans post-op, public).

« Grosse remise en question, j'ai changé d'emploi...et là j'avais comme un désintéressement complet de la famille. La famille en a écopé un coup...Ça va au-delà du physique, ça va au-delà de la perception de notre corps physiquement. C'est vraiment la tête aussi » (Vanessa, 36, 3 ans post-op, public).

1.2.3. Susciter un intérêt soudain, prendre conscience de l'ampleur de la stigmatisation vécue

S'accompagnant de transformations identitaires et relationnelles profondes qui amènent leur lot de remises en question, elles demandent aux patientes une période d'adaptation qu'elles disent trouver difficile. De nombreuses participantes disent notamment avoir été déstabilisées, blessées voire irritées par le regard dramatiquement nouveau que les autres portaient sur elles une fois leur corps aminci. Si le fait d'être subitement remarquées pour autre chose que leur poids, de délaisser un statut d'« hypervisibilité »⁵⁴¹ pouvait être accueilli comme quelque chose de pleinement positif, les participantes expliquent que cela s'accompagne de nouveaux défis psychologiques:

« Le processus physique est facile, mais le processus psychologique j'ai trouvé ça dur. Ton corps change tellement sur plein de plans. Tu maigris, tu prends confiance en toi, la perception des gens change... » (Lucie, 33, 6 ans post-op, public).

« Le gars qui ne s'intéressait pas à toi, tout d'un coup il s'intéresse à toi donc tu deviens un peu comme un morceau de viande. C'est déstabilisant, surtout quand t'es pas habitué d'avoir l'attention. Quand t'es en surplus de poids, des fois tu veux passer inaperçu. Les gens te remarquent par ton poids, tu veux pas trop que les gens te remarquent. Là tu vois que tu attires plus l'attention, que les gens ont plus d'intérêt et c'est déstabilisant » (Lauriane, 32, 2 ans post-op, Mexique)

« Je le vois et tous les gens qui m'entourent me le disent, on sort au restaurant et les gens me regardent. C'est vraiment différent, mais y'a comme une pression, quelque chose de vraiment désagréable qui vient avec ça, avec

⁵⁴¹Gailey, Jeannine, *The hyper(in)visible fat woman : Weight and gender discourse in contemporary society*, New York: Palgrave macmillan, 2014.

le regard des autres. Moi on m'a jamais regardé comme ça avant. C'est comme si je devenais une personnalité connue du jour au lendemain » (Sandrine, 33, 3 ans post-op, public).

Face à cet intérêt soudain, parfois vécu pour la première fois, de nombreuses participantes m'ont confié avoir été extrêmement déçues de constater à quel point l'apparence physique conditionne socialement le respect, la reconnaissance et l'attention qui est portée aux autres. Tout se passe ainsi comme si les participantes, en perdant du poids, prenaient pour la première fois toute la mesure des discriminations qu'elles vivaient quotidiennement avant leur chirurgie en raison de leur surpoids. C'est ce que traduisent les propos de Sandrine :

« Le regard des autres, mon dieu c'est épouvantable. Y'a des gens qui me parlaient pas du tout avant, qui m'ignoraient ou faisaient comme si j'étais pas là, et qui là tout d'un coup ah mais t'es rendue belle, veux-tu sortir? Ça te dis de m'accompagner à tel endroit? Avant ces gens-là ne m'adressaient même pas la parole, où me regardaient à peine. Moi ça m'a beaucoup blessée de voir les gens comme ça » (Sandrine, 33, 3 ans post-op, public).

1.2.4. *Une remise en question de l'équilibre du couple*

La perte de poids suivant la chirurgie provoque aussi souvent des tensions au niveau du couple en déstabilisant l'équilibre. Elle suscite notamment chez le partenaire des insécurités ou un sentiment de jalousie face au gain de confiance en soi expérimenté par la personne opérée, et à l'intérêt (réel ou imaginé) que celle-ci reçoit subitement de la part des autres :

« Mon conjoint a eu un peu d'insécurité. À un moment il a passé un commentaire quand on était chez des amis, il a dit c'est ça, elle va me laisser pour un plus mince » (Laurence, 45, 1 an post-op, public).

« Quand j'ai eu ma chirurgie bariatrique, mon conjoint est devenu jaloux. Toutes les semaines il partait aux États-Unis pour le travail et il s'est mis à m'appeler de façon insistante, t'es où? avec qui? pourquoi? à quelle heure? J'ai trouvé ça très pénible jusqu'au moment où il m'a dit je t'aimais bien plus quand t'étais grosse » (Sandrine, 33, 3 ans post-op, public).

Ces sentiments d'insécurité peuvent être interprétés à la lumière du contrôle que le partenaire, peut-être lui-même relativement insécure, perd progressivement sur sa conjointe à mesure que celle-ci, en perdant du poids, commence à gagner en estime de soi, à s'affirmer davantage et à faire des activités en dehors du foyer. C'est de cette façon qu'Hélène comprend en quoi la jalousie de son mari a pu être exacerbée par sa volonté de se faire opérer, jusqu'à mener d'ailleurs à sa séparation actuelle :

« On est en processus de séparation parce que j'ai changé et que lui n'a pas suivi le bal. C'est incroyable, j'ai tellement confiance en moi maintenant. J'avais un conjoint très jaloux quand je l'ai rencontré et j'ai l'impression que j'ai voulu faire un autosabotage pour être sûre que les hommes arrêtent de me regarder. Et quand j'ai voulu me faire opérer, lui ne voulait pas. Aujourd'hui je me demande si c'était pas pour ces raisons justement, pour être sûr que personne me regarde » (Hélène, 43, 2 ans post-op, public).

En raison des débalancements amenés par la perte de poids dans la dynamique conjugale, les séparations et des divorces surviennent très fréquemment au cours des années suivant la chirurgie de l'un des partenaires⁵⁴². Si la jalousie du partenaire semble pouvoir en être une des causes, les participantes évoquent souvent le fait d'avoir « d'autres choses à vivre » ou d'être rendues « ailleurs » dans sa vie pour expliquer leur volonté de se séparer de leur conjoint, quant à lui resté « à la même place » :

« Quand je me suis mise à perdre du poids, j'ai essayé d'attirer l'œil à mon mari et ça n'a pas marché. Je me sentais toujours invisible...Aujourd'hui je ne suis plus au même endroit. J'ai 43 ans et j'ai autre chose à vivre. Je me trouve pas gentille pour mes enfants, mais je pense que je suis rendue là dans ma vie » (Hélène, 43, 2 ans post-op, public).

« Cinq ans après ma chirurgie j'ai décidé de me séparer...notre vie change, on se sent bien, on a le goût de bien s'habiller...on veut faire plus de choses puis l'autre personne est restée à la même place... » (Martine, 43, 3 ans post-op, public).

« On était plus rendus à la même place. Mon mari avait 10 ans de plus que moi, donc pour lui c'était correct que je sois plus sédentaire...Quand j'ai repris des activités, que je me suis remise à bouger, lui était plus capable de suivre. Je me disais que c'était lui le problème et je lui ai donné aucune chance non plus...c'était tu me suis ou ça marche pas. Il en a fait des efforts, mais c'était pas suffisant pour moi » (Vanessa, 36, 3 ans post-op, public).

1.2.5. *Des changements dans la dynamique des relations familiales et amicales*

Ces transformations relationnelles ne concernent toutefois pas seulement la dynamique des relations conjugales ou romantiques, mais aussi celle des relations parentales et amicales. La chirurgie peut ainsi provoquer un sentiment de jalousie chez d'autres membres de la famille de la personne opérée, le plus souvent chez sa mère ou sa fille, qui entrent, à mesure que celle-ci perd du poids, dans un rapport de rivalité autour de la minceur :

« Ma fille a 13 ans et elle a exactement les formes que j'avais à son âge...je pesais peut-être 125-130 livres. Et depuis un an elle me pique des crises de jalousie parce que j'habille plus petit qu'elle. Elle comprend pas, ça fait beaucoup de colère à la maison » (Hélène, 43, public, 2 ans post-op).

« J'ai fais mes démarches parce que j'étais fortement obèse. Ma mère elle c'est un yoyo extrême, moi jamais j'ai eu un IMC à 18. Et elle en est fière, on dirait que c'est une compétition avec moi, tu vois moi j'ai pas de chirurgie, je m'entraîne! Je trouvais ça vraiment triste » (Anne-Sophie, 40, 9 ans post-op anneau et 4 ans post-op sleeve, public).

La confiance en soi amenée par la perte de poids déstabilise également les relations amicales au point d'aboutir parfois à des ruptures. Les participantes prennent alors conscience du rôle significatif que jouait leur obésité dans l'équilibre de certaines relations, les maintenant dans un rôle inférieur de la

⁵⁴² Doni, Katharina, Jessica Breuing et Dawid Pieper, "Psychosocial changes of bariatric surgery in patients' everyday life: a scoping review », *Obesity Surgery*, 2020, 30, p. 2949-2956,

« bonne copine » qui reste dans l'ombre des autres et se porte toujours disponible pour satisfaire leurs besoins:

« T'es plus la bonne copine qui dit oui à tout. Avant j'étais vraiment la fille...pas la bonne poire mais...ah y'a un anniversaire? Je vais faire le gâteau! Même si t'as trois jobs, ton cours, ton machin, tu vas te coucher à minuit pour faire le gâteau parce que c'est toi la bonne copine. Tu donnes et tu donnes sans forcément attendre en retour. Mais après la chirurgie je m'oublie plus. J'ai le goût d'aller faire du sport, après j'ai le goût de dater...Tu penses à toi, c'est toi la priorité, puis c'est important d'arriver à ça parce que pendant des années tu t'es mise de côté pour faire passer les autres avant » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

« J'en ai perdu des amis à cause de ça. Je l'ai senti. [...] Je pense que mon épanouissement avec ma perte de poids a fait que j'étais plus la petite grosse qui trainait avec eux autres là. J'étais la fille qui brillait et qui se faisait cruiser, qui était émancipée, qui avait des choses à raconter...» (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

« Beaucoup d'amis deviennent jaloux [...] Tu te rends compte qu'il y a des gens qui se tiennent avec toi pour...t'sais le mythe qui dit que tu te tiens avec quelqu'un de plus gros ou moins attrayant pour te remonter? Ben c'est vrai qu'il y a des gens qui sont comme ça » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

« Mais je m'affirme beaucoup plus qu'avant. J'ai osé dire ce que je pensais tout bas et ça n'a pas plu. J'ai moins de filtres » (Hélène, 42, 1 an post-op, public).

Là encore, la perte de poids révèle aux participantes les rapports de force et la nature non-réciproque de leurs relations amicales les plus structurantes, venant ébranler leurs certitudes et leurs repères. Les participantes sont ainsi contraintes de faire le deuil de certaines relations, et de construire de nouveaux repères autour desquels orienter leur existence, cela bien souvent, comme on va le voir, en l'absence de tout soutien psychologique ou accompagnement spécialisé.

1.3. Du sentiment de fierté associé à la perte pondérale vers de nouveaux engagements biocitoyens

1.3.1. *Sentiment de fierté partagé et valorisation collective du dépassement de soi*

Malgré ces défis d'adaptation, la plupart des participantes expriment un grand sentiment de fierté face à leur silhouette amincie:

« Les gens me reconnaissent plus. Au travail, les gens me regardaient comme si j'étais une étrangère parce qu'ils me reconnaissent plus du tout, j'avais perdu au-dessus de 300 livres. Mais j'étais fière, j'étais bien. Mes enfants étaient fiers, ma mère était fière, mon père aussi était fier » (Anaïs, 45, 7 ans post-op, public).

« Ce que j'aime de mon parcours c'est que ça permet de motiver plusieurs personnes dans mon entourage, parfois même mes étudiants. J'étais un peu gênée, mais finalement je leur ai raconté mon parcours. Je leur ai dit peut-être que vous me croirez pas, mais avant je pesais dans les 300 livres. Et là ils ont dit comme *ob my god* et ils m'ont applaudi » (Sandrine, 33, 3 ans post-op, public).

Comme exprimé dans les extraits précédents, cette fierté est tout aussi partagée, diffuse dans les relations sociales qui relient le sujet aux autres, que la honte qui était associée au fait d'avoir un corps

plus large, avec laquelle elle contraste. Mettant à distance l'idée que la chirurgie constitue une solution de facilité, les participantes disent être fières du chemin parcouru et des efforts et sacrifices investis pour en arriver là. Jimmy explique par exemple qu'au lieu de se comparer aux gens qui ont toujours été minces et en forme, il se concentre plutôt sur son propre parcours, dont il dit être fier :

« Regarde tout ce que j'ai passé. Mes cicatrices c'est rendu un trophée tu comprends? C'est le signe de tout mon parcours » (Jimmy, 36, 3 ans post-op, privé).

Ainsi, la fierté ressentie n'est pas tant liée au fait de vivre dans un corps visiblement plus normatif, mais à celui d'avoir travaillé fort pour en arriver là. Les métaphores des cicatrices et du trophée mobilisées par Jimmy, loin d'être anodines, s'inscrivent dans un répertoire de l'effort et de la performance sportive utilisé par plusieurs participantes (ou plutôt, dans ce cas des *participants*) afin de décrire leur parcours bariatrique. Ainsi, Sébastien, auteur d'un blog motivationnel intitulé « Mon corps, ma prison. Pas-à-pas vers la liberté », situe son parcours chirurgical comme le point de départ d'une longue et difficile ascension vers la liberté, comme un « exploit » physique, psychologique et spirituel qu'il a d'ailleurs voulu matérialiser en entreprenant l'ascension du mont Washington:

« À partir du moment où j'ai eu ma perte de poids, je me suis mis à accomplir des choses auparavant inimaginables. Par exemple j'ai fait une expédition au mont Washington. C'est une expédition qui était gratifiante dans le sens où j'ai atteint le sommet. C'était autant psychologique que physique parce j'aurais pu abandonner à n'importe quel moment. Une fois que j'ai atteint le sommet je me suis dit voilà, je m'y suis rendu donc c'est possible. Je partais de 411 livres et je suis descendu à 210. C'est un exploit en soi, autant physique qu'émotionnel et spirituel. Je me sens libre. Pas-à-pas vers la liberté, c'est pas pour rien que j'ai dit ça » (Sébastien, 57, 3 ans post-op, public).

Cette valorisation de l'effort intense traduit la volonté d'un dépassement de soi revendiquée avec fierté par les participantes, que l'on peut dès lors rapprocher de la figure du « *supercrip* » (ou de l'« *overcomer* ») décrite dans les études du handicap anglo-saxonnes⁵⁴³. Celle-ci renvoie aux récits culturels qui se concentrent sur les efforts déployés par l'individu pour surmonter sa situation d'invalidité, définissant dès lors les handicaps comme des caractéristiques individuelles de la personne qui peuvent et doivent être surmontées pour atteindre à tout prix la « normalité », jugée préférable. Ces récits de dépassement de soi peuvent nous permettre de mieux comprendre le caractère public et performatif que prend la fierté associée à la perte de poids au sein de la communauté bariatrique. En effet, ce sentiment de fierté est souvent exprimé dans les groupes en ligne, notamment à travers le partage de photos

⁵⁴³ Clare, Eli, *Exile and Pride: Disability, Queerness and Liberation*, Cambridge: Sound End Press, 1999; Howe, P. D. "Cyborg and Supercrip: The Paralympic Technology and the (Dis)empowerment of disabled athletes", *Sociology*, 2011, vol. 45, n°5, p. 868-882; Queval Isabelle, "Itinéraires du corps augmenté: déficiences et performances dans le sport", *Corps & Psychisme*, 2020, vol. 1, n°76, p. 21-32.

avant/après par les personnes opérées (voir par exemple le groupe Facebook « Notre fierté, nos réussites en images »).

1.3.2. *Nouveaux engagements biocitoyens et mécanismes d'inclusion/exclusion sociale*

Cette valorisation du passage du « handicap » à la performance sportive et sociale esquisse ainsi les contours d'une biocitoyenneté bariatrique marquée par une sorte d'injonction à être volontaire et dynamique dans la prise en charge de sa santé. La capacité à être autonome dans son parcours chirurgical, à s'informer par soi-même sur le processus, est ainsi appréhendée par plusieurs patientes comme une nécessité pour « réussir » sa chirurgie :

« Une fois que le processus commence, c'est très rapide. Côté psychologique ça prend une personne avec une force de caractère incroyable. Ça prend de la documentation. Faut avoir un intérêt pour pouvoir se cultiver sur la chirurgie avant, pendant, après, tout ce qui peut être positif, tout ce qui peut être négatif, les contraintes...Ça suffit pas de dire je subis une chirurgie puis ça s'arrête là » (Sébastien, 57, 3 ans post-op, public).

Ainsi, plutôt que d'évoquer leurs médecins comme des sources directes d'instruction médicales, les patientes vont inscrire l'adhérence au traitement bariatrique dans la continuité de l'« expertise somatique »⁵⁴⁴ qu'elles ont elles-mêmes développée en piochant dans les discours biomédicaux plus larges circulant sur le poids et la bonne alimentation. Cette promotion de l'autonomie ouvre également sur de nouveaux engagements civiques et de nouvelles biosocialités. Comme le traduisent les propos de Cassandre, cela peut passer par le fait de montrer l'exemple aux non-opérés d'une consommation alimentaire « raisonnée », allant dans le sens d'une « rééducation » de l'entourage direct :

« On est dans une société de consommation. Si tu m'invites à souper chez toi, probablement que tu vas me servir une entrée, un beau gros plat, un dessert, on va peut-être avoir des fromages après en soirée... Ça ça fait partie des choses que pour nous les chirurgiés on est plus là...tout ça disparaît une fois opéré. C'est de la rééducation personnelle, mais c'est aussi de la rééducation de notre entourage » (Cassandre, 34, 1 an post-op, Mexique).

Le plus souvent, ces engagements sont néanmoins plutôt dirigés vers la communauté bariatrique elle-même. Ainsi, nombreuses sont les participantes interrogées à avoir décidé de s'engager dans la communauté bariatrique à la suite de leur opération en inspirant/motivant d'autres patientes dans leur parcours. C'est le cas de Jimmy, qui a choisi de mettre en avant son succès rapide et de se convertir en un des rares « visages de la chirurgie » (en devenant patient-partenaire d'Obésité Canada et en lançant une page Facebook motivationnelle), dans le but de sensibiliser les autres à la nécessité de faire des efforts :

⁵⁴⁴ Rose, Nikolas, « Expertise and the government of conduct », *Studies in Law and Society*, vol. 14, p. 359-397.

« Je me suis rendu compte que des visages de la chirurgie bariatrique, y'en a pas beaucoup. Y'a beaucoup de préjugés face à la chirurgie bariatrique et beaucoup d'échecs aussi... Mon but ça jamais été de me mettre en avant. Je me disais c'est un sacrifice, il faut que je fasse ça pour sensibiliser le monde, pour faire comprendre aux opérés que ça se fait pas tout seul, que tu dois faire des efforts. Je me suis dit je vais le faire parce qu'il y a une personne qui le fait. Et je savais que j'avais un atout, qui était mon résultat rapide... 190 livres en 10 mois, ça attirait. Je suis super fier de mon parcours et j'essaie autant que possible d'aller sensibiliser le monde » (Jimmy, 36, 3 ans post-op, privé).

Sébastien, se décrivant comme quelqu'un d'altruiste aimant aider les autres, raconte quant à lui qu'il a souhaité lancer un blog en ligne pour aider les gens à s'informer par eux-mêmes, à trouver l'information nécessaire :

« J'ai toujours été altruiste, aider les gens ça fait partie de moi. Et c'est sûr que quand j'embarquais dans le processus, j'allais chercher de l'information, j'ai vu différents hôpitaux, différents programmes, et je voyais que les gens posaient beaucoup de questions, que ce soit des gens qui étaient en attente, qui étaient dans le processus ou qui avaient été opérés et qui avaient pas l'information nécessaire pour pouvoir continuer ou du moins atteindre leurs objectifs... Gérer des réseaux sociaux, ça demande un certain temps, donc j'ai donné beaucoup et j'ai adoré l'expérience... y'en a d'autres qui reprennent le flambeau mais je suis toujours là à apporter des conseils, en faisant des articles sur la chirurgie et la motivation ou de l'aide psychologique... Moi c'est ça qui me fait avancer ». (Sébastien, 57, 3 ans post-op, public).

La dimension volontariste, altruiste et bénévole de cet engagement communautaire revient à plusieurs reprises dans les témoignages des patientes, qui décrivent celui-ci comme une mission personnelle, une manière de « redonner » au suivant, à la société ce qui a été reçu, c'est-à-dire le cadeau de la chirurgie:

« Y'a un côté de moi qui a un syndrome du sauveur, donc je me suis dit ce parcours-là m'aide à sauver ma vie, littéralement, donc si je peux aider quelqu'un qui essaye de se prendre en charge à faire le même choix à l'aide de mes connaissances tant mieux » (Cynthia, 36, 2 ans post-op, Mexique).

« Depuis que les gens savent que je suis passée par là, y'en a beaucoup qui m'écrivent. Je suis dans tous les groupes de chirurgie bariatrique et d'embonpoint. Tout le monde qui m'interpelle à ce sujet moi je les aide. Moi je sais tout, je lis tout. Si t'as des questions, ne te gêne pas, écris-moi. Y'a parfois des gens qui sont vraiment apeurés alors je leur écris en privé en leur disant regarde je suis passée par là, si je peux t'aider tu m'écris. Je m'en fais une mission bénévole. Parce que je trouve ça trop important, puis on a la chance... » (Monique, 58, 2 ans post-op, Mexique).

Autour de ces valeurs biocitoyennes (travail sur soi, autonomie, dynamisme, etc.) semblent en même temps se dessiner des lignes de division entre « bonnes » et « mauvaises » patientes bariatriques. Certaines participantes émettent ainsi des jugements négatifs à l'endroit des patientes n'investissant pas les efforts jugés nécessaires pour changer leurs habitudes de vie et maintenir les effets de la chirurgie sur le long terme:

« La chirurgie m'a apporté la confiance en moi, la capacité de pouvoir dire je suis capable... et oui je suis capable. Parce que la chirurgie a aidé mais elle fait pas tout le travail. Moi j'ai connu des gens qui étaient au McDonald après à peine un an. Ah ben je mange juste un menu pour enfants. Ben oui mais tu manges de la merde! Même si tu manges un menu pour enfants, tu manges de la merde » (Anaïs, 45, 7 ans post-op, public).

« C'est important de changer ses comportements le plus vite possible parce que la procrastination tu finis par la payer...Moi j'ai eu vraiment des résultats en haut de la moyenne. Normalement avec la sleeve, tu perds environ 70% de ton surpoids sur un horizon de 12 à 18 mois. Mais moi j'ai perdu 100% en 10 mois. Donc j'ai perdu plus en moins de temps. Je te dis pas que je suis un cas exceptionnel, mais c'est vrai que je pense honnêtement avoir travaillé beaucoup plus fort que bien du monde. T'sais je suis très présent sur les groupes et je parle à beaucoup de monde puis y'en a qui ont eu la chirurgie bariatrique qui cherchent encore la solution miracle là » (Jimmy, 36, 3 ans post-op, privé).

Cherchant sans doute à investir cette représentation de la « bonne » (voire de la « meilleure »?) patiente bariatrique, certaines participantes interrogées confient, comme on le verra plus loin, avoir développé un rapport obsessionnel/orthorexique à l'alimentation, ne plus pouvoir se passer d'une pratique sportive quotidienne et intense ou être devenus « accros » à la chirurgie esthétique à la suite de leur opération dans un souci de faire toujours mieux, autant de comportements inquiétant d'ailleurs les nutritionnistes que j'ai eu l'occasion d'interroger.

II. Vers une redéfinition technologique de la santé et de la validité: « passer » pour normale?

2.1. Handicap invisible et stratégies de passage : apprendre à composer avec les effets secondaires « normaux » de la chirurgie

2.1.1. Nourrir son « bébé estomac » : de nécessaires réajustements alimentaires

Tandis que les patientes vivent globalement leur parcours de perte de poids avec enthousiasme, fierté et volontarisme, on a vu en quoi celle-ci suscitait une série de questionnements et de nécessaires adaptations en venant déséquilibrer certaines dynamiques relationnelles. En plus des transformations identitaires et relationnelles qui accompagnent cette entrée progressive dans la « vie normale », l'opération exige aussi des patientes qu'elles apprennent à vivre avec une corporalité chirurgicalement modifiée. Elles doivent tout d'abord entièrement réadapter leur alimentation en fonction d'un estomac drastiquement réduit, que les patientes nomment communément leur « bébé estomac » :

« Quand je vois Nathalie consommer de la liqueur, manger des croustilles de façon régulière, ça marche pas! Tu fais quoi de ton bébé estomac? Ton bébé estomac t'es en train de le ré-agrandir! » (Michelle, 49, en attente, public).

Ce terme surprenant, très fréquemment utilisé par mes participantes, me semble exprimer à la fois le fait d'être obligé de manger « comme un bébé » après l'opération, c'est-à-dire de toutes petites portions, et un devoir moral de faire attention à son estomac rétréci, « comme à un bébé », en ayant des comportements alimentaires soigneusement contrôlés. Source de fierté, cet estomac semble ainsi

chargé symboliquement et affectivement : il est à la fois le symbole de leur nouveau départ, de leur nouvelle vie, et de tout ce qu'elles ont dû volontairement sacrifier pour en arriver là. Ce sont ainsi les renoncements, les privations et les efforts que doivent faire les patientes opérées qu'Hélène souligne dans l'extrait suivant :

« Certains collègues m'ont dit tu trouves pas que c'est une solution facile? Aujourd'hui je serais prête à dire que c'est loin d'être une solution facile. Arrêter de manger du jour au lendemain et apprendre à faire les bons choix pour être sûr qu'on aura pas faim dans une heure, c'est difficile. C'est un autre mode de vie » (Hélène, 43, 2 ans post-op, public).

Au-delà des portions de nourriture qui doivent être intégralement revues par les patientes, à la fois dans leur quantité et dans la fréquence des prises alimentaires, l'opération a aussi pour effet courant de modifier le goût, pouvant rendre certains aliments écœurants ou moins attrayants et créer de nouvelles intolérances alimentaires:

« C'est difficile comme processus, on s'habitue à la nourriture...Moi y'a des choses que j'étais capable de manger avant que je suis plus du tout capable de manger, tout ce qui a une peau comme les oranges, les clémentines, les brocolis, les choux-fleurs, je suis plus capable de manger ça, ça me donne l'impression de manger des roches. Ça me fait mal » (Vanessa, 36, 3 ans post-op, public)

« J'ai beaucoup de difficulté avec la nourriture. La première année c'est beaucoup d'essais et erreurs. Après trois bouchées de pâtes, on dirait que j'ai mangé le bœuf au complet. Y'a plein de choses que je suis plus capable de manger du tout. Et je pense que ça va être comme ça pour toute ma vie parce que j'arrive à quatre ans post-op et que ça fonctionne toujours pas. Ça a beaucoup compliqué mon alimentation la chirurgie, mais je me suis habituée donc maintenant c'est correct » (Vanessa, 36, 3 ans post-op, public).

2.1.2. *Simuler la normalité en dépit d'une nouvelle forme de « handicap invisible »*

En plus de ces réadaptations alimentaires, la chirurgie génère également chez de nombreuses patientes des effets physiologiques plus ou moins anticipés par les patientes, qui viennent redéfinir les frontières entre la validité et le handicap et créer une nouvelle normativité corporelle avec laquelle les patientes doivent composer au quotidien. Certaines participantes qui ont eu le *bypass* (la dérivation), racontent ainsi en quoi cette opération a déclenché des troubles fonctionnels, notamment des symptômes digestifs (nausées, vomissements, diarrhée, crampes, etc.) et des carences (fatigue, anémie, etc.). C'est le cas de Bernadette, qui confie avoir été prévenue des « à-côtés » de cette chirurgie, mais les avoir minimisés :

« Mon taux d'absorption est moindre, donc au niveau des intestins y'a plein de choses qui changent. J'ai à vivre avec des choses avec lesquelles je n'avais pas à vivre avant. On m'a dit que ça allait être comme ça pour le restant de mes jours. On me l'avait expliqué à l'hôpital mais j'ai minimisé » (Bernadette, 51, 3 ans post-op, public).

Elle continue en racontant comment elle a dû « trouver des trucs » pour « gérer » les symptômes digestifs de sa chirurgie, qui la soumettent à des situations sociales générant beaucoup de gêne et d'inconfort :

« Maintenant j'arrive à mieux gérer, je me suis habituée, mon mari aussi, mais ça n'a pas été facile au début. Du fait que j'absorbe plus tout le gras, tout ce que je mange de gras, ça sort presque tout de suite. L'odeur aussi est beaucoup plus persistante qu'une personne normale. Si je vais aux toilettes chez quelqu'un, ça me gêne vraiment beaucoup. Mais il faut que je réussisse à gérer ça et à trouver des trucs, alors j'achète des petites bouteilles de concentré de parfum, que je traîne dans ma sacoche » (Bernadette, 51, 3 ans post-op, public).

Par ailleurs, elle explique que le fait de devoir se rendre aux toilettes plusieurs fois au courant de la matinée et de la nuit, impliquera qu'elle devra trouver un travail lui permettant de rester chez elle le matin :

« Je suis beaucoup en diarrhée le matin, entre 5 et 9h. C'est fatiguant, parfois je me réveille la nuit à 3-4h du matin pour aller aux toilettes. Y'a des matins où c'est plus que d'autres et où j'ai des crampes. Quand je vais devoir travailler pour quelqu'un d'autre, je vais devoir me trouver une job l'après-midi, sinon ça va être difficile à gérer » (Bernadette, 51, 3 ans post-op, public).

Au-delà des symptômes digestifs couramment rapportés par les patientes, cette chirurgie peut aussi provoquer une fatigue, une baisse d'énergie et de l'anémie en raison des déficiences en vitamines et minéraux induites. Bernadette raconte ainsi que même si elle se sent mieux en raison de sa perte de poids, elle ne se considère pas « en pleine santé » en raison de l'importante fatigue et du manque d'énergie causés par l'opération, qui ont diminué ses capacités physiques :

« Je dois prendre des vitamines à vie et souvent quand je passe mes prises de sang, je suis très limite au niveau du calcium, du fer. Ils sont obligés de m'ajuster. Alors c'est sûr que je peux pas dire que je me sens en pleine santé, mais je me sens quand même mieux qu'avec mon surplus de poids. Je ne me sens plus essoufflée, mais je traîne tout le temps une petite fatigue avec moi, j'ai moins d'énergie. Je pourrais plus travailler 40h semaine debout comme je faisais avant, j'ai plus la capacité. C'est dommage, parce que je suis encore jeune, mais on fait avec. Mon médecin me dit qu'elle suit plusieurs personnes qui ont eu des chirurgies bariatriques et qu'elles ont toutes pas mal les mêmes symptômes, même après plusieurs années...qu'il y en a qui sont même plus capables de travailler à temps plein, qui sont fatiguées » (Bernadette, 51, 3 ans post-op, public).

« J'ai beaucoup de fatigue, c'est sûr que c'est pas parfait comme solution. On perd du poids, on se sent mieux mais y'a toujours des petits à côté. Mais si je regarde avant et après je suis pas déçue de ma décision » (Bernadette, 51, 3 ans post-op, public).

Ces troubles fonctionnels ne concernent pas uniquement la « grosse » opération. Les patientes qui ont eu recours à la sleeve expérimentent eux aussi des effets secondaires plus ou moins importants. La réduction drastique des portions alimentaires qui suit la chirurgie s'accompagne généralement d'une perte de cheveux importante qui peut être difficile à vivre pour certaines patientes, comme Marie ou Nadia par exemple :

« Je prenais ma douche et je les sentais des mottes de cheveux couler sur mes jambes. J'en pouvais plus, je pleurais. Je capotais, je voulais même plus me laver. Je disais à mon chum je veux même plus me laver les cheveux, j'ai

peur de me retrouver chauve. C'est la perte de poids rapide qui fait que tu peux comme plus là. Je prenais des pilules, de la biotine et je mangeais bien mais c'est tellement peu... » (Marie, 36, 2 ans post-op, Mexique).

« À un moment j'avais pratiquement plus de cheveux tellement c'est une chirurgie drastique. Et quand je demandais à mon médecin, il me disait vous savez c'est un peu comme quelqu'un qui a de la chimio. Ton corps voit que tu perds du poids, mais comprend pas pourquoi... Il y avait bien des choses que je comprenais pas » (Nadia, 56, 9 ans post-op sleeve et 5 ans post-op bypass, public).

Tandis que cette perte de cheveux reste passagère, d'autres participantes racontent quant à elles vivre des douleurs abdominales depuis leur opération, ayant rendu leur estomac plus délicat :

« Quand l'eau est pas froide, j'ai de gros maux de ventre. Pendant un bon bout de temps j'étais couchée tout le temps dans mon lit parce qu'à chaque fois que je buvais j'avais de la misère. C'est comme je le sais que si je mange de la viande, il va falloir que je mange très lentement. On apprend ce que notre corps digère mieux et ce qu'on digère moins bien » (Francine, 42, 1 an post-op, Mexique).

« J'ai des douleurs à l'estomac, j'ai l'estomac plus fragile maintenant. Je prends une petite pilule tous les matins pour éviter les douleurs d'estomac. Je suis pas pliée en deux mais j'ai une petite douleur. C'est minime comparé à ce que j'étais avant, donc ça me dérange pas trop » (Martine, 43, 3 ans post-op, public).

Comme l'illustre bien l'extrait précédent, même si les patientes doivent apprendre à gérer les nombreux symptômes de la chirurgie, elles les considèrent généralement comme un prix minime à payer par rapport à l'acquisition d'un corps visiblement plus normatif. Tandis que les patientes vivent dans un corps chirurgicalement modifié, moins « naturel » si on veut, et caractérisé par de nouveaux troubles fonctionnels, ceux-ci ne sont généralement pas vécus sur le mode de la maladie ou de la déficience (à moins de complications très importantes, comme on le verra plus loin). Si le fait qu'ils soient moins visibles, plus facilement dissimulables que le surpoids de départ explique sans doute qu'ils constituent pour les patientes une perte de santé « tolérable », ils impliquent néanmoins la réalisation d'un travail continu de leur part. Cette forme de « handicap invisible » implique de travailler *avec* la chirurgie et ses effets pour se faire « passer » pour des personnes « normales » (ni obèses ni opérées). Le travail émotionnel associé au fait de naviguer le monde social dans un corps fortement stigmatisé, au lieu de disparaître, ne fait alors que se déplacer pour performer la normalité à partir d'un corps qui n'est en réalité pas entièrement valide. Certaines situations sociales, comme le fait de manger avec d'autres personnes par exemple, et plus spécifiquement des personnes qui ne sont pas au courant de leur parcours bariatrique, peuvent ainsi être particulièrement difficiles à naviguer pour les patientes en ce qu'elles menacent de les « démasquer », de déstabiliser leur apparence de normalité :

« Longtemps en post-chirurgie j'étais parfois mal à l'aise. Tu sais au restau la madame qui vient te voir : c'est à votre goût? Tu dis oui, mais t'es pas capable de finir ton assiette parce que t'as eu une chirurgie et tu te sens plate. Le gars en face de toi si tu lui a pas encore dit ou même si tu lui as dit, peut être que même lui est mal à l'aise parce que la fille se demande qu'est-ce que tu fais ou le gâchis de la bouffe. Ce sont des changements importants qui sont pas faciles » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

« Quand on se faisait inviter chez des amis, je mangeais pas comme les autres, je mangeais en plus petite quantité. C'était difficile pour moi à expliquer et à me justifier. Ça a été excessivement difficile pour moi. Je me suis séparée et avec une séparation t'as plus le même cercle d'amis. J'ai rencontré un nouveau conjoint qui me disait hey tu manges pas beaucoup. Tu manges pas de pâtes? Mais là tu veux plaire en même temps. Tu te dis bon je vais manger ce qu'il m'a préparé, donc tu manges mais tu te sens pas bien...Ceux qui ont suivi le parcours avec moi depuis le début comprenaient mais à mes nouvelles rencontres, à mon nouveau cercle d'amis, à mon nouveau travail, il a fallu que je me justifie tout le temps » (Vanessa, 39, 3 ans post-op, public).

2.1.3. *L'excès de peau et le recours à la chirurgie reconstructrice pour « boucler la boucle »*

Par ailleurs, la normalité apparente acquise par les patientes à la suite de leur perte drastique de poids s'accompagne de déformations physiques pouvant amener de nouvelles contraintes. La thématique des « ravages » de la chirurgie et de l'excès de peau, souvent abordée par les participantes, « illustre ainsi le passage de situations handicapantes à d'autres »⁵⁴⁵. Tandis que les complications cutanées et la présence de champignons occasionnées par ce surplus de peau constituent le critère de remboursement de la chirurgie réparatrice par RAMQ, les bénéficiaires de l'opération évoquent quant à eux aussi des préoccupations d'ordre esthétique et des enjeux liés à la mobilité. Ainsi, Danielle et Stéphanie expliquent que cet excès de peau a des effets négatifs en termes de mobilité, la première voyant son ventre comme une « barrière » pour faire de la course à pied et la seconde regrettant la lourdeur de ce surplus de peau:

« J'aimerais me mettre à la course à pied, mais je m'empêche de le faire à cause de mon ventre. Alors ça me met une barrière » (Danielle, 43, 3 ans post-op, public).

« Je vais éventuellement faire des démarches pour faire enlever le surplus de peau, au moins le ventre. C'est de la peau mais qui est quand même lourde, donc je transporte plein de surplus de poids » (Stéphanie, 40, 7 ans post-op, public).

Ces participantes racontent aussi que la nécessité de « camoufler » ce surplus de peau dans l'espace public complique l'habillement:

« Quand je vais m'acheter un maillot de bain, je suis obligée de le prendre plus grand à cause du ventre » (Stéphanie, 40, 7 ans post-op, public).

« Quand je suis habillée, ça paraît pas. J'arrive à camoufler en dessous des vêtements, c'est vraiment quand on est en maillot de bain que c'est plus...faut faire attention au genre de maillot de bain qu'on met. Mais quand je suis dans ma cour, dans le privé, c'est moins grave que si on va dans le public, mais c'est beaucoup de...Faut réfléchir là avant de s'en aller... » (Danielle, 43, 3 ans post-op, public).

⁵⁴⁵ Aurélien Troisoef, « "Je me sens désandicapée". Approche anthropologique de la chirurgie de l'obésité et des situations de sortie de handicap », *Alter, European Journal of disability research/Revue Européenne de recherche sur le handicap*, 2020, vol. 14, n°1, p. 9.

La présence de ce surplus de peau semble avoir été anticipée par les patientes, qui disent avoir toujours su qu'elles resteraient secrètement des « obèses à vie », que leur corps resterait marqué à vie par leur histoire pondérale, quand bien même leur apparence visible deviendrait socialement plus acceptable :

« Pour avoir vu des photos et des témoignages, je savais en faisant la chirurgie que même en ayant perdu du poids, mon corps n'allait pas me plaire. Je savais que la silhouette pourrait me plaire mais que l'état du corps... Je savais que je resterais une grosse à jamais, à vie, dans le sens où ton corps est marqué par les vergetures, par la cellulite parce qu'il t'en reste même si tu perds beaucoup de poids. La peau qui pend suite à ta chirurgie... Mais je me disais c'est pas grave, si déjà je me plais en étant habillée dans la glace c'est déjà ça » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

Si les patientes se disent généralement préparées, l'expérience de ce surplus de peau génère néanmoins une souffrance psychologique en ce que cet excès constitue une marque subsistante et décelable par les autres de leur ancien corps d'obèse, les rendant socialement « discréditables » :

« Tu séduis par l'enveloppe extérieure mais toi tu sais ce qui a en dessous les vêtements... ton histoire et ta vie. Et ta peau là, même pour ceux qui se font faire une chirurgie réparatrice, il va y avoir des cicatrices. Donc tu restes et tu resteras un gros en obésité morbide à vie. Ton enveloppe peut changer, l'enveloppe extérieure, mais habillée c'est pas la même chose que quand t'es complètement nue en face de quelqu'un qui te connaît pas et qui connaît pas toute ton histoire » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

Ce décalage entre l'enveloppe extérieure et le corps d'en dessous, celui qui apparaît dans l'intimité, vient ainsi rappeler au sujet opéré la « supercherie », son passé de stigmatisation et le fait qu'il restera toujours un « ancien obèse » :

« Au moment de faire les démarches pour la chirurgie reconstructrice, je venais de rencontrer mon nouveau conjoint qui n'avait jamais eu des problèmes de poids et qui comme beaucoup de monde était dans le jugement des gens obèses. Et je suis comme okay mais c'est moi avant là... je me sentais jugée par mon surplus de peau, vraiment pas à l'aise. Tout ce qui est intime, c'était dans le noir, me touche pas trop, touche pas mon ventre, touche pas... Donc je suis pas bien là-dedans, j'aime pas ça » (Lauriane, 32, 2 ans post-op, Mexique).

« J'ai perdu 157 livres au total donc j'avais beaucoup de peau pendante. Mon ancien conjoint a été vraiment méchant et vulgaire, il m'a dit que j'étais rendue dégueulasse, que ma peau pendait, tout ça... Donc j'ai laissé ce conjoint et je me suis ramassée dans une autre réalité où tout le monde nous trouve bien habillés, super sexy et tout. Sauf que moi ce que mon ancien copain m'avait dit me restait dans la tête » (Lucie, 33, 7 ans post-op, public).

Cela explique que la chirurgie reconstructive soit généralement appréhendée par les patientes comme une manière de « boucler la boucle », de rompre définitivement avec leur identité passée, de se défaire une fois pour toutes de la souffrance générée par les stigmates attachés à l'obésité :

« Je pourrais rester comme ça mais quand t'as toujours l'impression que tu portes les stigmates de ce que t'étais avant, de qui t'étais avant. Parce que t'sais, je suis une version améliorée de moi, je suis la même personne mais en même temps j'ai tellement changé physiquement. Quand je me lève le matin je me regarde dans le miroir et c'est vrai que je suis plus grosse comme avant. Mais ce que je vois, c'est l'ancienne grosse. C'est le ballon de fête que j'ai déssoufflé là, il est encore comme ça, tout croche. C'est comme ça que je me vois et je suis tannée. Je veux plus voir ça. Je m'en veux vraiment beaucoup de pas avoir pris soin de moi quand c'était le temps. Excuse-moi je vais devenir émotive... je m'en veux beaucoup. J'veux plus vivre ça, j'veux plus me sentir comme ça, fait

que c'est comme si j'allais boucler la boucle. C'est vraiment boucler la boucle » (Marie, 36, 2 ans post-op, Mexique).

« C'est ça que j'ai réussi à atteindre aujourd'hui, d'être bien. Peut-être que ça paraît pas parce que je m'en vais m'en faire faire une autre de chirurgie [une chirurgie reconstructrice], mais c'est pas pareil. C'est comme d'aller boucler la boucle » (Marie, 36, 2 ans post-op, Mexique).

« Ça venait un peu clore le processus. La chirurgie reconstructrice c'est un peu comme l'étape finale où on boucle une boucle et on dit ça fait partie du passé » (Lucie, 33, 6 ans post-op, public).

Celle-ci peut ainsi être interprétée comme une des stratégies de passage adoptées par les patientes pour entrer dans la « normalité » malgré une corporalité profondément reconstruite par la technologie bariatrique, troublant les distinctions communément admises entre validité et handicap.

2.2. Le rôle ambivalent de la communauté bariatrique : compenser l'absence de soutien médical, encourager une obsession collective autour de la réussite

2.2.1. Définir les balises d'une nouvelle « normalité bariatrique » en marge des institutions médicales

En substituant un « handicap » toujours visible et fortement stigmatisé, par des troubles fonctionnels et invalidités situationnelles ou circonstanciennes pouvant être « gérées » et dissimulées plus facilement, la chirurgie de l'obésité offre à la patiente l'impression de reprendre son destin biologique et social en main. Si cet accès à une certaine normalité est accueilli par la patiente comme une « deuxième chance », il reste que celui-ci s'accompagne de nouvelles pressions sociales et responsabilités individuelles, auxquelles les patientes doivent largement faire face par elles-mêmes, sans accompagnement médical. C'est ce qu'expriment les participantes, lorsqu'elles décrivent l'importance d'une communauté de partage de savoirs expérientiels et d'entre-aide permettant de définir, en marge des institutions médicales, les balises d'une nouvelle « normalité bariatrique » :

« Même si la chirurgie bariatrique est devenue quelque chose de commun, personne n'est passé par là dans mon entourage. Juste de dire aux gens qui vont me servir un verre de vin pendant qu'on soupe, je te remercie mais je peux pas boire pendant que je mange, ben les gens comprennent pas. Alors d'avoir des gens qui partagent ta situation, qui comprennent ce que tu vis... Tout à l'heure tu me demandais c'était quoi mon implication avec les autres membres...ben c'est de leur expliquer ce qui est normal. Quand ils ont des craintes ils peuvent pas se retourner vers un ami ou un membre de la famille. Moi je suis là pour leur dire inquiètes toi pas, ça va bien. Ça reste que c'est beaucoup d'inconnu » (Cynthia, 36, 2 ans post-op, Mexique)

« Elle : T'apprends quasiment plus comme ça par internet à parler avec des gens. Tu te fais des amis que t'avais pas avant puis tu te mets à parler avec eux. Certains ont plus de misère, certains ont plus de facilité.

Moi : C'est comme un système de parrainage un peu, vous vous entre-aidez?

Elle : Oui, c'est comme les AA (rires), c'est un peu comme ça » (Danielle, 43, 3 ans post-op, public).

Ainsi, les participantes sont très nombreuses à souligner le rôle fondamental qu'ont joué les forums de patientes bariatriques et les groupes de soutien en ligne dans leur propre parcours chirurgical, ayant permis de compenser l'absence d'accompagnement psychologique, de les rassurer ou de les motiver à poursuivre :

« De l'appui psychologique, on n'en a pas. Y'a pas de ressources une fois qu'on a subi la chirurgie. En tout cas moi de mon côté, j'en ai pas eu. C'est pour ça d'ailleurs qu'il y a plusieurs forums pour que les gens puissent s'aider entre eux par leurs expériences, leur vécu » (Sébastien, 57, 3 ans post-op, public).

« Je sais pas si c'est une ligne téléphonique, je sais pas quoi mais ça prend clairement un support. Moi quand je raconte qu'à 5h du matin je mettais des textes dans un groupe Facebook d'opérés en disant aidez-moi, comment ça se fait que j'ai mal ou qu'est-ce que je peux manger, j'arrive même pas à boire. C'est des trucs cons mais y aurait pas ça là...quelqu'un qui sait même pas qu'il y a des groupes Facebook je comprends son désarroi, ça doit faire peur de pas savoir quoi faire puis de changer du tout au tout...Non c'est clair que ça demande un encadrement » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

Ainsi, tandis que certaines participantes célèbrent le savoir expérientiel des opérées, affirmant que celui-ci dépasse celui des professionnels bariatriques qui n'ont fait l'expérience ni de l'obésité ni de la chirurgie, la plupart perçoivent le rôle de ces groupes comme une simple nécessité pour compenser un encadrement médical inexistant, qu'elles jugeraient par ailleurs préférable. Ainsi, Jimmy, un patient fortement impliqué dans la communauté bariatrique, traduit bien le besoin non comblé de patientes en souffrance en termes de soutien psychologique :

« J'ai compris qu'il y avait beaucoup de détresse. Je pense que dans tout ce qui est obésité, l'aspect psychologique est vraiment sous-évalué. On pense seulement à l'alimentation. Là j'ai des gens qui venaient me voir et qui me parlaient comme si j'étais leur psychologue. Écoutes je regardais mes messages et j'avais ça de messages [indique plusieurs centimètres avec ses doigts]. Moi j'essaie de vivre ça, mon mari m'a laissé, je suis toute seule puis là j'ai le goût de mourir, etc. » (Jimmy, 36, 3 ans post-op, privé).

2.2.2. « Faire mieux que bien » : vers de nouvelles pratiques de santé amélioratives ?

Si les groupes et forums de soutien en ligne constituent l'un des rares espaces où les patientes peuvent parler de leurs questionnements, de leurs craintes et du sentiment de détresse qu'elles peuvent vivre dans leur parcours chirurgical, ils peuvent aussi encourager une sorte d'obsession santéiste autour de la perte de poids, de l'alimentation et de l'entraînement, jugée malade par certaines patientes :

« Il faudrait peut-être que je me distancie de certaines pages Facebook. Parce qu'il y'a des personnes on dirait qu'ils font tout parfait. Mettons tu mets une photo en disant moi je viens de découvrir ce produit- avec beaucoup de protéines, je dois le prendre pendant un mois. Et là y'a du monde qui répondent ark c'est un produit américain, c'est plein d'hormones. Mais il a en besoin pendant un mois, on deviendra pas fous, il devrait pas mourir du cancer demain matin...Y'a beaucoup de jugement, que ce soit sur la façon d'élever ses enfants, que ce soit... Y'en a aussi qui pèsent tout ce qu'ils mangent tout le temps. Ils vont vraiment suivre très à la lettre...ils sont vraiment culturistes » (Laurence, 45, 1an post-op, public).

« Y'a du monde pour qui je me demande si leur santé mentale est réellement mieux. J'ai l'impression qu'ils sont tombés dans une forme d'orthorexie, parce qu'ils veulent tellement juste bien manger...T'sais y'a une espèce

d'obsession pour performer leur santé. Peut-être qu'effectivement la santé est mieux, mais mentalement y'a une espèce d'obsession que je trouve un peu malade » (Olivier, 35, 4 ans post-op, public).

« J'en vois sur les groupes des gens qui donnent des conférences et je trouve ça plate parce que leur prémisses est positive, mais ils rentrent dans une espèce de survalorisation ou une espèce d'obsession de la santé...T'es pas obligé de faire du *work-out* à tous les jours pour être en santé t'sais » (Olivier, 35, 4 ans post-op, public).

« Sur les sites de chirurgie bariatrique, tout le monde se dit je perds pas assez, les gens sont tous toujours négatifs puis ils se donnent des coups de marteau sur la tête » (Laurence, 45, 1 an post-op, public).

Cette tendance à faire « mieux que bien », c'est-à-dire à développer après la chirurgie un contrôle extrême sur son alimentation visant une perte de poids allant au-delà des recommandations des professionnels bariatriques est interprétée comme un « transfert » d'un trouble alimentaire (l'hyperphagie) vers un autre (l'orthorexie) par plusieurs participantes, comme Lucie par exemple :

« Au moment où j'étais autour de 170 livres, mon enseignante m'a dit de faire attention, d'être sensible aux signes parce que de vouloir tout le temps perdre plus ça aurait pu m'amener à développer un trouble alimentaire. Ça reste une réalité que l'hyperphagie peut se transformer en un autre trouble alimentaire comme la boulimie ou l'anorexie. Il y a toujours un petit côté obsession ou contrôle qui embarque. La balance peut être ton meilleur ami comme devenir ton pire ennemi. Trois ans plus tard je prends cinq livres sur la balance et je suis en mode panique. On dirait qu'on déplace nos relations malsaines » (Lucie, 33, 6 ans post-op, public).

Pour Lucie, cette course à la perfection, cette volonté de faire toujours mieux, toujours plus, se retrouve également dans le rapport qu'elle entretient aujourd'hui à la chirurgie plastique, devenue pour elle une véritable obsession à la suite de ses premières chirurgies reconstructrices, réalisées en Tunisie en raison de prix plus compétitifs:

« La chirurgie esthétique c'est un peu comme les gens qui se font faire des tattoos. Une fois que t'as commencé t'en veux tout le temps plus. J'ai fait mon ventre qui est pas parfait à 100%, je suis retournée en Tunisie puis j'y étais encore que je planifiais déjà repartir pour faire autre chose [...] Quand on commence on en veut toujours plus. On arrange une partie de notre corps puis là ce qui nous dérangeait moins devient dérangeant. Mes seins et mon ventre qui me dérangeaient extrêmement ne me dérangent plus, alors ce sont maintenant mes bras qui me dérangent. Ça c'est le bémol que j'ai avec la chirurgie » (Lucie, 33, 6 ans post-op, public).

Ces comportements mélioratifs peuvent ainsi être interprétés comme des manifestations extrêmes de la biocitoyenneté libérale qui caractérise notre rapport collectif au poids, à la santé et à la validité, à laquelle il ne serait pas étonnant que d'anciennes personnes obèses, marquées par l'expérience de la stigmatisation et du rejet en raison d'un supposé manque de volonté, soient particulièrement sensibles.

Si la perte de poids induite par la chirurgie est vécue par les patientes comme une renaissance, c'est-à-dire comme une entrée dans la normalité ouvrant sur de nouvelles possibilités identitaires et relationnelles, elle peut également les mener à prendre conscience du caractère construit de cette « normalité ». Leur transition d'une corporalité marquée par la différence à une corporalité plus

normative leur procure une position de « passeuse de frontières »⁵⁴⁶ qui les rend très conscientes des mécanismes d'inclusion et d'exclusion sociale à l'œuvre autour de l'apparence et du poids. Venant marquer une « rupture biographique », le recours à la chirurgie ébranle leur identité personnelle, leur sentiment de sécurité et l'équilibre de leurs relations sociales, générant son lot de tensions et de mises en doute. Elle s'accompagne également de la nécessité d'apprendre à s'alimenter autrement et à composer avec les effets débilissants plus ou moins durables de la chirurgie. Les patientes peuvent obtenir une corporalité visiblement plus acceptable leur permettant de « performer » la normalité, mais au prix d'une surveillance rigoureuse de leur alimentation et de contraintes physiques non-visibles par les autres. Les repas au restaurant ou avec des amis, par exemple, deviennent de véritables défis de discipline puisque la conversation peut à tout moment détourner l'attention du temps de mastication qui doit être alloué à chaque bouchée (ou de la bouchée « de trop »), qui créera par la suite des douleurs intenses et des nausées. Si la chirurgie peut être appréhendée comme une stratégie de « dés-handicap »⁵⁴⁷ permettant d'accéder à une corporalité « normale », elle peut paradoxalement être elle-même à l'origine d'une forme de « handicap invisible »⁵⁴⁸ venant reconfigurer la notion même de normalité. Comme le déclare l'activiste et universitaire Samantha Murray à propos des effets secondaires chroniques associés à sa propre chirurgie : « dans ma propre expérience post-chirurgicale, ma corporalité visiblement plus normative est continuellement hantée par une gestion d'un conflit psychologique et physique interne, par une forme cachée de l'invalidité »⁵⁴⁹. Les patientes sont donc amenées à adopter différentes stratégies émotionnelles et cognitives et à chercher des ressources leur permettant de préserver un sentiment de normalité. Ainsi, la transformation apparente du corps dissimule le travail réalisé par les patientes pour faire « fonctionner » le traitement et préserver leur sentiment d'identité.

Parce que cette transformation corporelle exige qu'elles mobilisent au quotidien une nouvelle expertise à laquelle ne leur donnent pas nécessairement accès les professionnels (notamment en raison

⁵⁴⁶ Plusieurs sociologues, tels que Georg Simmel, Erving Goffman ou Zygmunt Bauman ont utilisé le terme de « passeur de frontières » afin de mettre en évidence les dynamiques de transition entre différents groupes sociaux et identités, ainsi que les enjeux de pouvoir, d'inclusion et d'exclusion sociale que ces dynamiques mettent en lumière pour les acteurs qui les vivent et le sociologue qui les étudie.

⁵⁴⁷ Aurélien Troisoeufs, Op. Cit. 2020. Voir aussi le chapitre 6 de cette thèse.

⁵⁴⁸ Même si les notions de « maladie chronique » et de « handicap invisible » sont souvent utilisées de façon interchangeable dans les études du handicap, la première idée implique, contrairement à la deuxième, une condition qui n'est pas officiellement reconnue/classifiée comme un état « pathologique » par le regard clinique. À ce sujet, voir: N. Ann Davis, "Invisible disability", *Ethics*, vol. 116, n°1, 2005, p. 153-213.

⁵⁴⁹ Murray, Samantha, « Banded Bodies: The Somatechnics of gastric banding », dans Murray, Samantha et Nikki Sullivan (dir.) *Somatechnics. Queering the technologization of bodies*, London: Routledge, 2009, p. 158.

de l'accompagnement nutritionnel et psychologique insuffisant caractérisant la plupart des centres bariatrique), les patientes évoquent très rarement l'adhérence au traitement en décrivant leurs cliniciens comme des sources d'instruction à suivre, situant plutôt la « bonne » prise en charge de leur chirurgie dans le champ plus large d'une « politique de la vie en soi » telle que décrite par Adèle Clarke et ses collègues et Nikolas Rose. Suggérant une biomédicalisation « stratifiée », les patientes vont en effet prendre en main leur « santé » de différentes manières et à différents degrés, en modifiant leurs pratiques alimentaires et habitudes de vie en fonction de leur parcours de vie, de leurs dispositions premières et des ressources dont elles disposent. Tandis que certaines bénéficient de l'accompagnement de qualité offert dans certains centres bariatriques ou ont la capacité financière de recourir à des services spécialisés au privé pour les aider à changer leur mode de vie, la plupart des patientes sont limitées au support que constituent les savoirs expérientiels d'autres personnes opérées. C'est pourquoi les groupes de support en ligne constituent des ressources importantes pour aider les patientes à faire face aux incertitudes entourant le « succès » de l'intervention dans la durée et aux effets débilantants de la chirurgie. Or, bien que cette communauté d'expérience offre aux patientes des repères pour naviguer ces transformations corporelles et biographiques, elle tend simultanément à consolider et à imposer sa propre définition normative de ce qui est normal, sain et responsable de faire en tant que personne opérée et de ce qui ne l'est pas, ce qui peut encourager des pratiques entrant en conflit avec la définition de la « santé » portée par les cliniciens. Rejoignant l'idéologie néolibérale du mérite et de la libération par le choix de l'effort et du travail sur soi, elle aligne dès lors les candidates et les patientes bariatriques à un projet d'amélioration corporelle continue comme fin en soi et aux jugements éthiques qui en découlent. Largement orientée vers le succès, elle laisse peu de place aux récits moins glorieux et la parole des personnes en prise à des complications graves ou à une reprise de poids. Face à une communauté bariatrique qui survalorise le succès de la perte de poids et qui promeut un rapport performatif à la santé, qu'advient-il en effet de ceux et celles qui n'arrivent pas à maintenir leur perte de poids ou qui vivent des complications graves et fortement débilantantes à la suite de leur opération? Dans le chapitre suivant, on verra comment les chirurgiens et les patientes perçoivent et expliquent ces situations considérées comme des « échecs » de la chirurgie.

Chapitre 9

Remèdes partiels, remèdes ratés ou les expériences de l'échec bariatrique

Tandis que les premières années suivant l'opération sont marquées par une perte de poids presque automatique pour de nombreuses patientes, la fin de cette « lune de miel » peut s'accompagner d'une reprise de poids plus ou moins importante. Davantage que toute autre complication, c'est d'ailleurs le problème de la reprise de poids qui préoccupe avant tout le plus la profession bariatrique. Si l'importance moyenne de la reprise de poids varie en fonction des procédures, toutes les chirurgies se caractérisent par une phase de perte de poids drastique au cours de la première année suivant la chirurgie, suivie par un regain graduel pouvant aller jusqu'à la reprise totale du poids initialement perdu⁵⁵⁰. Selon les statistiques de la Société américaine de chirurgie bariatrique, un nombre croissant de patientes subissent des chirurgies de révision afin de remédier à cette reprise de poids:

« Les procédures de révision continuent d'augmenter et représentent actuellement environ une procédure sur sept. Les révisions, y compris les conversions d'une procédure à une autre pour diverses indications, pourraient bientôt dépasser le nombre de procédures gastriques primaires effectuées aux États-Unis »⁵⁵¹.

L'opération peut aussi s'accompagner de complications inattendues qui aggravent leur état initial de santé (physique ou mentale) et de validité. Étonnamment, il n'existe quasiment pas de recherches qualitatives sur la question de l'échec bariatrique⁵⁵². Cette dernière partie vise à combler ce manque en analysant comment les cliniciens bariatriques expliquent cette reprise de poids, et comment les patientes l'expérimentent et en interprètent les causes. Les chirurgiens interrogés expliquent les trajectoires de reprise de poids de certaines patientes comme la conséquence d'une incapacité presque inhérente à adhérer au traitement bariatrique, liée à un manque de confiance en soi et à une émotivité exacerbée menant à un manque d'adaptabilité, de persévérance et de motivation. Bien que les chirurgiens considèrent généralement la reprise de poids comme un échec personnel, ils admettent

⁵⁵⁰ Karlsson, J et al., "Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study", *International Journal of Obesity*, 2007, vol. 31, p. 1248-1261.

⁵⁵¹ English W.J. et al., "**American Society for Metabolic and Bariatric Surgery estimation of metabolic and bariatric procedures performed in the United States in 2016**", *Surg Obes Relat Dis*, vol. 14, n°3, 2018, p. 263. Trad. libre.

⁵⁵² À l'exception de Nathalie Boero, « Bariatric surgery and the case of biomedical failure », dans Clarke, A. et al. *Biomedicalization...*, 2010 et de Tolvanen, L. et al. « Patients' experiences of weight regain after bariatric surgery », *Obesity Surgery*, 2022, vol. 32, p. 1498-1507.

toutefois que les personnes opérées n'ont bien souvent pas accès à un suivi adéquat, notamment en termes d'accompagnement psychologique.

L'analyse des discours des patientes révèle quant à elle que bien qu'elles vivent leur reprise de poids comme quelque chose de honteux qu'elles peuvent difficilement partager en raison de la stigmatisation liée au poids, elles n'interprètent pas uniquement comme le résultat d'un simple manque de volonté ou de discipline de leur part. Malgré le fort sentiment d'échec personnel, de honte et de détresse qui peut les envahir, les isolant de la communauté bariatrique et les menant à éviter de rappeler leur équipe médicale, les patientes évoquent divers facteurs physiologiques, psychologiques et environnementaux pour expliquer leur reprise de poids, parmi lesquels la présence de troubles alimentaires non-diagnostiqués et le manque de ressources consacrées au suivi psychologique des personnes en obésité. Bien que cette vision renvoie elle-même à une pathologisation et individualisation de l'échec bariatrique, elle vient en même temps souligner les limites de la logique curative et techniciste qui sous-tend le développement de la pratique bariatrique au Québec. Elle amène en effet les patientes à défendre une approche holistique du soin dans laquelle l'intervention chirurgicale ne serait qu'une étape de la prise en charge globale des personnes confrontées à des problèmes de poids importants.

I. La clinique bariatrique confrontée au problème de la reprise de poids

1.1. Au-delà du métabolisme : la reconnaissance des dimensions psychosociales de l'obésité sur le succès de la chirurgie

Comme cela a été avancé par l'anthropologue Marielle Toulze dans un article portant sur le recours à la chirurgie bariatrique en France, du fait des incertitudes étiologiques liées à la « complexité » de la maladie-obésité, les professionnels impliqués au jour le jour avec des patientes en prise à des problématiques de reprise de poids investissent tout un champ d'explications causales profanes afin d'expliquer celle-ci⁵⁵³. Cette nutritionniste traduit bien le caractère « ouvert » des discours biomédicaux contemporains sur l'obésité (articulées autour des notions de métabolisme, de complexité ou de multifactorialité), qui permettent de définir l'obésité comme une véritable maladie et de stimuler ainsi la recherche multidisciplinaire autour de celle-ci, sans pour autant annuler la responsabilité morale de l'individu dans la prise ou la reprise de poids :

« La femme aussi veut se faire opérer...ah oui mon mari s'est fait opérer y'a un mois. C'est là que c'est pas facile parce que oui c'est multifactoriel, ce n'est pas la faute de l'individu, mais faut pas déresponsabiliser. Si toute une

⁵⁵³ Toulze, Marielle, « Représentations de l'obésité et corps de l'obèse », *Parcours de santé, parcours de genre*, 2018, p. 149-166.

famille... On veut pas faire sentir la personne coupable, mais le 2 litres de jus par jour indépendamment de la génétique n'a pas sa place dans une saine gestion du poids de toute façon donc... chirurgie pas chirurgie, vous devriez arrêter... » (Nutritionniste 1, privé).

Ainsi, bien qu'il soit admis que l'obésité constitue une maladie sur laquelle l'individu n'a que très peu de prise, il reste que celui-ci, une fois s'être vu attribué, grâce à la chirurgie bariatrique/métabolique, une deuxième chance de retourner dans le droit chemin, est à lui seul responsable des mauvaises habitudes de vie l'ayant amené à reprendre du poids:

« C'est multifactoriel mais c'est comme les taux d'échec des chirurgies vasculaires, des chirurgies cardiaques, des chirurgies coronariennes. Le malade n'a pas cessé de fumer, le malade continue de manger comme il mangeait avant, ne fait pas d'exercice... » (Chirurgien 6, privé).

« C'est souvent des gens qui retournent dans de mauvaises habitudes, surtout au niveau alimentaire là. Donc des gens qui ne font plus attention après quelques années... Mais c'est ça, c'est surtout les habitudes de vie qui font que la reprise de poids va se faire après quelques années » (Chirurgien 3, public et privé).

Bien que très conscients du manque d'encadrement offert aux patientes, les cliniciens invoquent, lorsque confrontés à des complications post-chirurgicales ou à des problèmes de reprise de poids, le manque de compréhension, de persévérance ou d'adaptabilité des patientes:

« Moi je suis juste capable d'arriver avec une solution choc pendant un temps. Je dis tout le temps 100% de mes patients maigrissent, je t'enlève les 3/4 de l'estomac. C'est sûr que tu vas maigrir, c'est impossible que tu maigrisses pas. Mais qu'est-ce qui va arriver par après... je radote toujours la même cassette : si vous réengraissez madame c'est pas de ma faute... » (Chirurgien 3, public et privé).

Le manque de conformité de la patiente aux indications biomédicales semble dans ce contexte constituer une source importante de frustration pour les cliniciens, qui tendent alors à blâmer la personnalité de la patiente. Selon les cliniciens interrogés, il existerait en effet des patientes qui seraient, pour différentes raisons, tout simplement incapables de « s'occuper de leur opération »:

« Malheureusement y'a des gens qui nous ont prouvé qu'ils n'étaient pas capables de s'occuper de leur opération. On a nos abonnés aux dénutritions et aux supports entéraux qu'on doit leur donner en gavage. Fait qu'on est maintenant de plus en plus sélectifs sur les patients à qui ont fait cette opération » (Chirurgienne 1, public).

Questionnés sur les raisons qui feraient que ces patientes n'en seraient pas « capables », les cliniciens tendent à invoquer des facteurs variés. Ainsi, les cliniciens vont par exemple avancer l'existence de limitations psychologiques sous-jacentes se manifestant par une désorganisation chronique, des difficultés à se concentrer sur la perte de poids en raison de problématiques psychosociales ou un manque de motivation et d'implication personnelle dans le processus :

« Les patients qui ont des maladies psychiatriques c'est difficile, surtout les troubles de personnalité, parce qu'ils ont tendance à être très désorganisés donc ils sont difficiles à suivre et à traiter... Les patients qui ont des problèmes psychosociaux, avec des familles dysfonctionnelles par exemple... la DPJ des trucs comme ça. Ce

sont des gens qui ont tellement d'autres problèmes qu'ils arrivent difficilement à se concentrer sur leur poids. Sinon les gens qui ne sont pas motivés.... Même si ça fait 2 ans qu'ils sont sur une liste d'attente, y'en a qui arrivent, qui s'assoient dans le bureau et qui n'ont aucune information. Leur médecin de famille leur a dit de venir voir un chirurgien donc ils sont venus mais ils ont aucune idée de pourquoi, ou presque pas...ils sont pas prêts à s'investir...ça ce sont de mauvais patients. Il faut leur expliquer que même si on leur fait une opération, dans l'état où ils sont actuellement, ça va être un coup de pédale et ça fonctionnera que transitoirement » (Chirurgienne 1, public).

Alors que l'obésité est définie comme une maladie « métabolique » au moment de définir les bienfaits thérapeutiques de la chirurgie bariatrique, ce sont des explications d'ordre psychologique qui sont invoquées lorsqu'il est question de rendre compte des limites de la chirurgie. Les zones d'incertitude qui entourent la reprise de poids demandent des soignants des capacités d'adaptation qui dépassent largement celles que les outils de leur formation médicale leur ont permis de développer. Ils semblent donc amenés à puiser dans leurs ressources personnelles pour mener au mieux ce qui relève d'une prise en charge émotionnelle.

1.2. Le rôle de l'émotivité exacerbée et du manque d'adaptabilité des patientes dans la reprise de poids

De manière intéressante, c'est souvent l'émotivité des patientes qui constitue le premier cadre explicatif de ces situations de reprises de poids. Une fois individualisées, ces reprises de poids sont interprétées comme le résultat de prédispositions psycho-affectives au manque d'adhérence au traitement. Les cliniciens que j'ai interrogés mettaient ainsi en lien l'évolution de l'obésité à des notions de personnalités problématiques rapportées à des modalités pathologiques de gestion des émotions. Cette chirurgienne, par exemple, interprète ainsi la reprise de poids comme le résultat de la combinaison entre une « mauvaise » gestion des émotions résultant en un appétit incontrôlé et un « mauvais » métabolisme ne pardonnant pas les écarts alimentaires :

« L'obésité est beaucoup attribuée à la gestion des émotions. Quand on a une frustration, qu'est-ce qu'on fait? On va dans le garde-manger... Et quand on a un mauvais métabolisme, ça pardonne pas. Alors la personne qui reprend du poids c'est quelqu'un qui n'avait pas bien géré ses émotions, qui n'avait pas bien changé entre les deux oreilles avant de se faire opérer l'estomac » (Chirurgienne 1, public).

« Le côté émotionnel, c'est le côté qui affecte le plus les gens. C'est un côté qui est très difficile à adresser, parce que c'est changer un *pattern* psychologique, de fonctionnement du cerveau. Ce sont des gens qui voient l'échec à rien, qui malheureusement se confondent...et qui ont toutes sortes de comportements inadaptés à cause de ça » (Chirurgien 3, public et privé).

« Il y'a beaucoup d'anxiété. Notre clientèle elle est toute sur Facebook, puis ils sont toujours en train de se comparer entre eux. Ça a un effet épouvantable. Parce que justement ce sont des gens qui ont beaucoup de difficultés émotionnelles. Ils ont pas de capacités à l'autocritique, pas de capacité à l'échec...Ils vont sur des groupes de discussion sur Facebook et là ils se comparent entre eux autres...ça va avec leur personnalité.

L'impact psychologique est épouvantable, ce sont pas des comportements que tu vois ailleurs » (Chirurgien 3, public et privé).

Il est fréquent que les cliniciens aient des représentations genrées des patients qui influencent leur perception de l'obésité. Ainsi, les patients correspondant au modèle du patient « idéal » proposé par les cliniciens, défini comme pragmatique, rationnel et axé sur l'action seraient le plus souvent des hommes, alors que les patients les plus émotifs et les moins persévérants seraient des femmes :

« Moi les hommes, ce que je vois beaucoup c'est la personne qui a complètement viré de bord [des personnes qui ont complètement changé d'habitudes de vie]. Pourquoi j'en vois moins chez les femmes...y'en a 81% que c'est des femmes et une grosse portion c'est des émotives, puis elles retombent dans leurs habitudes puis là elles reprennent du poids » (Chirurgien 3, public et privé).

« Je vais avoir plus de succès durable chez les hommes parce que c'est pas le même *pattern mental*, probablement pour une raison historique...surtout chez les gars plus âgés, le sport faisait partie de leur jeunesse...à un moment donné ils ont juste arrêté d'en faire, mais ils redécouvrent ça. Alors j'ai des patients qui après la chirurgie vont au gym 5 fois par semaine...eux autres là ils ont tourné la page, ils ont totalement changé de vie. Ces gens-là c'est sûr que quand je les regarde, c'est des gens que psychologiquement, ce sont des chefs d'entreprise, clac clac clac, ils gèrent 150 employés, puis là ils sont stressés dans le temps, trois enfants, il a engraisé, il est devenu malade et là à un moment donné il est rendu à 45 ans les enfants sont plus vieux, la business va bien, y'a plus de stress dans sa vie, il se met à refaire du sport » (Chirurgien 3, public et privé).

Révélaient le fort ancrage des chirurgiens bariatriques dans une culture chirurgicale caractérisée comme on l'a vu par une valorisation de la performance, de l'action, du pragmatisme et de l'endurance au détriment de caractéristiques socialement construites comme plus féminines, ce même chirurgien faisait d'ailleurs régulièrement usage de métaphores sportives afin de souligner le manque de persévérance et de résistance à la douleur physique qu'il attribue aux personnes obèses. Se présentant lui-même comme un sportif, il va ainsi comparer sa propre capacité à l'endurance au manque de courage qu'il pense caractériser les personnes en obésité :

« Je fais souvent des analogies avec le sport, mais les obèses ce sont pas des sportifs. Je dirais pas ça à la télévision mais ils n'ont pas capacité de persévérance...ils s'écroulent à rien. Et complètement à l'opposé de ça, il y a les sportifs de haut niveau. Un sportif de haut niveau, sa caractéristique principale c'est de s'entraîner et de performer avec des blessures, y'a une espèce de persévérance... le patient qui est plus obèse est complètement de l'autre côté. La persévérance c'est pas sa force première, et moindrement qu'il arrive quelque chose, il va plus. Il s'était inscrit au gym? Ouais mais là j'ai mal aux genoux, j'y vais plus » (Chirurgien 3, public et privé).

Interprétant ce supposé manque de courage comme une disposition psychologique pathologique, il va d'ailleurs jusqu'à définir l'obésité comme une « maladie mentale », liée à un manque de confiance en soi et à une profonde insécurité émotionnelle:

« L'obésité, j'ai quand même fait quelques conférences dans ma vie dessus et j'arrête pas de dire que c'est une maladie mentale. Quand je dis ça au monde dans mes conférences, ils pensent que je suis débile, mais c'est parce que la grosse portion de ces patients-là ont des problématiques au niveau de l'estime de soi, de la confiance en soi. Et je parle même pas des gens qui ont du *bullying* quand ils étaient plus jeunes...Et ça a malheureusement

un impact psychologique épouvantable sur le succès de ma chirurgie à long terme » (Chirurgien 3, public et privé).

À travers l'extrait précédent, dans lequel ce clinicien établit un lien entre la nature profondément « insécure » de la patientèle obèse, et une possible expérience passée d'intimidation, on remarque que si la stigmatisation vécue par les personnes obèses peut être mobilisée en début de parcours bariatrique afin de déstigmatiser les patientes et asseoir une définition médicale de l'obésité permettant de légitimer le recours à la chirurgie, elle peut également l'être lorsque la chirurgie échoue à offrir des résultats sur le long terme, afin d'interpréter l'échec biomédical comme le résultat de défaillances psychologiques découlant de l'expérience vécue de la stigmatisation. La « vulnérabilité » des patientes peut ainsi être mobilisée pour défendre la nécessité d'un accompagnement solide, mais aussi pour expliquer les nombreux échecs de la chirurgie. Celle-ci est alors réduite à un simple « problème d'adaptabilité », soit à une incapacité généralisée à « sortir de sa zone de confort » :

« Si le patient se trouve dans un environnement qui n'est pas favorable économiquement, et qu'il n'a pas réglé ses problèmes de confiance en lui...On le voit très bien par les taux de dépression et de suicide post chirurgie bariatrique, parce que les gens ont du mal à se voir non obèses⁵⁵⁴. C'est un indice qu'ils ont un problème d'adaptabilité. Quelqu'un qui a une grosse confiance en lui, qui s'adapte, qui est capable de sortir de sa zone de confort, il va accepter son nouveau corps. Alors que ceux qui sont déjà fragiles émotionnellement, tu les fais maigrir, et ils s'acceptent plus dans le miroir, ils se comprennent plus » (Chirurgien 3, public et privé).

Selon eux, cette fragilité intrinsèque pousse certaines patientes à éviter de se tourner vers leur équipe médicale en cas de reprise de poids, en raison d'un sentiment de culpabilité intense faisant obstacle à une communication ouverte entre les patientes et leur équipe médicale :

« Malheureusement on perd beaucoup de nos patients au suivi.... Notre porte est toujours ouverte pour les gens qui ont été opérés ici...Mais des fois c'est gênant. Ils n'osent pas nous appeler parce qu'ils se sentent coupables, ils se sentent gênés...Ils se sont toujours fait dire que c'était de leur faute s'ils étaient obèses. Alors cette culpabilité, cette mauvaise estime d'eux-mêmes, c'est dur à renverser. Ça fait partie d'eux, ils ont été obèses une plus longue partie de leur vie que minces » (Chirurgienne 1, public).

« Malheureusement ces gens-là ne vont pas revenir nous voir. Les gens qui reprennent énormément de poids, je sais pas si c'est par gêne ou par découragement, mais c'est rare qu'on les revoit... » (Chirurgien 3, public et privé)

1.3. Des disparités intraprovinciales dans la qualité du suivi bariatrique reçu par les patientes

Si les chirurgiens peuvent blâmer l'émotivité exacerbée des patientes lorsqu'ils expliquent le taux de reprise de poids, ils reconnaissent également que le manque de régulation du suivi offert aux patientes bariatriques n'améliore en rien la situation. Bien que le suivi régulier des patientes après la

⁵⁵⁴ Les patientes souffrent parfois de dysmorphie corporelle suite à leur perte de poids rapide.

chirurgie soit jugé essentiel pour surveiller leur perte de poids et leur santé globale, et pour leur fournir un soutien émotionnel et psychologique, certains cliniciens affirment que de nombreux centres ne disposent pas de ressources suffisantes pour offrir un suivi adéquat aux patientes. Le manque d'uniformité au niveau du temps d'attente pour la chirurgie bariatrique au Québec est alors aussi observé dans la qualité du suivi offert aux patientes, rendant difficile l'établissement de pratiques optimales en matière de chirurgie bariatrique. Comme l'expliquent de nombreux cliniciens :

« Y'a beaucoup de centres hospitaliers qui partent des programmes. Il existe présentement plus de 15 centres hospitaliers au Québec. On a recensé ce qui est offert en nutrition et c'est tellement variable d'un endroit à l'autre. À certaines places c'est une fois pendant 2h, d'autres places en groupe, y'en a c'est une fois 1h avant la chirurgie, y'en a c'est 6 cours de groupe...Y'a aucune uniformité donc c'est pas encore établi ça serait quoi les *best practices* en chirurgie bariatrique. Pendant des années Sacré-Cœur n'avait pas de nutritionniste dans son équipe de chirurgie bariatrique... c'est un non-sens absolu...puis encore là ce sont des cours de groupe, c'est mieux que rien mais...[rires] » (Nutritionniste 1, privé).

« Malheureusement qu'à l'IUCPQ on est un peu le mouton noir, le cas particulier. Même au niveau mondial, le plus souvent ça va être plutôt : voilà vous avez eu votre chirurgie, maintenant débrouillez-vous. C'est triste parce qu'il y'a des études qui démontrent l'intérêt du suivi à long terme pour améliorer les résultats et diminuer les complications » (Chirurgien 4, public).

« J'aimerais ça que le gouvernement mette des normes et une équipe minimale pour l'équipe de bariatrique, mais actuellement chacun fait un peu ce qu'il veut en fonction des ressources » (Chirurgienne 1, public).

« Y'a malheureusement beaucoup de centres au Québec et dans le monde qui font l'opération, qui offrent le suivi la première année, puis ensuite les patients partent dans la nature » (Chirurgienne 1, public).

« On croit beaucoup en ce que la nutritionniste voit individuellement le patient, mais par manque de ressources, les nutritionnistes se font rares dans certains milieux. Alors y'a des gens qui font de l'enseignement de groupe... Y'a ce bémol. C'est pas tout le monde qui a une psychologue et une travailleuse sociale...c'est peut-être pas essentiel pour tous les patients mais pour certains, faut que ça fasse partie de l'équipe » (Chirurgienne 1, public).

Au moment d'expliquer ce manque d'uniformité, les professionnels de la santé interrogés insistent sur la tension croissante entre d'un côté, la capacité des centres de chirurgie bariatrique à offrir un suivi de qualité aux patientes et de l'autre, l'augmentation générale du volume annuel de personnes opérées dans ces centres :

« Dans des conditions où le volume chirurgical était moindre, les chirurgiens pouvaient se permettre de faire un suivi extrêmement serré et les patients signaient une espèce de contrat d'engagement pour un suivi à vie et faisaient partie du groupe de patients traités par l'équipe. Y'avait même un sentiment d'appartenance et le suivi clinique était exceptionnel. Mais dans une optique où on grossit le volume, évidemment la possibilité du suivi diminue, et là faut peut-être faire une chirurgie qui demande un peu moins de suivi rapproché. Bien que le suivi reste une préoccupation très importante dans notre centre, on a un moins bon taux de suivi que celui qu'on avait quand on faisait juste la dérivation bariatrique à quelques centaines de patients par année » (Chercheur, public).

« On est rendu avec une cohorte de milliers de patients là, c'est 8000-9000 patients qu'on suit, donc si on commence à accepter des patients d'un peu partout on ne s'en sortirait pas, puis on offrirait un moins bon service à nos patients. Mais est-ce que les patients le savent vraiment? » (Chirurgienne 1, public).

Tandis que la multiplication du nombre de centres publics de chirurgie bariatrique au Québec au cours des dernières années pourrait représenter une solution pour faciliter l'accès à la chirurgie bariatrique, celle-ci est le fruit d'incitations gouvernementales à promouvoir la chirurgie bariatrique et de logiques bureaucratiques de financement des établissements hospitaliers qui n'assurent pas en pratique que des ressources suffisantes soient investies dans l'accompagnement:

« L'avantage c'est que lorsque tu étais désigné comme centre de chirurgie bariatrique, tu allais avoir les budgets. Donc pour un hôpital, soudainement ça devient payant. Alors si tu veux comprendre une affaire un peu sournoise dans tout ça, c'est qu'il y a maintenant du remboursement au patient qui est décrété pour la chirurgie bariatrique si tu es nommé par le ministère comme un centre de chirurgie bariatrique. Alors là soudainement, t'as des directeurs généraux d'hôpitaux qui ont allumé : ah ok on peut se faire de l'argent, on peut financer les autres services en récupérant de l'argent qui vient avec » (Chirurgien 3, public et privé).

« Il y a de nouveaux centres qui démarrent sans avoir pris le temps de regarder ce qui se faisait ailleurs et de budgéter. Parce que c'est sûr qu'il y a toujours une contrainte budgétaire, le réseau de la santé a une capacité limitée. Mais est-ce qu'on devrait fournir un service auquel on n'est pas capable d'offrir le suivi? Parce que c'est ça aussi la question. Comment faire en sorte que la personne qui a eu l'intervention a le suivi adéquat? Parce que présentement, on met la responsabilité sur l'individu de savoir comme par magie ce qu'il doit faire, et c'est pas tout le monde qui a la même littéracie... alors recevoir un guide écrit de trente pages? Y'en a qui vont avoir fait leur devoir, qui arrivent avec ça annoté, mais d'autres qui ont besoin d'un accompagnement personnalisé » (Nutritionniste 1, privé).

Tandis que les chirurgiens tendent, comme on vient de le voir, à expliquer la reprise de poids comme un échec personnel lié à une incapacité d'ordre psychique à adhérer au traitement, voyons désormais comment les patientes vivent et expliquent les situations vécues de reprise de poids ou de complications importantes.

II. Quand les promesses se dégonflent : les expériences solitaires de l'échec bariatrique

2.1. Des complications graves et débilitantes pouvant mener au désespoir

2.1.1. *Des complications postopératoires plus ou moins permanentes*

Pour certaines patientes, les effets débilitants de la chirurgie dépassent largement ceux qu'ils avaient pu anticiper avant l'opération. C'est le cas d'Anaïs, qui, à la suite de sa chirurgie est passée de 432 livres à 104 livres, au prix de problèmes de santé très importants :

« J'ai eu d'importants problèmes de santé qu'ils n'ont jamais pu associer directement à la chirurgie, mais que pour le commun des mortels, c'était clair que c'était la chirurgie. Des diarrhées, des pertes de conscience, des chutes de pression énormes, des incapacités à m'alimenter normalement » (Anaïs, 45, 7 ans post-op, public),
Après avoir été gavée pour retrouver un poids plus normal pour sa taille, son chirurgien a dû lui faire une révision pour essayer de régler ses nausées et ses diarrhées, qui l'empêchaient encore de s'alimenter normalement:

« J'arrivais plus à m'alimenter, j'avais des diarrhées à raison de plusieurs litres par jour. J'ai été gavée et ils ont dû me faire une révision, ils m'ont reconnecté un peu plus haut l'intestin. Mon chirurgien m'avait dit que ça réglerait mes problèmes de diarrhées chroniques, que j'aurais plus de hauts le cœur...parce que j'étais pas capable de manger mais j'avais des rapports qui sentaient les selles » (Anaïs, 45, 7 ans post-op, public).

À la suite de sa sleeve, réalisée au Québec dans une clinique privée, Évelyne a quant à elle expérimenté des reflux gastriques et des pneumonies à répétition pendant trois ans, l'empêchant de dormir et de travailler normalement :

« Aussitôt que j'avais quelque chose je *feela*s pas. J'avais un rhume, je vomissais des reflux gastriques toute la nuit, donc là j'appelais mon médecin de famille, je disais ça va pas bien, j'ai quelque chose. À chaque fois que j'étais malade, je passais la nuit à vomir des reflux gastriques » (Évelyne, 51, 4 ans post-op, privé).

Bien que son chirurgien l'ait envoyée faire une gastroscopie pour constater qu'elle n'avait « rien » et lui ait conseillé de faire « plus de sport », sa médecin de famille lui a trouvé des calculs biliaires, susceptibles d'être à l'origine de ses reflux. Malgré l'ablation chirurgicale de sa vésicule ayant suivi cette découverte, Évelyne raconte avoir continué à faire des reflux, l'emmenant à passer une autre gastroscopie révélant cette fois-ci la présence d'une grosse hernie bloquant l'entrée de son estomac et justifiant selon le chirurgien (celui qui avait réalisé sa chirurgie bariatrique) une autre chirurgie extractive. Juste avant l'opération, alors que Evelyne est déjà anesthésiée, celui-ci ne trouve toutefois pas le dossier que la médecin de France lui a transmis, et lui annonce qu'il devra sans doute lui faire un bypass, alors qu'il n'avait jamais été question que l'on « retouche » à sa chirurgie auparavant :

« Pourtant ma médecin lui a envoyé mon dossier par ordinateur et j'ai même laissé à son bureau une copie papier. Là il part, revient et me dit qu'il n'est pas capable d'avoir accès à mon dossier de Saint-Eustache. Donc je lui dis vous allez faire quoi? Il me dit on opère, c'est pas ça mon problème, je veux savoir c'est quoi les symptômes. Donc je lui raconte que le dernier mois je vomissais entre mes circuits d'autobus, que je vomissais à mes arrêts avant de continuer. Et là il me dit que ça n'a rien à voir avec hernie et qu'on aura pas le choix d'enlever complètement mon estomac. Qu'on va faire un bypass. Donc je suis toute anesthésiée, je m'en vais me faire opérer et il me sort ça. Je vais te faire signer une décharge, si je t'enlève ton estomac, ça prend ton autorisation. Je dis t'es sérieux? J'ai toutes les choses pour me rendre innocente avant de me rendre à la chirurgie, puis il me fait signer ça. J'ai signé mais j'avais les yeux pleins d'eau. Il me dit ça va bien aller, ne t'inquiète pas, ça va bien aller. J'étais fâchée » (Évelyne, 51, 4 ans post-op, privé).

Au réveil, celle-ci apprend qu'elle avait finalement une hernie hiatale importante expliquant ses vomissements chroniques pendant toutes ces années:

« Quand je reviens, ça va pas bien. C'est long mon réveil et je vais pas bien. Le Dr X vient me voir et me dit t'avais un gros problème en fin de compte. C'est très rare qu'on voit ça. Mon estomac a remonté, il était collé sur mon hernie, donc j'avais plus d'espace. Tout ce qui était en purée réussissait à passer, mais je vomissais tout le reste [...] Là il dit t'es bien chanceuse, on a pu reconstituer ton estomac et on l'a attaché. Ça devrait plus se reproduire, parce qu'on a enlevé ton hernie » (Évelyne, 51, 4 ans post-op, privé).

Malgré le fait qu'Évelyne ne souffre plus de reflux gastriques depuis la correction de son hernie hiatale, ce qui lui permet désormais de s'alimenter plus normalement, elle exprime son mécontentement face au manque d'informations qui lui ont été fournies concernant les éventuelles complications graves de la chirurgie :

« Il faut vraiment que la personne soit consciente qu'ils y'en a pour qui ça va super bien, mais d'autres qui peuvent avoir des problèmes comme moi. Moi quand j'y suis allé, ils m'ont jamais parlé des effets secondaires, de ce qui pouvait arriver...Pour l'opération tu passes une nuit à la clinique et moi en me réveillant je vomissais, puis le médecin a dit à l'infirmier: j'espère que je lui en ai pas trop enlevé d'estomac parce qu'elle vomit beaucoup trop. Ça ça m'a inquiétée » (Évelyne, 51, 4 ans post-op, privé).

Si dans certains cas, une révision chirurgicale peut « suffire » pour ramener le corps vers un certain équilibre, les complications de la chirurgie sont parfois plus ou moins permanentes. Jacqueline et Vanessa se retrouvent ainsi avec des séquelles durables, notamment en termes d'anémie et de dépendance médicale à des comprimés quotidiens de sel ou à des injections trimestrielles par intraveineuse de fer:

« Depuis l'opération j'ai un gave dans l'estomac, j'ai des saignements dans l'estomac régulièrement... Avec la sleeve je me sentais plus en sécurité, mais j'ai eu pareil des séquelles un peu de la sleeve, j'ai eu l'estomac blessé. J'ai gave qui m'emmène de l'anémie alors je dois prendre des comprimés de sel tout le temps » (Jacqueline, 58, 6 ans post-op sleeve, en attente bypass, public).

« Ce qui est le plus difficile c'est de vivre avec les conséquences de tout ça. Par exemple je suis obligée de prendre des suppléments vitaminés, ça ça va, on m'avait avisé, je trouve ça lourd mais je le savais. Mais je fais tellement d'anémie que je peux pas prendre plusieurs molécules en pilules, donc je dois être injectée directement en intraveineuse aux trois mois avec une poche de fer. Donc à tous les 3 mois, je perds une demi-journée de travail pour aller me faire faire mon injection. Mais ça c'était pas prévu dans mon plan, puis ça va être comme ça pour le reste de ma vie. Est-ce que ça valait la perte de poids? Oui mais sapristi j'ai quand même repris 30 livres t'sais! » (Vanessa, 39, 3 ans post-op, public).

2.1.2. Une aggravation des problématiques de santé antérieures

Parfois, les effets débilissants de la chirurgie peuvent aussi s'entremêler et aggraver des problèmes de santé préexistants. Un exemple de cela est fourni par Nadia, qui explique que la réduction chirurgicale de son estomac a compliqué la prise des médicaments antidouleurs nécessaires pour gérer les symptômes de sa fibromyalgie et de sa maladie de Forestier (une maladie dégénérative chronique qu'on lui a diagnostiquée après sa première chirurgie). Son chirurgien semble ne pas avoir pris en compte cette possibilité avant de procéder à l'opération. De plus, son rhumatologue semblait systématiquement oublier qu'elle avait subi cette intervention lors de la prescription de médicaments, ce qui a aggravé ses symptômes. Vivant avec des problèmes de santé tombant à l'interstice de plusieurs spécialités médicales ne mettant pas en commun leurs expériences et leurs pratiques, elle décrit sa

situation actuelle comme une sorte de « retour à la case départ » en dépit de deux chirurgies bariatriques. La reprise de poids après la première chirurgie a conduit à une deuxième opération (un bypass), qui n'a pas non plus été couronnée de succès en termes de perte de poids. Ses douleurs se sont aggravées, la forçant à arrêter de travailler et à devenir dépendante de son conjoint :

« J'ai jamais voulu faire ouvrir un dossier d'invalidité donc j'ai simplement perdu mon travail. Encore une chance que mon conjoint travaille, par contre je me sens encore plus dépendante. J'ai toujours voulu travailler, gagner mon propre argent, faire mes propres choses mais là aujourd'hui je suis pas capable. On s'entend qu'une vie de couple c'est pas toujours facile, des fois je serais peut-être partie de la maison, mais je peux pas. Je gagne zéro. Ça occasionne plein de choses négatives, fait que si quelqu'un me demandait aujourd'hui ce que je conseillerais, je donnerais les deux versions. Parce que c'est pas vrai que c'est juste du positif, il faut que tu y penses comme il faut avant » (Nadia, 56, 9 ans post-op anneau et 5 ans post-op bypass, public).

Cette situation mêlant la reprise de poids et les douleurs persistantes l'a plongée dans un profond épuisement et un désespoir, à tel point qu'elle a exprimé le sentiment de « ne plus avoir goût à rien » et d'éprouver des moments de dépression sévère :

« Ça m'en mange un coup. Je me rends compte que j'ai pris du poids puis que j'ai plus le goût à rien. Parfois j'en viens à des moments de phases noires où si je pouvais partir ça serait bien correct là t'sais...C'est là où la dépression entre en ligne de compte puis tu vois pas le jour où ce que tu vas débarquer de cette dépression-là. Tout ça fait en sorte que tu vois plus de fin, je vois pas le moment où ce que ça va devenir mieux là [...] Je peux pas faire de miracle, c'est ça, c'est mon calvaire de tous les jours » (Nadia, 56, 9 ans post-op anneau et 5 ans post-op bypass, public).

2.2. La reprise de poids : un échec personnel et une honte vécue à l'écart

2.2.1. *Une internalisation du blâme rejoignant les préjugés sociaux sur le poids*

Bien que les récits de situations critiques comme celui de Nadia restent minoritaires parmi mes entretiens, la reprise importante de poids est un problème assez courant. Contrairement aux sentiments de libération et de réussite personnelle exprimés par les participantes en relation avec leur perte de poids, cette reprise de poids est décrite par les patientes comme décourageante, les obligeant à faire le deuil de plusieurs aspects. Elle est vécue comme un échec personnel et peut entraîner une perte d'estime de soi, le sentiment de ne pas être compétent, d'avoir gaspillé leur dernière chance, et une forte chute de leur estime de soi :

« L'estime en prend un coup parce que tu te dis finalement je suis pas capable de rien faire. Je finis toujours par un échec...Ton estime elle drope assez drastiquement » (Nadia, 56, 9 ans post-op anneau et 5 ans post-op bypass, public).

« Toute la honte, le chagrin, tous les sentiments tu les as parce que tu perds beaucoup confiance en toi. Tu dis coudon je suis nulle à rien, je suis bonne à rien, je suis pas capable malgré la chirurgie, je suis pas capable » (Nadia, 56, 9 ans post-op anneau et 5 ans post-op bypass, public).

Si la perte de poids initiale génèrait un sentiment de fierté partagé par l'entourage, la reprise de poids est quant à elle marquée par un retour très prononcé de la « honte d'être obèse » qui caractérisait leur vie « d'avant » la chirurgie:

« Ça reste un échec, un dégoût, une horreur... » (Sébastien, 57, 3 ans post-op, public).

« Là quand j'ai commencé à reprendre du poids, ça a été dur psychologiquement. J'avais honte d'avoir repris du poids, c'est un cercle vraiment vicieux...J'ai parlé à d'autres personnes qui ont eu la chirurgie et je sais que je suis pas tout seul, ...Puis c'est terrible, c'est vraiment terrible » (Olivier, 35, 4 ans post-op, public).

Décrite comme un « cercle vicieux » dans l'extrait précédent, comme quelque chose qui s'impose au sujet malgré sa volonté de la dépasser, la honte est expérimentée en relation à une « communauté interprétative »⁵⁵⁵ qui sanctionne cette reprise de poids comme le signe ultime d'un manque de volonté et de contrôle sur soi. Caroline explique ainsi qu'elle n'ose plus avouer aux nouvelles personnes qu'elle rencontre qu'elle a eu recours à la chirurgie bariatrique pour perdre du poids, se sentant « comme un imposteur » du fait que les bénéfices de cette intervention en termes de perte de poids ne sont aujourd'hui plus visibles :

« J'ose pas avouer que j'ai eu une chirurgie bariatrique parce qu'aujourd'hui j'ai l'impression que ça se voit même pas, ma chirurgie bariatrique. Je me sens comme un imposteur de dire moi j'ai eu beaucoup de poids, j'ai eu une chirurgie bariatrique, puis j'ai perdu tant de livres...Je me dis qu'il doit y avoir bien du monde qui doivent se demander de quoi elle parle là.... » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

Cette internalisation et anticipation du jugement sévère des autres sous la forme d'un discours intérieur est également traduite dans les propos de Nadia:

« Le regard social. La honte. Je suis descendue à 104 livres puis je suis remontée à 200 là...Les gens...pas la famille, ma famille était très respectueuse, mais au travail, les voisins, les gens qui ont des liens un peu moins intimes avec moi. Hey, elle a recommencé à engraisser...Psychologiquement je vais bien, mais y'a toujours une honte. [...] C'est sûr que j'ai toujours un petit démon qui me parle, qui me dit mais c'est ça Nadia, tu t'es faite opérer et puis t'as repris du poids. C'est toi le problème » (Nadia, 56, 9 ans post-op anneau et 5 ans post-op bypass, public).

Anaïs, contrainte de subir une seconde opération en raison de complications liées à une première opération qui avait restreint sa capacité à s'alimenter et entraîné une perte de poids trop importante, raconte quant à elle comment sa reprise pondérale graduelle, contre laquelle elle a longtemps lutté, a été vécue comme un échec face à l'objectif qu'elle s'était fixé de ne jamais redépasser le seuil des 200 livres. Dans son discours, elle associe directement la culpabilité ressentie face à cet échec (qui l'a amené

⁵⁵⁵ Fish, Stanley, *Quand lire c'est faire. L'autorité des communautés interprétatives*, trad. de l'anglais (américain) par Etienne Dobenesque, Paris, Les Prairies ordinaires, 2007,

à faire une tentative de suicide avant d'être hospitalisée en psychiatrie) au sentiment d'avoir « abusé du système », de ne pas avoir été capable d'honorer sa dette envers l'État:

« La première année, j'ai pris seulement 10 livres mais j'étais vraiment très sévère envers moi-même. C'était rendu une paranoïa, une obsession. Je mangeais toujours sur le bout de la cuillère. Je m'étais dit non je vais faire mentir la médecine, je ne reprendrais pas de poids. L'année suivante j'ai repris 20 livres, puis celle d'après 40. Donc j'ai dépassé le seuil fatidique des 200 livres. Je m'étais dit plus jamais je reverrai un 2 sur la balance. À 199 livres, j'ai fais une tentative de suicide. C'était comme regarde Valérie, t'as abusé du système, t'as fais payer l'état pour avoir une chirurgie de perte de poids puis t'as repris le 200 livres » (Anaïs, 45, 7 ans post-op, public).

Cet « échec » semble donc être vécu en relation aux préjugés sociaux négatifs sur le poids, qui considèrent les personnes en obésité comme faignantes, paresseuses et dépendantes, préférant se laisser aller au dépend de la collectivité plutôt que de se prendre en main. Les propos de Sandrine, qui s'inquiète des 20 livres qu'elle a regagnées dans les quatre ans suivant son opération, traduisent eux aussi très bien cette internalisation du blâme :

« Je sais que c'est rien 20 livres de reprise, mais j'ai tellement peur de devenir comme ces femmes-là qui ont eu des bypass puis qui font pas attention...oh mais c'est pas grave le chirurgien va m'opérer...je me dis ça coute tellement cher à l'état, ça prend du temps, y'a une longue liste d'attente...c'est comme on t'offre la chance d'avoir ce que t'as toujours voulu, puis une fois que tu l'as tu fais pas attention, mais qu'est-ce qu'est c'est ça? » (Sandrine, 33, 3 ans post-op, public).

2.2.2. *La reprise, un sujet tabou au sein de la communauté bariatrique?*

De ce fait, les personnes qui vivent des situations de reprise de poids ont tendance à éviter d'en parler, notamment avec d'autres personnes opérées, avec qui le poids peut devenir un véritable tabou :

« Avec mon partenaire de travail, on s'encourageait, on se motivait, on se racontait les activités physiques qu'on faisait, les exploits qu'on faisait, puis à un moment lui ça s'est estompé et aujourd'hui il a repris pratiquement tout son poids. Puis il m'évite, il évite d'en discuter. Lorsqu'on se voit on parle de tout mais pas de sa chirurgie. On parle pas de ses activités physiques, on parle pas de son alimentation. On parle de tout, mais pas de ça » (Sébastien, 57, 3 ans post-op, public).

Ils peuvent aussi redouter, voire choisir d'éviter les situations sociales où d'autres opérées vivant quant à eux un « succès » post-chirurgical seraient susceptibles de les juger ou de les mépriser en raison de leur échec. C'est le cas de Mathilde, qui depuis sa reprise de poids a l'impression de se faire regarder de haut par une employée (elle-même opérée) qui lui sert sa crème glacée:

« On affichera pas ça, on en parlera pas. Parce qu'on a honte. C'est pour ça que je veux pas que le monde le sache que j'ai eu une deuxième opération pour pas avoir à me faire juger sur ce que je mange. C'est niais mais j'aime ça la crème glacée, donc je vais à A&W en service à l'auto et la fille qui sert a été opérée et est rendue toute petite, puis j'ai honte d'aller chercher ma crème molle quand c'est elle qui me sert. À chaque fois je dis faut plus que j'y retourne, parce que j'ai le pressentiment qu'elle me juge en me disant moi j'ai réussi, toi t'as pas réussi parce que tu fais pas attention, moi je fais attention » (Mathilde, 38, 7 ans post-op sleeve et 2 ans post-op bypass).

En raison de ces sentiments de honte, de culpabilité et d'imposture, les patientes qui reprennent du poids tendent à se désabonner des groupes de soutien en ligne pour personnes opérées ou à ne plus oser intervenir dans les discussions⁵⁵⁶. Caroline explique ainsi qu'elle ne se sent plus « légitime » de participer à ces groupes en raison de sa reprise de poids, l'excluant de la communauté des gagnants ayant « réussi à maintenir leur perte de poids », et qu'elle ne veut pas prendre le rôle de la trouble-fête venant perturber l'enthousiasme collectif :

« Des témoignages négatifs t'en a pas beaucoup parce que c'est pas super fun. Et dans ces groupes, j'en vois passer des contacts que j'avais au moment où on était dans notre lune de miel, puis tu vois qu'il y en a qui ont réussi à maintenir leur perte de poids...du coup t'as honte là, tu te dis j'ai pas réussi...Tu te sens plus légitime parfois d'intervenir sur certains groupes parce que c'est ça, toi t'as repris du poids...puis t'as pas forcément envie non plus d'être la fille qui pète la balloune des autres t'sais » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

L'investissement des patientes dans les groupes en ligne paraissant ainsi motivés par les émotions « positives » (fierté, optimisme, épanouissement, etc.) entourant la perte de poids, les nombreuses patientes qui n'ont pas « réussi » n'ont ainsi pas d'espace collectif où partager les émotions moins joyeuses qui les habitent lorsqu'elles reprennent du poids :

« T'es complètement laissé à toi même puis c'est ça, la honte s'installe, puis on n'a pas envie d'en parler. On pense qu'on est tout seul puis c'est ça à un moment quelqu'un avait fait ce groupe puis quelqu'un a dit est-ce qu'il y en a qui ont repris du poids? Puis c'est là qu'il y en a plein qui ont dit en avoir repris » (Nadia, 56, 9 ans post-op anneau et 5 ans post-op bypass, public).

« Y'en a beaucoup qui ont été opérés puis qui sont tout contents, puis dans ma tête c'est check bien quand ta lune de miel va finir, ça va être dur puis tu vas peut-être reprendre ton poids. Je leur dis pas mais j'aimerais ça que eux aussi vivent un échec pour montrer que je suis juste normale » (Mathilde, 38, ? ans post-op sleeve et 2 ans post-op bypass, privé et public).

C'est ce que déplore Olivier en évoquant le caractère non-inclusif de la communauté bariatrique, largement orientée vers la réussite au détriment des personnes qui auraient le plus besoin de soutien en raison des difficultés rencontrées dans leurs parcours :

« Les gens n'en parlent pas [de la reprise de poids]. Il y a une espèce de *minding*...pas une obsession mais une valorisation presque un peu malade ou dangereuse de moi je l'ai faite, j'ai réussi, si j'ai réussi toi aussi tu peux. Et c'est bien que ces personnes-là se sentent mieux, mais ça met une pression énorme sur toutes ces personnes pour qui ça se passe pas bien...Je pense que ça fait que ces gens-là n'en parlent pas. Ils en parlent pas du tout, ils restent dans leur coin, dans leur trou. Puis je trouve ça dommage parce que c'est pas inclusif puis ça vient pas du tout soutenir des gens qui auraient besoin de soutien. Il y'a beaucoup de pression à l'intérieur des groupes avec des gens qui mettent de l'avant leur parcours et qui font comme si c'était le seul parcours valide, je trouve ça plate » (Olivier, 35, 4 ans post-op, public).

⁵⁵⁶ Tandis que les patientes qui maintiennent leur poids sur le long terme tendent à passer à autre chose et à se désabonner des groupes. La communauté bariatrique apparaît ainsi comme une communauté biosociale organisée autour d'un moment particulier, celui de la perte de poids, voire du succès biomédical.

2.2.3. *Ne pas oser rappeler son équipe médicale par peur d'être jugé*

Alors que la communauté bariatrique ne semble pas constituer un réseau de soutien pour les patientes en situation de reprise de poids, la honte et la culpabilité ressenties par ces dernières peuvent aussi les amener à craindre de revenir vers leur équipe médicale pour demander de l'aide, de peur de décevoir ou d'être jugées:

« Pour en avoir discuté avec d'autres, je sais que retourner après plusieurs années voir l'équipe qui t'as suivi et t'as vu perdre du poids, c'est une étape difficile. Pas parce qu'ils vont t'engueuler, tu sais qu'ils sont pas là pour ça...mais parce qu'il y'a une forme d'humiliation. Faut avoir du courage là de rappeler ton équipe puis de dire t'sais on avait tous travaillé ensemble pour arriver à cet objectif-là, mais j'ai chié dans la colle, ça a pas marché mon affaire, j'ai repris, j'ai *scrupé* tout ça, puis j'ai besoin d'aide » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

« Le pire c'est que j'ai mon papier de référence. Mais j'ai pas appelé...Je sais pas ce que j'attends dans le fond, peut-être d'être prête mentalement? Puis t'sais moi j'ai peur de rappeler mon chirurgien, j'ai peur qu'il me juge » (Karine, 39, 7 ans post-op, public).

Bien que les patientes en situation de reprise de poids aient ainsi tendance à s'isoler, à la fois de la communauté de personnes opérées et des institutions cliniques en raison de la honte et de la culpabilité ressenties, l'« échec » bariatrique peut également, comme on va maintenant le voir, ouvrir sur un repositionnement critique vis-à-vis des normativités dominantes de la minceur, de la santé et de la validité, ainsi que sur des revendications collectives en matière d'accès à des soins d'accompagnement des personnes en état d'obésité.

III. « Moins de traitements, plus de soins »

3.1. L'« échec » comme prise de recul forcé vis-à-vis de l'optimisme technologique associé à la « cure » bariatrique

3.1.1. *La reprise de poids ou la nécessité de faire le deuil de la fantaisie de minceur*

Le recours à la chirurgie s'inscrit comme on l'a vu dans une volonté d'être plus en santé, elle-même bien souvent difficile à dissocier du désir d'obtenir un corps visiblement plus normatif, qui serait plus adapté à un monde qui n'est pas « fait » pour les personnes plus larges et qui les limite dans de nombreuses sphères de leur vie sociale. La perte de poids représente donc pour les patientes une entrée dans la « vie normale » vécue comme une « renaissance », comme un nouveau départ. Dès lors, la reprise de poids que peuvent vivre les patientes quelques années après leur chirurgie est ressentie comme une catastrophe, quelque chose générant une douleur aigue et propice à susciter une attitude de rumination chez les patientes. Insistant sur la dimension dramatique de la reprise de poids, Caroline

compare ainsi celle-ci à l'expérience de quelqu'un qui aurait gagné au loto et vécu « sa vie de rêve » avant de tout perdre:

« C'est comme quelqu'un qui a gagné au loto, qui a vécu sa vie de rêve puis qui d'un seul coup fait faillite. Tu sais que tu y as touché, tu l'as vécu ce petit moment de gloire, ce petit moment où tu brilles, cette chose que t'espérais atteindre un jour et qui était inatteignable. Grâce à la chirurgie tu l'as eu, puis tu l'as plus aujourd'hui. C'est difficile parce que tu y as goûté à ce plaisir de te fondre dans la masse puis d'être la fille que t'as rêvée d'être pendant des années quand ado tu rêves d'être comme l'autre qui est mince. Puis quand tu l'as enfin cette enveloppe extérieure, quand tu prends plaisir à t'habiller, que tu peux aller dans n'importe quel magasin, c'est difficile » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

De nombreuses patientes racontent que leur reprise de poids, ainsi que la déception à laquelle elles l'associent, les ont contraintes à prendre un certain recul critique vis-à-vis de leur désir, parfois entretenu depuis l'enfance, d'obtenir un corps mince. Confrontée à ce sentiment d'échec et de perte, Caroline explique qu'elle tente aujourd'hui de se détacher de cet idéal à atteindre, d'en faire le deuil en visant un objectif plus réaliste afin de ne pas vivre en état de déception chronique :

« Ce poids à atteindre, faut pas que je m'y accroche sinon je risque d'être en déception permanente. [...] C'est comme un deuil à faire de se dire que tu l'as eu ce poids, mais que peut-être il faut que t'en fasses le deuil puis que tu vises autre chose de plus réaliste » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

« À un moment il faut avancer et réussir à trouver un juste milieu, un équilibre et arriver à un poids et à une place où ton reflet te satisfait. J'aspire à arriver à une forme de stabilité puis de plaisir de me regarder avec mes défauts en sachant que ça sera pas parfait... Ce que j'essaye surtout c'est de pas m'accrocher à cette image de moi au poids le plus bas parce que ça serait illusoire... en même temps t'as du la voir passer cette image de la fille mince mais qui a un corps d'obèse puis qui s'enlève sa genre de peau d'obèse là... quand j'étais au plus bas de mon poids c'est comme ce *feeling* que t'as, c'est comme la pépite que t'as à l'intérieur, elle était là. Mais cette fille-là, ce poids que j'avais, à moins de tomber malade je pense pas que je le retrouverai » (Caroline, 38, 2 ans post-op, public).

Tandis que Caroline affirme avoir atteint le bonheur en obtenant temporairement le poids tant désiré, ce « deuil » passe pour de nombreuses autres patientes par la prise de conscience que la perte de poids « ne règle pas tout » et que la surcharge pondérale n'était, en rétrospective, pas la cause de tous leurs malheurs. C'est ce que traduisent les propos de Mathilde qui en conclue qu'il s'agit aujourd'hui pour elle de se détacher de cet « optimisme cruel » faisant d'une silhouette amincie le réceptacle du bonheur tant espéré:

« Mes déceptions dans la vie, moi je les ai toujours attribuées à mon poids. C'est juste qu'il faut se trouver des défaites puis moi c'était mon poids. Quand je vais être mince, tout ça, ça va être parti. Et oui j'ai perdu beaucoup de poids mais y'a rien de ça qui est parti fait que finalement vaut mieux que je travaille à être heureuse telle que je suis parce que c'est pas le poids qui fait que je vais trouver le bonheur » (Mathilde, 38, 5 ans post-op sleeve et 2 ans post-op bypass, privé et public).

« On se raccroche à ce qu'on peut avoir, donc quand on est en attente de la chirurgie, on se dit que tous mes problèmes vont être réglés une fois rendus minces. Quand je vais être rendue petite, quand je vais avoir perdu 100, 150 ou 200 livres, je vais être heureuse... Mais non le bonheur on se le crée nous-même peu importe le poids qu'on a. Y'a des gens qui vont se suicider parce qu'ils ont repris du poids ou sont en train d'en reprendre... mais c'est parce qu'ils sont restés en vie en s'accrochant à la réussite de cette opération, et qu'ils se sont finalement

rendu compte que c'était juste un outil parmi tant d'autres » (Mathilde, 38, 5 ans post-op sleeve et 2 ans post-op bypass, privé et public).

« J'essaye d'enlever les objectifs de poids que je m'étais donné. Sinon on est toujours à 5 à 10 livres du bonheur... » (Mathilde, 38, 5 ans post-op sleeve et 2 ans post-op bypass, privé et public).

3.1.2. *Remettre individuellement en question l'idéologie promissoire de la « cure » et du contrôle*

Si la reprise de poids peut donc amener les patientes à remettre en question leur quête de longue date d'un corps plus mince, elles insistent en même temps sur l'importance qu'a joué dans ce cheminement l'accès à un suivi de type psycho-nutritionnel (respectant le plus souvent les principes de l'alimentation intuitive⁵⁵⁷). Plusieurs participantes disent en effet s'être rendu plus ou moins rapidement compte, après leur opération, que leur « problème » n'était pas situé au niveau de l'estomac, mais « dans la tête » :

« Trois mois après la chirurgie, j'avais déjà perdu beaucoup de poids, puis la réflexion la plus puissante que j'ai eu c'est que le problème n'était pas dans mon estomac, mais dans ma tête. Ça m'a bouleversé comme constat. J'avais attaqué une partie saine de mon corps volontairement. On a charcuté mon corps qui était performant, même trop peut-être! (rires) » (Anne-Sophie, 40, 9 ans post-op anneau et 4 ans post-op sleeve, public).

Réalisant que leur reprise de poids était due à des troubles alimentaires qu'elles n'avaient pas nécessairement identifiés comme problématiques avant l'opération, elles racontent avoir alors cherché un accompagnement spécialisé via le secteur privé pour les aider à construire un rapport plus équilibré à la nourriture :

« Ça fait en sorte que les blessures ou les problèmes que j'ai eu, je les guéris peu à peu. Je fais le deuil de plein de choses. Sans le suivi, je suis pas sûre que je serais rendue là où je suis rendue avec cette libération, cette harmonie, cette connaissance-là » (Anne-Sophie, 40, 9 ans post-op anneau et 4 ans post-op sleeve, public).

« Avoir travaillé sur moi, avoir vécu des échecs, ça m'a fait avancer. Je suis chanceuse de m'être donné cette chance... Y'en a qui ne l'ont pas. J'ai été chercher de l'aide....Plus je vais penser que je suis heureuse, que je suis correcte comme je suis, plus mon trouble alimentaire va diminuer. Donc je n'ai plus à penser à ce que je mange ou à ma prise de poids parce que je suis bien comme je suis telle que je suis » (Mathilde, 38, ? ans post-op sleeve et 2 ans post-op bypass, privé et public).

En attribuant les comportements alimentaires qui ont conduit à leur reprise de poids à un déséquilibre psychologique individuel, plutôt qu'à des facteurs sociaux, culturels et environnementaux plus larges contribuant aux comportements alimentaires, les patientes en situation de reprise de poids tendent à

⁵⁵⁷ L'alimentation intuitive est une approche nutritionnelle qui se concentre sur l'écoute des signaux internes de faim et de satiété pour déterminer quand, quoi et combien manger. Elle accorde de ce fait une importance centrale à l'apprentissage, par les patients, de la différence entre faim physiologique et faim « émotionnelle ». Contrairement aux régimes traditionnels, qui prescrivent souvent des règles strictes et des restrictions alimentaires, elle vise à encourager la confiance et l'acceptation de soi, ainsi qu'une relation saine et équilibrée avec la nourriture.

perpétuer une forme de médicalisation de l'obésité. Cette perception renforce en effet l'idée que l'obésité est une condition médicale qui requiert un traitement médical. Le long cheminement psychonutritionnel que justifie le recours au cadre explicatif de la maladie mentale est néanmoins présenté comme une alternative plus douce pour perdre du poids que la solution chirurgicale, dont les patientes dénoncent aujourd'hui la brutalité :

« C'est le résultat d'un cheminement, d'une prise de conscience profonde, d'une acceptation aussi. Ça veut pas dire que je démissionne sur le fait de vouloir perdre du poids, au contraire. Mais je vais le faire à ma façon, à mon rythme sans brutaliser mon corps. C'est peut-être un peu grano mon approche mais pourquoi s'infliger une telle chose alors qu'il y a plusieurs chemins pour s'y rendre? Parfois c'est une question de temps » (Anne-Sophie, 40, 9 ans post-op anneau et 4 ans post-op sleeve, public).

Comme en témoignent les extraits suivants, ce cheminement peut ainsi amener certaines patientes à ne pas souhaiter une deuxième intervention chirurgicale, telle que proposée par leur équipe médicale, y voyant désormais un traitement inadapté à leur condition de santé, de nature avant tout psychologique plutôt que physiologique :

« Ça prend de la pratique, du temps et des professionnels pour t'emmener du point A au point B. Et ça prend toute la vie... Je suis considérée en échec de ma *sleeve* alors ils veulent me faire un *bypass*. Mais je veux pas le *bypass* pour l'instant. J'ai encore du chemin à faire. Je vais encore charcuter un organe sain qui fonctionne très bien pour perdre du poids, mais le problème n'est toujours pas là, le problème reste dans ma tête » (Anne-Sophie, 40, 9 ans post-op anneau et 4 ans post-op sleeve, public).

La reprise de poids, en confrontant les patientes à une situation d'« échec » exigeant qu'elles s'engagent *de nouveau* dans une « reconstruction narrative »⁵⁵⁸ du soi, peut ainsi les amener à poser un regard réflexif sur le temps, les efforts et les sacrifices investis par le passé dans des tentatives de perte de poids, qu'elles définissent a posteriori comme un « combat sans fin »:

« J'ai pas envie de me battre. Je me suis tellement battue avant ma chirurgie, que j'ai plus envie de me battre contre ce surplus de poids. C'était lourd à porter. Moralement c'était lourd à porter ce combat sans fin » (Vanessa, 39, 3 ans post-op, public).

Elles font ainsi ressortir le caractère usant, voire épuisant de ce « tourbillon » sans fin que représente le désir d'obtenir et de maintenir un corps mince potentiellement synonyme d'amélioration individuelle et de bonheur, se soldant concrètement par une existence ascétique passée à surveiller et à contrôler minutieusement son poids :

« Ma mère qui avait 300 livres et qui a maintenant un IMC en bas de 18 parce qu'elle s'entraîne, elle a toujours pas réglé ses problèmes. Je trouve ça vraiment triste! Rendue à 65 ans, jamais je voudrais être encore dans ce tourbillon-là, de jamais être bien avec son corps, avec soi-même » (Anne-Sophie, 40, 9 ans post-op anneau et 4 ans post-op sleeve, public).

⁵⁵⁸ Bury Charles, Op. Cit. 1982.

« Y'en a pour qui la chirurgie fonctionne très bien mais ils vont toujours avoir un besoin de contrôle, soit par les calories soit par le sport, puis est-ce qu'on peut vraiment mener une vie toujours en contrôle? C'est ça ma question » (Anne-Sophie, 40, 9 ans post-op anneau et 4 ans post-op sleeve, public).

Dès lors, bien qu'il ne soit pas évident, voire impossible d'abandonner entièrement les promesses associées à la quête activement poursuivie pendant des années d'un corps plus mince et plus « valide », l'échec bariatrique peut être appréhendé par *certaines* patientes (celles qui réussissent à obtenir un suivi au privé), comme une ouverture sur un rapport moins obsessif, plus apaisé à leur propre poids.

3.2. « L'obésité on veut pas la traiter, on veut s'en débarrasser » : vers une politisation de l'échec bariatrique?

3.2.1. *Une généralisation de la chirurgie faite au détriment d'une prise en charge globale des personnes en obésité*

Si les situations d'échec peuvent ainsi, en contraignant les patientes à leur donner un sens, les amener à entrevoir individuellement la possibilité d'exister autrement dans leur corps, elles les amènent également à contester l'organisation des soins bariatriques au Québec et à formuler des revendications en matière d'accès à des soins appropriés. Les participantes dénoncent ainsi le « double-discours » des pouvoirs publics, qui, tout en reconnaissant que l'obésité constitue une condition multifactorielle, investissent exclusivement dans la chirurgie bariatrique au lieu de prévenir la condition et d'accompagner les personnes concernées : « C'est ironique là, on sait que l'obésité c'est multifactoriel mais on le donne juste au chirurgien. La solution c'est brocher l'estomac t'sais » (Olivier). Cette redéfinition instrumentale de l'obésité à la lumière de la « cure » proposée banalise selon Olivier le caractère choquant et violent de la chirurgie:

« On trouve ça tellement important que les gens perdent du poids qu'on leur arrache une partie de leur corps. Est-ce qu'on va arracher une partie du poumon pour que les gens arrêtent de fumer? C'est pas banal, c'est loin de l'être. On arrache une partie du système digestif...c'est vital, c'est pas l'appendice. C'est super violent puis je trouve qu'on le banalise » (Olivier, 35, 4 ans post-op, public).

Selon lui, l'effet avéré de la chirurgie sur les comorbidités associées à l'obésité, notamment le diabète, ne constitue pas une preuve de l'efficacité de la chirurgie elle-même, mais des comportements alimentaires qu'elle induit, faisant du discours public voulant que la chirurgie constituerait la seule solution véritablement efficace contre le diabète une rhétorique fallacieuse :

« Ça a effectivement un effet sur le diabète, mais c'est parce qu'une fois la chirurgie faite tu peux tellement plus rien manger que c'est sûr que ça vient changer tes habitudes alimentaires [rires], mais y'a d'autres façons de changer des habitudes alimentaires! Y'a plein de gens qui réussissent à contrôler leur diabète et on ne leur demande pas de perdre du poids parce que de toutes façons ils sont peut-être minces. C'est un peu un sophisme je trouve, y'a d'autres façons de changer ça. Si on veut changer les comportements des gens, la chirurgie n'est pas la clé » (Olivier, 35, 4 ans post-op, public).

Il déplore ainsi l'élargissement de la chirurgie à des patientes n'expérimentant pas de maladie ou d'invalidité physique en raison de leurs poids, au détriment de la promotion de politiques de prévention et d'un accompagnement spécialisé pour les personnes en prise à des problèmes de poids:

« Dans certains cas, je pense que la chirurgie est nécessaire. Par exemple lorsque l'exercice physique est limité, que ce soit parce qu'il y a une maladie chronique ou que le poids est tellement rendu handicapant en raison de problèmes d'articulation ou autre. Je pense qu'il y a des gens que la chirurgie est réellement inévitable, incontournable mais que c'est peut-être la minorité des chirurgies qui sont faites. Je ne blâme pas ou je ne condamne pas la chirurgie en principe mais je pense qu'elle se fait beaucoup trop facilement et qu'il y aurait d'autres choses qu'en tant que société, en tant que système de santé, on devrait prévenir et soutenir bien avant d'aller vers la chirurgie. Je pense que j'ai d'autres options avant la chirurgie, ou de refaire une chirurgie » (Olivier, 35, 4 ans post-op, public).

Ainsi, alors que certaines participantes constatent une « espèce de course à faire de plus en plus de chirurgies » (Olivier, 35, 4 ans post-op, public), elles déplorent le fait que cette généralisation de la chirurgie ne soit pas accompagnée d'un suivi adéquat :

« Le taux de reprise de poids augmente et je serais pas surpris que ce soit dû au fait qu'on pousse de plus en plus de gens à passer par la chirurgie au lieu de faire un suivi, de la prévention et de l'éducation. J'ai parlé à beaucoup de gens que je me rends compte qu'ils sont passés par la chirurgie sans avoir aucun suivi, aucun... Ces gens-là auraient gagné une vie beaucoup plus saine si on avait fait un suivi, de l'éducation, plutôt que de passer par la chirurgie avec aucun suivi, avec rien, puis de dire voilà la solution miracle! » (Olivier, 35, 4 ans post-op, public).

3.2.2. *L'absence chronique de suivi psychologique : un facteur explicatif des reprises de poids*

Le manque de suivi et d'accompagnement offert aux patientes après une chirurgie bariatrique, regretté par la plupart des participants interrogés dans cette thèse, joue un rôle significatif dans l'explication des reprises de poids vécues par de nombreuses patientes en situation d'échec. Pour Nadia, cette généralisation de la chirurgie en l'absence d'un suivi adéquat représente un mauvais investissement public aux conséquences dramatiques pour la vie des patientes, qui se retrouvent laissées à elles-mêmes. Ce manque de suivi est comparé par Nadia à la rééducation accordée après une opération du genou ou le suivi reçu à la suite d'une mastectomie. Bien que le sous-financement croissant du système de santé québécois touche l'ensemble des patients et des domaines de soins, causant des retards ou des limitations dans la prise en charge de nombreuses pathologies, les patientes bariatriques peuvent ainsi avoir l'impression d'être les seules à être touchées par ce problème et à se sentir ainsi injustement « abandonnées » par le système de santé:

« Ils pourraient te suivre, même si c'est une fois par année. Ma mère a eu un cancer du sein et une chirurgie et à chaque année elle repasse une mammographie, elle a encore un suivi. Puis si jamais t'as pris le mauvais bord ils cherchent à t'accommoder. Mais pas pour la chirurgie. T'es complètement laissé à toi-même puis la honte s'installe quand t'as repris et on n'a pas envie d'en parler. On pense qu'on est tout seuls » (Nadia, 56, 9 ans post-op anneau et 5 ans post-op bypass, public).

Le fait qu'elles puissent comparer leur situation de santé à celle de personnes atteintes d'une maladie aussi grave qu'un cancer témoigne bien de l'ampleur de la souffrance et du sentiment de détresse qui les habitent. Ce sentiment de vivre une discrimination distinctive au sein du système de santé me semble pouvoir être interprété à la lumière de la stigmatisation vécue par les personnes plus larges dans de nombreuses dimensions de leur existence. Mais celui-ci rejoint également les discours médiatiques sur la chirurgie bariatrique, qui insistent comme on l'a vu sur la discrimination particulière vécue par les candidates à la chirurgie en termes de temps d'attente pour y avoir accès et qui peuvent avoir un effet sur la manière dont les patientes bariatriques se représentent leur situation au sein du système médical. En termes d'accompagnement et de suivi spécialisé, les besoins qui sont le plus souvent exprimés par les participantes concernent des ressources en termes de soutien psychologique, qui leur permettraient de se préparer aux changements à venir, de les aider à naviguer l'ensemble des transformations corporelles, identitaires et relationnelles vécues :

« Si tu peux pas me donner un suivi par la suite alors que je vais en avoir besoin, ça sera peut-être préférable que j'ai pas la chirurgie... On dit que les gens vont souvent faire des dépressions... et t'sais oui des fois t'as des pensées suicidaires, des choses comme ça, puis souvent les gens qui vont *perdre* du poids aussi vont avoir ces pensées-là. Parce qu'à un moment donné tu comprends plus ton corps. Y'a des bouts où tu comprends plus ton corps... c'est pas facile là » (Nadia, 56, 9 ans post-op anneau et 5 ans post-op bypass, public).

« Lancez la question est-ce que vous croyez qu'il y a assez de suivi psychologique? Je vous garantis qu'à 95% des gens vont vous dire que non. Ce qui revient le plus, c'est l'aspect psychologique, les gens se sentent seuls, ne se sentent pas guidés. Oui, ils savent à quoi ça consiste la chirurgie, mais l'avant, le pendant puis l'après là, oubliez-ça » (Sébastien, 57, 3 ans post-op, public).

Face à ce manque d'accompagnement et l'isolement social auxquels se sentent réduites les participantes en prise à des complications graves ou une reprise de poids, les patientes sont nombreuses à dénoncer la logique techniciste, froide et expéditive de la médecine bariatrique au détriment d'une attitude plus hospitalière de compréhension, de soin et d'accompagnement :

« Quand j'allais voir le chirurgien c'était expéditif. Lui il rentrait les chiffres dans son ordinateur, il regardait la courbe et c'était à peu près ça. Je trouve qu'il y a un manque de suivi, de compréhension de ce qu'il peut se passer dans nos têtes après avoir perdu du poids comme ça. Et après ça être incapables de le reperdre, ça nous démolit complètement. On dit souvent que l'obésité c'est une maladie, mais on veut pas la traiter, on veut s'en débarrasser » (Nadia, 56, 9 ans post-op anneau et 5 ans post-op bypass, public).

En concluant sur son sentiment que l'obésité constitue une « maladie » que l'on cherche collectivement à éradiquer, plutôt qu'à soigner en prenant soin des personnes concernées, Nadia fait à mon sens apparaître le caractère contradictoire de l'idéologie « curative » soutenant le développement d'une médecine bariatrique. Tant les personnes en forte obésité que les cliniciens qui cherchent à les « guérir » sont en effet confrontés à la nature agissante mais fuyante, nécessaire mais invalidante, d'une technologie biomédicale tentant de « réparer » non seulement une condition médicale chronique et

multifactorielle, mais également une expérience sociale, relationnelle et affective de la différence corporelle.

Ce chapitre consacré à l'échec de la chirurgie bariatrique met en lumière la multiplicité et le caractère contradictoire de certains discours, ainsi que des divergences entre les priorités des cliniciens et celles des patientes. Alors que les professionnels de la bariatrie tendent généralement à attribuer l'état préopératoire d'obésité à l'inefficacité des traitements non chirurgicaux, la reprise de poids *après* la chirurgie est attribuée au non-respect par les patientes des régimes alimentaires et plans d'exercice recommandés. Ce non-respect est parfois décrit comme le résultat d'une incapacité inhérente à adhérer au traitement, en raison d'une émotivité exacerbée et d'une faible estime de soi menant à un manque de persévérance. Ainsi, que l'explication soit comportementale ou psychiatrique (lorsque l'obésité est décrite comme une « maladie mentale »), c'est la patiente qui échoue à la chirurgie, et non la chirurgie qui fait défaut à la patiente. Ironiquement donc, tandis que le milieu bariatrique milite dans l'espace public pour « déculpabiliser les patients »⁵⁵⁹ en insistant sur la complexité des facteurs impliqués, notamment génétiques, les situations cliniques où la chirurgie ne donne pas de résultats durables favorisent quant à elles des explications individualisantes (comportementales ou psychologiques) de l'échec qui blâment indirectement le patient pour son manque d'autocontrôle⁵⁶⁰. Fait évocateur, le milieu bariatrique se tourne d'ailleurs présentement vers la recherche neuroscientifique sur l'addiction dans l'idée de développer des outils de dépistage permettant d'exclure des protocoles cliniques les patientes qui auraient une « compulsion alimentaire » (ou hyperphagie) et de réduire ainsi le taux d'échec et de révisions chirurgicales⁵⁶¹. On voit donc encore ici comment certaines associations faisant de l'obésité le résultat d'un rapport incontrôlé et « trop » émotif à la nourriture peuvent être mobilisées afin de déplacer la responsabilité de l'échec biomédical vers les patientes.

Tout en exonérant l'acte chirurgical vis-à-vis de l'échec bariatrique, les cliniciens admettent toutefois que la plupart des centres bariatriques québécois ne disposent pas des ressources permettant d'assurer un suivi suffisant aux personnes opérées. Le risque de reprise de poids étant une possibilité anticipée par les cliniciens depuis le départ, la responsabilité attribuée à la patiente pour sa reprise de poids est donc modérée par la reconnaissance d'un accès très inégal des patientes au suivi supposé les encadrer et les outiller dans la prise en charge durable de leur maladie chronique. Alors que les

⁵⁵⁹ Lacoursière, Ariane, Op. cit. 2020.

⁵⁶⁰ Boero, Natalie, Op. Cit., 2012; Salant, Talya et Heena Santry, Op. Cit., 2006.

⁵⁶¹ À titre d'exemple, voir: Ouellette, Anne-Sophie, et al., « An examination of the mechanisms and personality traits underlying food addiction among individuals with severe obesity awaiting bariatric surgery », *Eating and Weight disorders – Studies on anorexia, Bulimia and Obesity*, vol. 22, 2017, p. 633-640.

cliniciens perçoivent la reprise de poids comme une éventualité prévisible, endémique au recours à la chirurgie bariatrique, celle-ci est décrite par les patientes comme une expérience inattendue à laquelle elles n'étaient pas préparées et induisant de forts sentiments de désespoir et de découragement. Pour ces participantes, subir une chirurgie bariatrique n'était en effet pas seulement un acte médicalement nécessaire, mais aussi un acte de responsabilité morale, une façon de reprendre leur vie en main. Parce qu'elles s'attendaient à ce que la chirurgie leur apporte un contrôle à long terme sur leurs habitudes alimentaires et qu'elle mette une fin à leur lutte contre le poids, la reprise de poids est vécue comme quelque chose de tragique, comme une catastrophe personnelle compromettant de manière définitive ce qu'elles s'étaient imaginées pouvoir un jour devenir. Les participantes font ainsi part de leur impression d'avoir gâché leur chance, de la culpabilité ressentie à l'idée d'avoir coûté cher à l'État et à leurs concitoyens pour rien et de leur gêne à l'idée de recontacter leur équipe clinique. Ces perceptions, qui les mènent à s'isoler socialement, traduisent une internalisation des préjugés sociaux sur le poids et les personnes obèses se manifestant sous la forme d'un puissant sentiment de honte. Cependant, même si elles perçoivent la reprise de poids comme un échec personnel, elles identifient plusieurs circonstances internes et externes pour expliquer cette prise de poids, tels que des problèmes de santé physique causés ou aggravés par la chirurgie et limitant la capacité à maintenir un mode de vie actif, une révision chirurgicale « forçant » une reprise de poids, une diminution du sentiment de satiété au fil du temps ou des problèmes de santé mentale. Parmi ces divers facteurs, la présence de troubles alimentaires non-diagnostiqués constitue sans doute l'explication la plus fréquemment évoquée par ces participantes. Sans adopter l'idée de dépendance alimentaire dans un sens strictement neurologique ou psychiatrique, elles sont nombreuses à déclarer que la chirurgie bariatrique ne les aurait pas libérées de leurs comportements alimentaires compulsifs, rétrospectivement identifiés comme la cause de leur prise de poids initiale. Si la prépondérance de cette explication rend compte de la tendance de ces patientes à recourir à des explications psychologisantes, elle s'accompagne parfois d'une dénonciation plus politisée de la stigmatisation vécue par les personnes en obésité. Les patientes avancent ainsi que les préjugés sociétaux sur le poids et les situations de discrimination vécues, à l'origine de la honte vécue, ont pu contribuer à une image de soi négative et à des stratégies d'adaptation « dysfonctionnelles », telles que le grignotage, une limitation de la prise alimentaire ou des compulsions. Cela les amène à dénoncer le manque de soins en santé mentale offert non seulement aux patientes bariatriques, mais plus largement à l'ensemble des personnes en obésité. Face à l'échec perçu d'un traitement qu'elles considèrent désormais comme une solution superficielle à un problème complexe aux origines profondément ancrées dans le social et l'affectif, les participantes, confrontées

à une reprise de poids, reviennent sur leur perception initiale de leur condition. Ainsi, bien qu'en début de parcours bariatrique, les patientes aient tendance à se distancier de leur « obésité » et à la considérer comme temporaire à la lumière des promesses de transformations corporelle et identitaire qu'elles associent à la chirurgie bariatrique, elles finissent par s'identifier profondément à celle-ci en cas d'échec du traitement. Paradoxalement, cette identification ne les mène pourtant pas à demander plus de traitements curatifs, mais davantage de soin et d'accompagnement dans la durée. En évoquant l'impact de la stigmatisation du poids sur la santé des personnes en obésité et en plaidant pour une approche de soin plus globale, ces patientes confrontées à l'échec de la chirurgie en viennent alors à rejoindre certaines des revendications portées par le militantisme contre la grossophobie. Contraintes de se distancier des récits optimistes de succès thérapeutique portés par les médias et la communauté bariatrique, elles sont en effet amenées à considérer des alternatives dépassant le cadre strictement biomédical/thérapeutique, notamment un accès à des services psychologiques et nutritionnels adaptés et la diffusion de programmes de promotion d'une image corporelle positive.

Chapitre 10

Les paradoxes de l'espoir en chirurgie bariatrique: d'un objectif de normalisation à la mise en pratique d'une nouvelle normalité

Intégrée dans les programmes de remboursement des systèmes de santé de nombreux pays industrialisés depuis la fin des années 2000, la popularité croissante de la chirurgie s'explique par les efforts continus déployés par la profession bariatrique pour la légitimer publiquement comme une option viable et rentable pour faire face à l'épidémie d'obésité. Sa popularité croissante est également attribuable à sa couverture médiatique très favorable dans les médias grand public. Au fil des années, plusieurs émissions de télé-réalité ont présenté des histoires de réussite de personnes ayant subi une chirurgie bariatrique. Mettant en avant les avantages de cette intervention pour perdre du poids et améliorer la santé, celles-ci ont ainsi contribué à accroître la visibilité de la chirurgie bariatrique. Dans la presse écrite, de nombreux articles vantent aussi régulièrement les résultats positifs de la chirurgie bariatrique, soulignant son efficacité dans la perte de poids et la transformation de la vie des personnes concernées. Ces développements récents ont nourri l'espoir de personnes confrontées à d'importants problèmes de santé, de mobilité ou d'exclusion liés à leur poids d'obtenir un traitement leur permettant d'échapper à la souffrance sociale générée par ces expériences, accentuée par une forte responsabilisation morale des personnes obèses face à leur condition. La partie empirique de cette thèse, basée sur des entrevues avec des patientes et des cliniciens bariatriques, s'est attachée à définir les contours normatifs, identitaires et relationnels de cette nouvelle économie de l'espoir et à en explorer les contradictions. Tandis que les promesses entourant la chirurgie bariatrique semblent à priori aligner les praticiens de la santé et les patientes sur une même conception normative de la santé et de la validité, cette analyse contextuelle a permis de mettre au jour leurs priorités distinctes, qui renvoient à différentes définitions de ce qu'est une « bonne » gestion de la maladie, de la santé et de la qualité de vie. Alors que l'ensemble de mes répondantes semblent initialement partager un espoir commun de normaliser le corps et la santé grâce à la chirurgie bariatrique pour améliorer la « qualité de vie » des patientes, cette normalisation revêt en effet plusieurs significations normatives qui coexistent en contexte clinique dans des dynamiques fluctuantes de collaboration, de tension ou de conflit. Alors qu'en début de parcours, les patientes voient la chirurgie comme une forme de libération vis-à-vis de leur combat contre le poids, elles sont engagées dans un processus qui les place au centre de leur propre prise en charge médicale à partir du moment où elles intègrent l'institution clinique. Ce

processus les encourage à devenir des actrices *actives* dans l'amélioration de leur propre santé en se conformant aux conseils des professionnels de la santé et en réorganisant leur quotidien pour mettre en place un système de soutien favorisant une transformation durable de leurs habitudes de vie. L'application des recommandations des cliniciens à domicile, en dehors d'un espace biomédical bien délimité, prend alors la forme d'un projet social plus large qui entraîne des reconfigurations complexes, créatives et parfois tragiques de la vie personnelle et familiale des patientes. Au lieu de « libérer » la patiente de son obésité en lui redonnant une autonomie et une capacité d'action sur son poids, la chirurgie bariatrique constitue plutôt une « occasion forcée » d'entrer autrement en relation avec son corps et son environnement, en contraignant la patiente à s'ajuster progressivement à des sensations corporelles et préférences alimentaires inattendues et à consolider les liens biosociaux permettant de soutenir cet ajustement dans la durée. L'expérience de la chirurgie bariatrique apparaît donc comme celle d'un traitement qui, en créant une nouvelle condition chronique, est en elle-même génératrice de nouvelles incertitudes et difficultés. À partir d'une exploration des enjeux et défis pratiques caractérisant l'expérience de la chirurgie, l'analyse développée dans ce dernier chapitre révèle ainsi le caractère paradoxal de l'économie de l'espoir entourant cette intervention, soulignant par le fait même les contradictions propres à la biocitoyenneté et les limites de la biomédicalisation de la lutte contre l'obésité.

I. Promesses métaboliques, incertitudes thérapeutiques et divergences autour du « succès » de l'intervention

Les entrevues réalisées avec les cliniciens ont tout d'abord permis de mettre au jour un certain nombre de contradictions qui reflètent la complexité des pratiques soignantes en contexte bariatrique. Les cliniciens expliquent, comme on l'a vu, les bénéfices thérapeutiques propres à la chirurgie bariatrique en mobilisant une définition métabolique de l'obésité. Le gain de poids excessif ne peut être attribué à un simple déséquilibre entre les calories consommées et les calories dépensées : il est plutôt le résultat d'une dérégulation des mécanismes neuro-hormonaux responsables de la régulation du poids. Dans cette perspective, l'accent est mis sur les processus complexes qui régulent l'appétit, le métabolisme et le stockage des graisses dans le corps, offrant un rôle central aux hormones secrétées par les cellules adipeuses et aux neurotransmetteurs impliqués dans la régulation de la faim et de la satiété. Suggérant que les individus sont prédisposés à l'obésité en raison de dysfonctionnements dans ces mécanismes pouvant résulter de facteurs génétiques, environnementaux ou d'une combinaison des deux, l'hypothèse d'une dérégulation neuro-hormonale vient invalider l'idée que l'obésité serait le

résultat d'une surconsommation alimentaire ou d'une activité physique insuffisante. Conséquemment, les cliniciens interrogés affirment que le patient est physiologiquement incapable de modifier par lui-même son poids en contrôlant le nombre de calories consommées et dépensées, et qu'il nécessite un traitement agissant « depuis l'intérieur » du corps. Cette définition métabolique ouvre ainsi la voie à différents traitements biomédicaux de l'obésité, parmi lesquels la chirurgie occupe une place de choix. Bien que les cliniciens interrogés expriment leur espoir que la recherche sur les voies métaboliques puisse permettre de produire un jour des molécules pharmaceutiques ciblant directement les « mécanismes complexes » de l'obésité afin d'éviter les dommages collatéraux d'une intervention chirurgicale, celle-ci est présentée comme le *seul* traitement actuellement efficace pour les grandes obésités. En dépit de l'espérance commune de rendre la chirurgie bariatrique désuète grâce à l'arrivée de futurs médicaments révolutionnaires, les cliniciens défendent ainsi celle-ci comme l'unique solution existante pour « normaliser » le métabolisme des sujets en obésité sévère et les libérer ainsi de traitements médicaux parfois très lourds (ex : insulinothérapie). Souhaitant mettre à distance la vision mécaniste de la chirurgie voulant que celle-ci empêche simplement les patientes de trop manger, ils expliquent ainsi que celle-ci « fonctionne » à l'échelle métabolique, en agissant au niveau de la zone de régulation hormonale entre le corps, la nourriture et l'environnement. Dans le discours des cliniciens, l'affirmation que la chirurgie bariatrique ne serait pas un simple traitement de la silhouette, mais bien un traitement de l'ensemble du « profil métabolique » du patient s'appuie sur la recherche scientifique démontrant ses effets bénéfiques sur l'amélioration du diabète de type 2. Les cliniciens mobilisent ces recherches pour présenter la chirurgie bariatrique comme un investissement judicieux pour les systèmes de santé, permettant d'améliorer la valeur QALY (valeur d'une année de vie ajustée par la qualité)⁵⁶² et de réduire à long terme les coûts liés au traitement des comorbidités de l'obésité à une échelle populationnelle. Ces promesses d'une normalisation clinique des métabolismes les plus dérégulés placent dès lors la chirurgie à l'avant-garde d'une biomédicalisation des politiques de lutte contre l'épidémie d'obésité qui sera parachevée par le développement de médicaments ciblés moins invasifs⁵⁶³.

⁵⁶² La valeur QALY (*quality-adjusted life-years*) est une mesure utilisée dans les évaluations économiques pour quantifier l'impact d'une intervention médicale sur la qualité de vie d'une personne. Un QALY équivaut à une année de vie vécue dans une certaine condition de santé, ajustée selon la qualité de vie perçue pendant cette période. Cette mesure est souvent utilisée dans les décisions de remboursement des traitements médicaux, où les autorités sanitaires cherchent à prendre les meilleures décisions d'allocation dans un contexte de ressources limitées.

⁵⁶³ Ortiz, Selena, Ichiro Kawachi et Angie M. Boyce, "The medicalization of obesity, bariatric surgery, and population health", *Health*, 2017, vol. 21, n°5, p. 498-518.

Ces déclarations confiantes et enthousiastes, faites par les cliniciens quand ils expliquent les effets bénéfiques de la chirurgie bariatrique sur le fonctionnement biologique et sa supériorité thérapeutique par rapport à d'autres traitements, s'accompagnent toutefois de promesses plus modérées et plus prudentes concernant l'aspect réellement « curatif » de la chirurgie, rendant compte des incertitudes qui caractérisent le travail quotidien des cliniciens.

En effet, bien que le milieu bariatrique puisse initialement bénéficier de la production de promesses (qui permet notamment d'attirer du financement en sensibilisant le public), ces promesses peuvent toutefois venir poser certains défis en contexte clinique. Des attentes irréalistes compliquent en effet l'obtention par l'équipe médicale du consentement éclairé du patient, et risquent, si les résultats cliniques ne correspondent pas aux attentes des patientes de façon régulière, de compromettre à terme la réputation des cliniciens et de l'intervention elle-même⁵⁶⁴. Comme on l'a vu, ce décalage oblige donc les chirurgiens à s'engager dans un travail clinique de « recalibrage » des attentes de leurs patientes vis-à-vis du traitement impliquant de co-construire avec elles des anticipations du futur moins optimistes. Selon la définition qu'en donnent John Gardner, Gabrielle Samuel et Clare Williams, ce travail de recalibrage implique d'aligner les patientes à un « régime de vérité », c'est-à-dire de les amener à adopter des visions du futur prudentes, modestes, personnalisées et incertaines⁵⁶⁵. Cette prudence se matérialise concrètement dans l'engagement des cliniciens à améliorer la « qualité de vie » des patientes, plutôt qu'à les « guérir »⁵⁶⁶, et dans leur volonté de démystifier la croyance, dite répandue parmi les patientes, que la chirurgie serait une « solution miracle ». Face à un taux significatif de reprises de poids nécessitant des chirurgies de révision, les cliniciens doivent en effet considérer leurs patientes comme des *patientes chroniques* nécessitant des formes de régulation inscrites dans la durée. Loin de considérer la chirurgie comme un mécanisme de contrôle intégré, ils reconnaissent ainsi de façon quasiment consensuelle la nécessité d'aider les patientes à s'engager dans de meilleures formes de prise en charge de soi⁵⁶⁷. C'est pourquoi la nature de l'intervention s'étend bien au-delà du corps et du regard « anatomo-clinique » du chirurgien pour intégrer un travail sur les subjectivités visant à réorganiser en profondeur et durablement la relation affective et relationnelle des patientes au corps et à l'alimentation, c'est-à-dire à transformer le rapport du sujet à lui-même et à son environnement. Comme le soutient l'anthropologue Else Vogel : « Dans l'agencement complexe de la clinique, le soi-

⁵⁶⁴ Gardner, John, Gabrielle Samuel et Clare Williams, Op. cit. 2015.

⁵⁶⁵ Ibid., p. 1004.

⁵⁶⁶ Ils parlent également de « rémission » ou d'« amélioration » du diabète de type 2.

⁵⁶⁷ Dans mon échantillon de cliniciens interrogés, un seul chirurgien (au privé) ne percevait pas cela comme un besoin.

acteur n'est pas seulement impliqué dans un projet d'alimentation saine : ses désirs, ses émotions et ses appréciations sont au cœur même de l'intervention thérapeutique »⁵⁶⁸. C'est pourquoi, bien que les cliniciens croient que la chirurgie fonctionne « depuis l'intérieur » du corps (ils insistent d'ailleurs sur ses effets métaboliques extrêmement rapides⁵⁶⁹), ils doivent aussi développer une expertise biographique leur permettant d'accompagner la patiente dans sa propre transformation subjective. Visant à améliorer la « qualité de vie » de leurs patientes, le travail des cliniciens bariatriques repose ainsi sur une prise en compte de la vie biologique et de la vie personnelle et sociale des malades en tant qu'objets de connaissance séparés, mais intimement interreliés⁵⁷⁰.

Or, la façon dont les cliniciens articulent cette double considération dans leur travail peut générer des tensions dans la relation thérapeutique. Leurs priorités cliniques ne correspondent en effet pas toujours entièrement à celles des patientes. S'ils prennent en compte la subjectivité de ces dernières dans le but de favoriser la réussite de l'opération, les chirurgiens évaluent généralement ce « succès » en fonction de la réduction du poids et des comorbidités liées à l'obésité, en se basant sur des mesures quantitatives, des marqueurs biologiques et des données probantes (ex : baisse de l'IMC, normalisation des taux de glucose sanguin, diminution des niveaux de cholestérol, réduction de la pression artérielle, etc.). Les patientes ont quant à elles une définition qualitative du succès ou de l'échec, basée sur leurs expériences de vie et sur des attentes plus larges qui englobent des dimensions psychologiques, émotionnelles et relationnelles (ex : amélioration de leur bien-être émotionnel, de leur estime de soi et de leur image corporelle, de leur confort, de leur mobilité et de leur niveau d'énergie, de leur capacité à s'engager dans des activités physiques ou sociales, de leur relation avec la nourriture, etc.). Ainsi, bien qu'ils partagent à priori le même objectif d'une amélioration de la « qualité de vie », le contenu même de cette amélioration et la façon de la mesurer prennent des formes distinctes pour les cliniciens et les patientes. Cela peut générer des frustrations, comme en atteste l'appréhension des praticiens envers certaines catégories de patientes : celles affichant une impatience manifeste, un optimisme excessif ou une propension à la bavardise, qui partagent sans réserve les détails de leur vie et de leur dossier médical dans la salle d'attente ; celles convaincues que l'intervention chirurgicale engendrera une relation plus positive avec la nourriture ; celles qui aspirent à se sentir « mieux dans leur peau » ou à améliorer leur aspect esthétique ; ou encore celles qui semblent influencées par leur entourage. Ces

⁵⁶⁸ Vogel, Else, « Operating (on) the self: transforming agency through obesity surgery and treatment », *Sociology of health and illness*, 2018, vol. 40, n°3, p. 509.

⁵⁶⁹ Disant pouvoir mesurer une rémission du diabète dans les 48h suivant la chirurgie.

⁵⁷⁰ À ce sujet, voir Walhberg, Ayo, « The vitality of disease » dans Maurizio Meloni et al. (dir.), *The Palgrave Handbook of Biology and Society*, 2018, p. 627-748.

frustrations se manifestent également dans les critiques formulées par les patientes à l'égard des cliniciens, auxquels ils peuvent reprocher de réduire la réussite de l'intervention à la perte de poids; de ne porter attention qu'à la « courbe et aux chiffres » sans chercher à comprendre l'aspect vécu de leur obésité et des problèmes qui l'accompagnent; ou et de ne pas s'intéresser à leurs expériences vécues des effets débilissants propres à la chirurgie. Ces contradictions autour de la définition et de l'évaluation du succès biomédical rendent ainsi compte du caractère contesté de la santé et de la mise en tension, en contexte clinique, entre des « ontologies médicales »⁵⁷¹ multiples ou versions de la réalité de l'obésité. Mais plutôt que de se cristalliser sous la forme de conflits ouverts et manifestes en situation clinique, ces définitions plurielles du « succès » tendent habituellement à coexister et à s'entrecroiser dans des dynamiques fluctuantes de collaboration et de tension. Ainsi, comme on va le voir, les patientes sont amenées à ajuster leurs attentes vis-à-vis de la chirurgie à mesure qu'elles cheminent dans leur trajectoire de traitement.

II. Une expérience de l'obésité transformée à la lumière de l'anticipation biomédicale: d'un espoir d'amaigrissement à la biocitoyenneté

Bien que les chercheurs et les cliniciens interrogés ne considèrent toujours pas l'obésité comme une condition « curable » mais plutôt comme une maladie chronique, la popularisation croissante de la chirurgie bariatrique et sa couverture médiatique positive placent néanmoins les personnes souffrant d'obésité sévère dans une temporalité de l'anticipation biomédicale⁵⁷². Elle incarne la promesse de se libérer de l'auto-contrôle et de la surveillance continue du poids et de l'alimentation caractérisant leur vie quotidienne, cela parfois depuis l'enfance. La chirurgie représente pour les patientes la possibilité de dépasser leur obésité et de se débarrasser des problèmes de santé, des limitations physiques et environnementales et de la souffrance sociale qui l'accompagnent. Elle incarne la promesse de reprendre le contrôle sur leur corps, leur santé physique et mentale et leur identité sociale. Vouloir se soumettre à une telle opération, revendiquée par les patientes comme un acte drastique exigeant de l'audace et des sacrifices (voire comme une « automutilation »), permet également de rompre avec les préjugés négatifs entourant les personnes en situation d'obésité, perçues comme excessivement gloutonnes, paresseuses et dépourvues de détermination, ainsi que la chirurgie, elle-même parfois encore perçue comme la « solution facile ». Cette observation souligne bien la dimension

⁵⁷¹ Mol, Annemarie, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham: Duke University Press, 2002.

⁵⁷² Adams, Vincanne, Michelle Murphy et Adele Clarke, Op. cit., 2009.

profondément relationnelle et sociale de l'espoir qui habite les personnes en situation d'obésité. En effet, l'espoir de résoudre ses problèmes de poids par une opération n'est pas seulement la résultante d'incitatifs provenant du système de santé et des professionnels qui prennent soin des patientes, mais également des représentations culturelles socialement partagées de l'obésité et des personnes en surpoids. Ces représentations sont diffusées par les médias et souvent véhiculées par les personnes les plus proches des patientes : leurs parents, leurs sœurs, leurs enfants, leurs partenaires, leurs amis, leurs collègues et leurs supérieurs. On observe donc une apparente harmonisation des attentes et des espoirs individuels faisant en sorte que tout l'entourage des patientes souhaite qu'elles perdent du poids et vivent une vie « saine » et « bonne ». La chirurgie permet ainsi aux patientes de répondre aux injonctions de leur entourage à mincir pour pouvoir être enfin considérées comme des adultes en contrôle de leur vie, comme des personnes actives, des mères responsables, des partenaires désirables, des collègues et employées respectables. Catalysant ces espoirs de respectabilité, de désirabilité et d'approbation sociale, la chirurgie génère une économie de l'espoir qui transforme ainsi l'expérience que les personnes en obésité font de leur condition tout autant médicale que sociale. Si les patientes affirment avoir « tout essayé » (régimes, exercices, traitements, etc.) pour perdre du poids avant d'envisager la chirurgie bariatrique, la prise de décision de se faire opérer est vécue comme un point de non-retour, une étape ultime et décisive dans leur quête de perte de poids. Parce qu'elle vient renouveler leur espoir éteint d'être en mesure d'atteindre leurs objectifs de poids et de santé, cette décision radicale s'accompagne généralement de la volonté d'avoir accès au traitement le plus rapidement possible. En transformant le rapport à la temporalité et au quotidien des patientes, cette décision vient souligner le caractère paradoxal de l'espoir biomédical⁵⁷³. À la fois ouverture sur des potentialités positives et rappel de la souffrance vécue au quotidien, la décision de se faire opérer rend l'expérience du présent difficilement tolérable pour les patientes. Certaines expériences courantes (ex : magasiner dans des boutiques tailles plus, demander une rallonge dans l'avion, être ralenti par son poids, prendre de l'insuline à tous les jours, etc.) deviennent insoutenables à la lumière de la « libération » à venir. Habitées par un sentiment d'urgence, les patientes inscrites sur les listes d'attente du public expliquent ainsi trouver le caractère indéterminé du temps d'attente insoutenable, d'autant plus qu'elles doivent pendant ce temps se confronter aux doutes et inquiétudes de leurs proches vis-à-vis de leur décision de se faire opérer. Cherchant à accélérer le processus, plusieurs patientes s'inscrivent sur les listes d'attente de plusieurs équipes bariatriques au public ou se tournent vers des

⁵⁷³ À ce sujet, voir aussi: Mattingly, Cheryl, *The Paradox of Hope: Journeys Through a clinical Borderland*, Berkeley: University of California Press, 2010.

cliniques privées au Québec ou à l'étranger, parfois en empruntant de l'argent ou en utilisant une partie de leur héritage. Ces stratégies, qui s'élaborent en marge des recommandations des autorités sanitaires et des professionnels en s'appuyant sur les groupes de patientes bariatriques en ligne, constituent des expressions paradigmatiques de la biocitoyenneté. Critiquées par les praticiens de la santé comme étant désespérées, téméraires ou trop émotives, elles sont justifiées par les patientes par un discours individualisant et volontariste de la prise en charge de soi et de sa santé déclarée nécessaire dans le contexte d'un système public de santé défectueux. Reposant sur un dualisme entre un corps défaillant perçu comme une source de souffrance et une volonté inébranlable capable de surmonter la peur liée à l'intervention et à ses complications potentielles, ce discours valorise la prise de risques et l'autonomie dans la recherche d'informations médicales pour faire triompher le désir du sujet de reprendre le contrôle de son poids. Bien que la plupart des patientes décident, par choix ou nécessité, de patienter sur les listes d'attente québécoises, il reste que le sentiment d'urgence qui les habite entre en contradiction avec les attentes des cliniciens, et plus largement avec les pratiques de santé qui sont attendues d'elles à partir du moment où elles intègrent réellement leur parcours chirurgical. Tandis que l'impatience des candidates encourage la formation de biosocialités orientées vers l'obtention rapide du traitement, l'accès à la chirurgie implique par la suite d'adopter des pratiques corporelles inscrites dans une temporalité de la quotidienneté et de la répétition incompatible avec celle de l'urgence et de l'accélération.

III. *Devenir* une patiente active : de la biocitoyenneté à la consolidation de nouveaux attachements

Mobilisant tout un discours de la prise en charge de soi, de l'effort et du sacrifice, les candidates à la chirurgie bariatrique sont initialement habitées par l'espoir d'être enfin en mesure, grâce à la chirurgie, de soumettre leur corps à leur volonté en regagnant un contrôle sur leur poids. Elles rejoignent en ce sens les promesses de transformabilité, de progrès et de mieux-être entourant l'usage de technologies médicales dans la culture populaire. La situation se complexifie cependant une fois l'opération réalisée. Si les patientes tendent effectivement à percevoir la perte de poids induite par la chirurgie comme une renaissance identitaire vécue avec soulagement et fierté, la formulation de ce discours encapacitant repose concrètement sur des pratiques de « soin de soi » s'appuyant sur de nouvelles configurations relationnelles. Une fois opérées et sorties des murs de l'hôpital ou « relâchées dans la nature » pour reprendre l'expression des chirurgiens interrogés, les patientes seront en effet confrontées au défi de devoir modifier et ajuster leurs comportements quotidiens pour maintenir leur

poids et vivre au mieux avec leur condition de personne opérée. C'est pourquoi les chirurgiens entreprennent en amont un travail de modération des attentes subjectives de leurs patientes visant à les responsabiliser dans la prise en charge de leur chirurgie. Les cliniciens cherchent à conjuguer le succès de l'opération au conditionnel pour modérer l'optimisme des patientes et leur faire intégrer une nouvelle norme temporelle favorisant une modification durable de leurs anciens modes de perception de l'alimentation et du corps. Ainsi, malgré leur espoir initial d'obtenir un mécanisme interne de contrôle sur leur alimentation, ce sont en réalité les patientes qui doivent elles-mêmes réarranger progressivement les « attachements » (perceptions, sensations, goûts, appréciations, etc.) qui structurent leurs pratiques quotidiennes (en termes d'alimentation et d'activité sportive notamment) afin de s'adapter aux transformations physiologiques induites par la chirurgie et de les accompagner. Le maintien durable des effets bénéfiques de l'opération découle en effet de la capacité de la patiente à être à l'écoute des contraintes physiologiques qui s'imposent à elle et à avancer à tâtons pour consolider les nouveaux repères sensoriels et relationnels permettant de soutenir des pratiques corporelles adaptées. Les patientes doivent ainsi revoir toutes les quantités et la fréquence des prises alimentaires en fonction de la capacité restreinte de leur « bébé estomac », éviter certains aliments auparavant bien digérés en raison de l'apparition de nouvelles intolérances alimentaires, gérer les troubles fonctionnels amenés par l'opération (nausées, dumping, diarrhée, etc.) et trouver le bon dosage de médicaments (anti-douleurs, vitamines, minéraux, etc.) pour éviter des douleurs d'estomac ou la fatigue occasionnée par ces contraintes alimentaires. Il s'agit également de consolider pour soi-même les supports collectifs permettant de soutenir ces pratiques d'adaptation. Ainsi, il n'est pas rare que les patientes réorganisent leur espace de cuisine afin d'encourager le maintien dans la durée de leurs nouvelles habitudes alimentaires (se défaire des gros plats, mettre les plus petites assiettes à portée de main, exclure des placards la présence d'aliments trop tentants comme le chocolat ou les croustilles, etc.), cessent de fréquenter les restaurants et d'aller souper chez des amis, que les mères de famille commencent à cuisiner des repas distincts pour elles ou au contraire entreprennent de « rééduquer » leur entourage à consommer de plus petites portions.

Ces pratiques élargies d'autosoin, à travers lesquelles les sens, perceptions et relations des patientes bariatriques se voient progressivement transformés, correspondent bien, comme le suggère l'anthropologue Else Vogel⁵⁷⁴, aux expériences d'« attachement » décrites par le sociologue Antoine Hennion. Dans le cadre de ce qu'il appelle une « sociologie de l'attachement », il propose d'analyser

⁵⁷⁴ Vogel, Else, Op. cit. 2018.

comment les attachements (les plaisirs, les sensibilités, les préférences, le soin que l'on porte aux choses) se construisent à travers l'expérience formatrice des choses⁵⁷⁵. Son analyse du processus par lequel les amateurs d'expériences (de musique, de sport ou de drogue par exemple) s'attachent aux objets de leur plaisir remet en question la dichotomie libération/soumission ou agentivité/passivité centrale dans la conception libérale du sujet. Selon lui, la trajectoire d'attachement (ou de détachement) des individus et la transformation de soi qu'elle implique n'est pas une série de choix maîtrisés, mais plutôt une soumission volontaire à des forces ou contraintes externes avec lesquelles il s'agit de s'aligner et de s'ajuster, transformant progressivement les corps et les personnes. Cela rejoint bien la façon dont les patientes bariatriques décrivent les difficultés associées au fait de devoir adapter leur vie quotidienne et leur vie sociale aux besoins d'un corps perçu comme différent, comme n'étant plus tout à fait le même. Comme le souligne Vogel, ce même processus d'explorations et de tâtonnements caractérise la trajectoire de transformation corporelle et identitaire des patientes bariatriques, contraintes d'appivoiser de nouvelles sensations corporelles (une satiété soudaine ou des nausées, une aversion pour des aliments autrefois appréciés, le retour progressif de la faim, les effets de la malnutrition, etc.) pour s'y ajuster:

« Les patientes font agir sur elles des éléments qui, à leur tour, les incitent à agir de certaines manières, et les transforment dans le processus [...] Un changement en entraîne un autre, et, ce cheminement, les patients ne se contentent pas d'agir différemment, ils en viennent à *être* différents (dans leurs sentiments, inclinations et appréciations) »⁵⁷⁶.

Il est intéressant d'appliquer ce cadrage à l'expérience des patientes bariatriques, car il nous permet de saisir l'ampleur du conditionnement laborieux nécessaire pour que les effets puissants de la chirurgie sur le métabolisme soient efficaces sur le long terme. Plutôt que de se limiter à un choix « libre » d'adhérer ou non au traitement défini par les cliniciens, les patientes doivent faire preuve de souplesse et d'ingéniosité pour s'adapter à de nouvelles exigences physiologiques et maintenir l'équilibre fragile de leur corps. À travers un processus expérimental et itératif (faisant par exemple dire aux patientes que « la première année c'est beaucoup d'essais et erreurs »), elles doivent aligner leurs routines quotidiennes et leur vie sociale aux besoins d'un corps biologiquement transformé. La capacité à agir pour sa santé n'apparaît donc pas comme une donnée naturelle, mais comme une possibilité qui doit être élaborée méticuleusement par la configuration de nouveaux attachements. Correspondant à un

⁵⁷⁵ Hennion, Antoine, « Une sociologie des attachements. D'une sociologie de la culture à une pragmatique de l'amateur », *Sociétés*, 2004, vol. 3, n°85, p. 9-24.

⁵⁷⁶ Vogel, Else, Op. cit. 2018, p. 519. Trad. libre.

processus continu de négociation des identités, des vies quotidiennes et des visions du futur au fil du temps et de la vie, elle n'est jamais acquise une fois pour toutes. Comme le pose Vogel,

« L'attachement à l'estomac créé par la chirurgie se distingue par ses effets particulièrement transformateurs. [...] À tout moment, cependant, les attachements peuvent également échouer : les estomacs peuvent se bloquer ou s'étirer, la conscience peut vaciller et les anciennes habitudes peuvent reprendre le dessus. Néanmoins, chaque attachement fait une différence, même si ce n'est que temporairement »⁵⁷⁷.

Ce processus, qui rend compte du caractère précaire et fragile du maintien des effets bénéfiques de la chirurgie dans la durée, révèle à mon sens les contradictions propres à la biocitoyenneté. En réorganisant l'anatomie des patientes, la chirurgie n'offre pas aux patientes un plus grand contrôle sur leur corps comme celles-ci peuvent l'espérer au départ, mais une occasion de rectifier les attachements « négatifs » qui entravent leur capacité à modérer leur consommation au quotidien. Bien que la nécessité pour les patientes de modérer leur alimentation renforce effectivement l'idée culturelle de l'obésité comme résultat d'une consommation alimentaire « hors contrôle », la prise en charge de soi demandée par le traitement ne transforme pas la patiente en une actrice autonome et maîtresse d'elle-même, de son corps et de ses pulsions. La conception du patient et de la prise en charge de soi qui émerge n'est pas celle d'un individu isolé, mais plutôt d'un être intégré dans un réseau de liens sensoriels, affectifs et moraux puissants qu'il doit chercher à transformer. Le caractère profondément incarné et relationnel de l'individu devient particulièrement apparent après la chirurgie, lorsque le corps opéré influence ses préférences alimentaires et que des habitudes sociales doivent être négociées en tenant compte des contraintes et exigences matérielles d'un nouvel estomac. Alors que les patientes doivent réorganiser leurs liens affectifs avec la nourriture et leur alimentation, la prise en charge de soi permise par la chirurgie n'apparaît pas comme étant « autonome » et dépourvue de toute influence extérieure, mais plutôt comme une réalité profondément incarnée dans une matérialité physiologique, ancrée dans la temporalité du quotidien et fortement structurée par l'environnement social.

IV. Stabiliser une forme de vie « morbide » ou mettre en pratique une autre normalité

Les recommandations de l'équipe bariatrique en termes nutritionnels et de prise de médicaments prennent ainsi la forme d'un projet social plus large lorsque les patientes les mettent en œuvre dans leur environnement domestique. Ainsi, si les chirurgiens interrogés perçoivent la chirurgie comme une opportunité donnée aux patientes de retourner dans le « droit chemin » de la santé en changeant

⁵⁷⁷ Vogel, Else, *Opt. cit.* 2017, p. 519. Ma traduction.

leurs habitudes de vie, m'intéresser à l'expérience qui en est faite par les patientes m'amène plutôt à appréhender celle-ci comme la mise en pratique d'une forme de « travail chronique à domicile » (*chronic homework*)⁵⁷⁸ visant à stabiliser ou à discipliner ce que l'anthropologue Ayo Walhberg nomme une « forme de vie morbide » (*morbid living*)⁵⁷⁹. En effet, les patientes bariatriques ne doivent pas, en pratique, adopter de « saines » habitudes alimentaires en s'alignant aux recommandations nutritionnelles générales, par exemple en suivant le guide alimentaire canadien, en mangeant trois repas par jour afin d'éviter les grignotages ou en priorisant les fruits et légumes plutôt que la viande. Si elles ont sans doute été encore plus exposées à ces recommandations que la moyenne de la population en raison de leur surcharge pondérale, elles doivent désormais revoir ce que signifie « bien manger » en dehors des discours nutritionnels dominants. Il leur faut individuellement réadapter leurs routines quotidiennes pour naviguer au mieux et compenser dans la mesure du possible les effets pathologiques ou morbides de la chirurgie, c'est-à-dire répondre avec créativité et résilience aux contraintes associées à une nouvelle condition chronique. Comme l'expriment l'anthropologue Line Hillersdal et ses collègues, l'invention d'une normalité post-chirurgicale par l'apprentissage de sensations nouvelles et inattendues génère alors de nouveaux doutes et incertitudes dans la vie des patientes:

« La chirurgie modifie le corps des patientes de manière à les contraindre à changer leurs habitudes alimentaires. Cette transformation entraîne de nouvelles expériences sensorielles qui perturbent non seulement la perception de soi des patientes, mais également leur vie sociale. Les patientes et le personnel de santé espéraient atteindre une "normalité" grâce à cette intervention, mais le processus entraîne des incertitudes inattendues sur le plan existentiel »⁵⁸⁰.

Alors qu'elles espéraient atteindre les rivages confortables de la « normalité » en se faisant opérer, les patientes entrent dans une forme de vie liminale à mi-chemin entre la santé et le handicap qui se caractérise par une perte de repères. Elles se demandent ainsi ce qu'elles peuvent manger sans souffrir de nausées ou sans étirer leur estomac, combien de temps la dernière portion de nourriture consommée leur tiendra au ventre avant d'être prise d'une perte de tension et de vertiges, si leur perte de poids est assez rapide ou si le retour progressif de la faim ou de pulsions alimentaires annonce leur échec. À cette perte de contact avec leur corps d'avant, s'ajoutent aussi des transformations relationnelles difficiles à naviguer. La mise en œuvre par les patientes de pratiques élargies d'autosoins, ainsi que la transformation de leur apparence physique, précipite des changements dans leur identité

⁵⁷⁸ Mattingly, Cheryl, Lone Gron et Lotte Meinert, « Chronic homework in emerging borderlands of healthcare », *Cult Med Psychiatry*, 2011, vol. 35, p. 347-375.

⁵⁷⁹ Walhberg, Ayo, Op. cit, 2018, p. 74.

⁵⁸⁰ À ce sujet, voir Hillersdal, Line., Bodil Just Christensen et Lotte Holm « Changing tastes: learning hunger and fullness after gastric bypass surgery », *Sociology of health and illness*, 2017, p. 485.

sociale pouvant mener à des conflits familiaux, des séparations ou des ruptures amicales. Les promesses de normalisation initialement associées à l'opération se déplacent ainsi à mesure que les patientes mettent en pratique, de manière un peu chancelante, une normalité pour laquelle il n'existe pas encore de balises.

Malgré les incertitudes et les doutes générés par la nécessité d'ajuster leur vie à leur condition acquise de personne « bariatriquée », les patientes interrogées ne perçoivent paradoxalement que très rarement ce nouvel état comme une maladie chronique ou un handicap en soi. Au contraire, celui-ci est présenté comme une libération et une renaissance à célébrer. Si la chirurgie améliore effectivement leur santé et leur mobilité, cette normalisation de la chirurgie en dépit des contraintes qui l'accompagnent s'explique aussi par le fait qu'elle leur permet d'atténuer un stigmat, de se fondre dans la masse et de « se retrouver » en reconnectant avec ce qu'elles perçoivent être leur identité profonde ou authentique. Les patientes tendent à se considérer « *comme* des personnes normales », malgré le fait qu'elles continuent d'expérimenter des situations handicapantes, parce qu'elles se détachent des représentations négatives associées aux personnes en obésité pour rejoindre certaines attentes sociales. Ainsi, lorsque les déficiences nutritionnelles causées par la chirurgie sont évoquées, elles sont souvent normalisées par les patientes en suggérant qu'il s'agit d'inconforts à gérer en ajustant le comportement ou auxquels il faut s'habituer. Plus que l'acte chirurgical, qui est quant à lui généralement décrit comme quelque chose de drastique et de radical, ce sont donc tous les effets « secondaires »⁵⁸¹ de la chirurgie qui sont normalisés dans le discours des patientes, à mesure que celles-ci réorientent leur vie quotidienne autour de leur gestion. On peut expliquer cette normalisation des effets débilissants occasionnés par la chirurgie par le fait que, s'ils ne sont pas toujours moins contraignants pour les patientes que leur « handicap » antérieur, ils sont plus acceptables au regard des normes dominantes, leur offrant une « couverture sociale » pour reprendre l'expression de Troiseoufs⁵⁸². En plus de leur caractère non apparent, qui ne vient pas troubler les normes esthétiques en vigueur, ils sont l'occasion pour les patientes d'adopter des comportements alimentaires fortement valorisés socialement (une diminution des portions, ne plus pouvoir manger trop gras ou trop sucré, l'évitement du gaspillage, l'usage du *doogy bag*, etc.)⁵⁸³. Ainsi, la « bonne gestion » des effets secondaires de la chirurgie, en raison des capacités de contrôle et de discipline du corps, de l'alimentation et de la

⁵⁸¹ Comme on l'a vu dans le chapitre 3, on peut difficilement opérer une distinction conceptuelle entre effets primaires et effets secondaires de la chirurgie. Les effets « thérapeutiques » de la chirurgie sur le diabète ou la perte de poids sont simultanément des effets « morbides » provoquant une malnutrition.

⁵⁸² Troiseouf, Aurélien, Op. cit. 2020.

⁵⁸³ Ibid., p. 25.

santé qu'elle suppose, et qui permet d'atténuer le décalage perçu entre les personnes opérées et les autres, devient elle-même un enjeu de fierté entre personnes opérées. Cela peut encourager une compétition au sein de la communauté bariatrique, où la perte de poids devient un signe de discipline et de réussite personnelle (un « trophée » comme exprimé par un patient interrogé). Cela valorise en retour des comportements de contrôle extrême (en contradiction avec les recommandations des cliniciens) et engendre un fort sentiment de culpabilisation chez les patientes reprenant du poids, se considérant comme des « perdantes » ayant gâché leur opportunité. Malgré leur vocation d'entraide, de soutien et d'orientation face aux incertitudes et difficultés du traitement, les groupes de patientes en ligne et les relations entre opérées simplifient de manière paradoxale la gestion du poids en la réduisant à une question de responsabilité individuelle, louée comme une « prise de contrôle » sur soi et son propre corps. Bien que ces groupes visent à créer un cadre de pratiques pour faire face aux effets imprévisibles et partiellement incontrôlables du traitement, ils renforcent néanmoins l'idée que la perte de poids dépend entièrement de la volonté et de la discipline de chaque individu, minimisant ainsi l'imprévisibilité de certains symptômes et l'influence des facteurs externes dans le processus. Une forte internalisation du stigmate lié à l'obésité dans l'espace public se manifeste ainsi dans le discours des patientes bariatriques. Sans doute d'ailleurs bien plus fortement que dans les propos des cliniciens, on y observe une division normative entre personnes considérées comme disciplinées ou indisciplinées, motivées ou paresseuses, actives ou passives, saines ou malsaines en fonction de leur adhérence au traitement. Les patientes qui réussissent à maintenir leur poids à long terme attribuent leur succès à leur volonté, à leur motivation et à leurs efforts personnels, imitant ainsi la manière dont les personnes minces remettent généralement peu en question l'idée que leur silhouette résulte d'une autodiscipline et d'un contrôle sur soi. Malheureusement, cette individualisation du succès conduit à percevoir les complications ou des difficultés à maintenir son poids comme un échec individuel chez les patientes. Tandis que les patientes interrogées ayant repris du poids replacent leur reprise dans la continuité des effets imprévus et extrêmement débilissants et difficiles à vivre de la chirurgie⁵⁸⁴, ce qui suggère qu'elle était presque inévitable, elles vivent toutefois cette reprise avec honte et culpabilité.

V. Les limites de la biomédicalisation de la lutte contre l'obésité à la lumière des contradictions de la clinique bariatrique

⁵⁸⁴ Aggravation de problématiques de santé existants, douleurs chroniques, fatigue, anémie, incapacité à prendre ses médicaments en raison d'un estomac réduit, etc.

L'analyse de l'expérience que les personnes opérées font de la chirurgie bariatrique révèle ainsi l'existence d'un écart important entre le discours volontariste et combatif des patientes et les actions concrètes qu'elles mettent en œuvre pour faire face aux effets matériels inattendus et partiellement instables de la chirurgie sur leur corps. Ce décalage met bien en évidence les contradictions propres à la biocitoyenneté, c'est-à-dire entre les idéaux d'autonomie et de maîtrise de soi véhiculés par la société, et la complexité et l'imprévisibilité des interactions entre le corps, la technologie et l'environnement qui influencent l'adaptation sociale des individus au changement corporel induit par la technologie⁵⁸⁵. Alors que la réussite durable de l'opération est influencée par différents facteurs biologiques, sociaux et environnementaux (l'importance et la durabilité des complications postchirurgicales à vivre, l'accès matériel à des aliments sains, le support social de la personne, sa relation affective à la nourriture, etc.) sur lesquels l'individu n'a que très peu de contrôle, elle est réduite dans le discours des patientes à une question de volonté et de motivation à se « prendre en main ». De la même manière, bien que les praticiens de la santé interrogés semblent tout à fait conscients de l'ampleur des changements alimentaires qu'ils demandent aux patientes (certains vont pour cette raison jusqu'à douter de la capacité des patientes à « réussir » leur parcours bariatrique sans encadrement), ils peuvent avoir tendance à réduire ceux-ci à de simples choix et à une question de motivation personnelle à adopter de « saines habitudes de vie ». Ils tendent ainsi également à naturaliser et à individualiser les défis d'adaptation au changement corporel auxquels leurs patientes font face.

Les contradictions mises en évidence par la clinique bariatrique me semblent ainsi souligner plus largement les limites de la biomédicalisation de l'obésité, cherchant à transformer par le recours à une technologie, non pas des corps et des pratiques individuelles, mais tout un rapport socio-culturel au corps, à la santé, au futur et à l'alimentation. Les dispositions sur lesquelles repose la prise en charge stratégique et de long terme de soi demandée par les experts bariatriques, loin d'être évidentes ou naturelles, correspondent en effet à des « cultures somatiques »⁵⁸⁶ éloignées des classes populaires auxquelles appartiennent une large proportion de patientes bariatriques⁵⁸⁷. Comme le soutient le sociologue Dieter Vandebroek :

⁵⁸⁵ Au sujet de l'importance de considérer la complexité du vivant dans l'analyse sociologique de la compréhension de la maladie et des interventions médicales, voir l'intégration récente des approches néomatérialistes par des auteurs comme Harris Solomon, Hannah Landecker, Margaret Lock, Emily Yates-Doerr, Annemarie Mol ou Natasha Myers.

⁵⁸⁶ Boltanski, Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 1971, 26 (1), p. 205-233.

⁵⁸⁷ Comme mentionné dans la section méthodologique de cette thèse, bien que ce ne soit qu'une estimation approximative, je considère que dans mon échantillon, environ 44% des participantes proviennent de la classe ouvrière et de la classe moyenne inférieure. La proportion de participantes issues de la classe moyenne est d'environ 32.5%, tandis que celle des participantes provenant de la classe moyenne supérieure et de la classe supérieure est d'environ 23.5%. Dans la population

« Traiter son corps comme un objet de soin et d'attention, prêter une attention active à ses signes et signaux et à ses besoins intrinsèques, présuppose une distance, qui est avant tout une distance vis-à-vis de la nécessité économique »⁵⁸⁸.

Mais au-delà de ce premier enjeu, que les cliniciens semblent saisir à leur façon⁵⁸⁹ (tout en le réduisant à des dynamiques psychosociales isolées indiquant des candidates « problématiques »), s'ajoute le défi de transformer une relation sociale à la nourriture aux dimensions fortement symboliques, affectives et normatives. Les goûts alimentaires, ainsi que la manière jugée appropriée de consommer certains aliments, ne constituent en effet pas de simples préférences ou choix individuels, mais sont déterminés par des habitus de classe, c'est-à-dire des systèmes de pratiques et de croyances relativement stables⁵⁹⁰. La sociologie de l'alimentation a ainsi mis en évidence la façon dont la relation des classes populaires à la nourriture est profondément structurée par des impératifs économiques. En plus de la nécessité matérielle de maintenir un corps fort et endurant apte au travail physique faisant que la nourriture est généralement appréhendée comme un « carburant »⁵⁹¹, l'absence de capital et la rareté des plaisirs font de la nourriture l'une des seules sources de plaisir abordable et accessible. Cela détermine fortement le rapport des familles des classes populaires à la nourriture, qui, en tant que plaisir tangible et immédiat, devient un moyen central de donner du soin et de l'affection à ses enfants dans des conditions autrement caractérisées par la privation. Certaines habitudes alimentaires familiales disqualifiées comme un pari imprudent et irresponsable sur la santé de ses enfants, comme la consommation de collations sucrées par exemple ou des portions abondantes, s'inscrivent ainsi dans cette économie affective et morale de la famille. Ce même principe de compensation est également à l'origine du rôle occupé par la nourriture pour « faire face » au stress, à la détresse psychologique et à la dépression, où elle remplace chez les femmes la fonction « évasive, compensatoire et analgésique »⁵⁹² de l'alcool pour les hommes de leurs classes. Cette structuration sociale du rapport affectif et moral à l'alimentation peut nous permettre de mieux comprendre les défis et difficultés auxquels font face les personnes ayant subi une opération, car les régimes alimentaires qui leur sont recommandés par les

générale qui a eu recours à la chirurgie bariatrique au Québec en 2012-2013, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) affirme que « les patients appartenant au quintile de revenu le moins élevé étaient plus nombreux que ceux appartenant au quintile le plus élevé », et que cette constatation est en accord avec « d'autres études qui révèlent des liens généraux entre pauvreté et obésité », ICIS, *Op. cit.* 2013.

⁵⁸⁸ Vandebroek, Dieter, *Distinctions in the flesh. Social class and the embodiment of inequality*, New York: Routledge, 2017, p. 213.

⁵⁸⁹ Lorsqu'ils déclarent par exemple qu'il ne s'agit « pas d'une clientèle facile ».

⁵⁹⁰ Bourdieu, Pierre, *La distinction*, Les éditions de minuit, Paris, 1979.

⁵⁹¹ Lupton, Deborah, *Food, the body and the self*, London: Sage, 1996.

⁵⁹² Vandebroek, Dieter, *Op. Cit.*, 2017, p. 137.

cliniciens peuvent ne pas procurer le *bon* type de satisfaction aux patientes ou ne pas satisfaire leur véritable appétit. La modification de l'expérience subjective de l'alimentation les empêche de se connecter à leur corps de la même façon qu'auparavant, entraînant une incertitude existentielle et des perturbations significatives dans leur perception de soi et leurs rôles sociaux⁵⁹³. La fonction de « plaisir substitutif »⁵⁹⁴ de la nourriture permet de rendre compte de la réalisation faite par plusieurs patientes qu'elles continuent à avoir faim « dans leur tête » après l'opération, les menant souvent à évoquer la présence de troubles alimentaires non diagnostiqués comme la cause de leur prise de poids initiale ou de leur reprise de poids. Cette explication permet par ailleurs de mieux comprendre le déplacement qui est parfois fait après la chirurgie de la nourriture vers d'autres sources de plaisir immédiat comme le sport, l'alcool, le magasinage, voire l'optimisation dite « obsessionnelle » de son apparence physique par la chirurgie plastique. Cependant, les changements alimentaires demandés dans le contexte hospitalier sont considérés comme naturels et ne font donc pas l'objet d'une remise en question. En conséquence, les conditions sociales qui rendent possible le travail chronique exigé des patientes pour faire face aux effets matériels de la chirurgie, et pour réajuster leur rapport subjectif à leur propre corps et leur environnement social sont invisibilisées et réduites à différentes sous-explications psychologiques ou psychosociales. Confrontés à l'évolution de leurs patientes qui peuvent reprendre du poids ou éprouver des difficultés à se reconnaître après avoir perdu du poids, les cliniciens ont en effet tendance à s'appuyer sur leurs propres interprétations de la psychologie des personnes obèses en recourant à des régimes explicatifs plus ou moins scientifiques (ex : des pulsions incontrôlables, une personnalité trop « *high* », une tendance « à s'écrouler à rien », un manque d'acceptation de soi lié au fait de se comparer « à l'image du corps parfait dans les magazines », etc.) blâmant l'émotivité de leurs patientes.

Par conséquent, au-delà du manque de ressources dédiées au suivi postchirurgical des patientes, c'est aussi cette réduction du rapport profondément symbolique au corps, à l'alimentation et à la santé à une simple question de motivation et de volonté à s'adapter au changement corporel induit par la chirurgie qui apparaît comme une impasse de la biomédicalisation croissante de la lutte contre l'épidémie d'obésité. Les patientes rencontrent des difficultés dans leur parcours bariatrique, tant en raison d'un système de santé dépassé par sa propre logique d'efficacité et de rentabilité⁵⁹⁵, que parce que les pratiques de soin et d'ajustement qu'elles doivent mettre en œuvre au quotidien pour

⁵⁹³ À ce sujet, voir aussi, Hillersdal, Line., Bodil Just Christensen et Lotte Holm, Op. Cit. 2017.

⁵⁹⁴ Schwartz, Olivier, *Le monde privé des ouvriers*, Paris : Presses universitaires France, 1990, p 474.

⁵⁹⁵ Bolorgey, Nicolas, *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public*, La Découverte, Paris, 2010.

maintenir leur poids et gérer les effets chroniques de l'intervention ne s'harmonisent pas toujours à leurs dispositions de genre et de classe et leurs conditions d'existence.

Conclusion

Au-delà du succès ou de l'échec bariatrique: la biomédicalisation de l'obésité comme processus de déplacement de la chronicité

En explorant les dynamiques de l'économie de l'espoir soutenant l'essor de la chirurgie bariatrique, mon objectif dans cette thèse était de mettre en lumière la complexité des émotions qui influencent les anticipations liées à cette intervention. À partir d'entrevues menées avec des patientes et des cliniciens bariatriques Québécois, je me suis appliquée à rendre compte des dimensions profondément affectives et relationnelles qui influencent la décision de patientes atteintes d'obésité sévère de recourir à une chirurgie bariatrique, malgré sa nature très invasive. J'ai ainsi montré comment les espoirs reliés à l'opération s'enracinent dans l'expérience de la chronicité de l'obésité (et de ses comorbidités présentes et futures), qui génère de la peur et de l'anxiété, mais également dans une participation limitée à la vie publique (découlant de contraintes physiques débilitantes et d'une forte stigmatisation du poids), provoquant des sentiments d'impuissance, d'exclusion de la « normalité », d'échec et de honte. Bien que les émotions qui guident la pratique des cliniciens semblent a priori plus difficiles à analyser, une approche basée sur les attentes technoscientifiques m'a permis de mettre en évidence leurs promesses et anticipations en termes de lutte contre l'épidémie d'obésité et d'amélioration de la qualité de vie des patientes. De manière plus originale, cette approche m'a également permis de révéler les contradictions entre les attentes des patientes et celles des cliniciens, ainsi que les efforts déployés par ces derniers pour réaligner les espoirs des patientes sur leurs propres attentes cliniques. Confrontés à la souffrance insurmontable des patientes, les cliniciens s'engagent dans des pratiques visant à réajuster les attentes de leurs patientes pour favoriser leur adhésion au traitement et prévenir les reprises de poids. Ces pratiques cliniques sont motivées par un sentiment d'empathie envers des patientes considérées comme fragiles et vulnérables, mais elles peuvent également susciter de l'incompréhension, de l'irritation et de la frustration chez les cliniciens, les menant à recourir à des représentations genrées concernant l'émotivité exacerbée et le manque de rationalité de leurs patientes. La prise de conscience de ces ambivalences propres à la clinique bariatrique me semble pouvoir contribuer à créer un environnement plus favorable pour soutenir les patientes et les professionnels confrontés au défi clinique de « soigner » une condition de santé chronique génératrice d'une souffrance sociale encore trop peu comprise.

Cette thèse a également examiné comment les attentes optimistes suscitées par cette intervention sont infléchies par les réalités concrètes du traitement, notamment les défis postopératoires et les

incertitudes liées à son efficacité à long terme. Alors que la chirurgie est souvent présentée à travers le prisme de la réussite ou de l'échec thérapeutique dans le discours biomédical, cette recherche révèle une réalité beaucoup plus complexe, où les patientes, plutôt que de guérir ou non, passent de situations débilitantes à d'autres. Ces récits variés et ambivalents offrent un contrepoint important aux visions démesurément optimistes de la chirurgie de l'obésité diffusées par les médias. Le fait que la plupart des patientes interrogées vivent généralement mieux les situations débilitantes survenues après la chirurgie en raison de leur caractère moins stigmatisant expose aussi la fragilité de la « santé » et de la « validité » comme standards naturels et évidents. En examinant les tensions et les évolutions qui caractérisent les attentes et les espoirs des patientes et des cliniciens tout au long de ce parcours biomédical, cette étude a donc permis de mettre en lumière l'écart substantiel entre les espoirs initiaux associés à la chirurgie (dans les médias, les discours publics des chirurgiens et les attentes formulées par les patientes) et le degré élevé d'improvisation et de résilience requis des patientes pour mettre en œuvre le traitement et faire face aux incertitudes qui lui sont inhérentes. Mettant en évidence les réalités matérielles et complexes des conditions chroniques et des traitements médicaux, elle souligne les limites de la biocitoyenneté, encourageant l'idée d'une séparation marquée entre un sujet actif, dynamique et autonome, chargé de choisir s'il doit décider d'accepter ou de défier les normes de santé, et un corps statique se soumettant passivement à cette acceptation ou à cette résistance.

Par ailleurs, certaines patientes rencontrées ont vu leur condition se détériorer de façon drastique après le traitement, et leurs espoirs d'une amélioration future s'évaporer. La souffrance et le désespoir vertigineux associés à ce qui est interprété par les patientes comme un échec ultime vécu dans la honte et l'isolement témoigne ainsi de l'indicibilité sociale de l'épreuve de l'échec bariatrique. Cela souligne il me semble la nécessité d'une discussion publique concernant l'échec bariatrique, et plus largement l'échec de thérapies de derniers recours. Comme le souligne la sociologue Karen Throsby, « l'absence discursive sur l'échec du traitement laisse peu de choix aux personnes impliquées dans le traitement (et à leur entourage) pour faire sens de ces expériences, à part des récits de persévérance ou d'effondrement catastrophique »⁵⁹⁶. Si les STS se sont jusqu'ici largement intéressées à la mobilisation de promesses par les institutions biomédicales⁵⁹⁷, et, dans une bien moindre mesure, à la manière dont

⁵⁹⁶ Throsby, Kare, Op. Cit., 2004, p. 92. Trad. Libre.

⁵⁹⁷ Brown, Nik, Brian Rappert et Andrew Webster (dir.), *Contested Futures: A Sociology of Prospective Techno-Science*, Farnham: Ashgate, 2000; Brown, Nik et Mike Michael, "A sociology of expectations: retrospectively prospecting and prospecting retrospectively", *Technol. Anal. Strat. Manag.*, 2003, vol.15, n°1, p. 3-18.

les patients intègrent et expérimentent ces promesses sous la forme de l'espoir⁵⁹⁸, elles n'ont quasiment pas porté attention aux situations concrètes où ces promesses thérapeutiques ne se concrétisent pas ou sont « déçues ». Tendant à se « brancher » sur la fréquence anticipatoire des biotechnologies pour en analyser les ressorts, elles ont ainsi omis d'analyser les situations d'échec et les expériences qui en sont faites par les patients désillusionnés. Cette omission est problématique car elle fait en sorte que la rhétorique du succès biomédical n'est alors jamais questionnée en tant que telle⁵⁹⁹. Or, celle-ci a des répercussions sur les personnes qui s'engagent activement dans ces promesses, amenées à chercher le succès à tout prix, c'est-à-dire à poursuivre les traitements en dépit de la charge physique, mentale, affective et financière qui peut y être associée⁶⁰⁰. Ce récit de la réussite a aussi des répercussions sur les personnes qui vivent des situations d'absence de succès du traitement, et qui vont généralement vivre leur expérience comme un échec individuel, dans l'isolement et la solitude et sur la modalité de la honte ou de la culpabilité. Laissé intact, le récit optimiste du succès biomédical fait de la non-réussite un tabou, exacerbe la stigmatisation associée à certaines conditions de santé, et occulte aux patientes la possibilité d'envisager des alternatives (médicales ou non) à leurs problématiques de santé.

Au-delà de ses implications pour les patientes et ceux qui envisagent la chirurgie, ce constat soulève des questions théoriques et politiques importantes. Remettant en question la proposition théorique que les traitements biomédicaux suivent simplement une logique de contrôle et de normalisation⁶⁰¹, ou bien une logique de transformation et d'optimisation des corps⁶⁰², elle suggère plutôt une logique de transformation et de *déplacement* du pathologique, impliquant un double mouvement d'optimisation et de débilitation. Cette logique implique une transformation des corps qui crée de nouvelles problématiques de santé. Reposant originellement sur une requalification thérapeutique des complications physiologiques associées aux chirurgies gastro-intestinales en principes actifs de traitement, la chirurgie bariatrique est indissociable de la création d'un nouvel état biologique intermédiaire troublant les distinctions habituelles entre la santé et la maladie, le normal et

⁵⁹⁸ Ehlers, Nadine et Shiloh Frupar, "Hope Logics: biomedicine, affective conventions of cancer, and governing of biocitizenry", *Configurations*, vol. 22, n°3, 2014, p. 385-413; Patrick, Brown, Sabine de Graaf et Marij Hillen, "The inherent tensions and ambiguities of hope: towards a post-formal analysis of experiences of advanced-cancer patients", *Health*, vol. 19, n°2, 2015.

⁵⁹⁹ Kafer, Alison, Op. cit., 2013; Clare, Eli, Op. cit., 2017; Puar, Jasbir, Op. cit., 2017,

⁶⁰⁰ Lafontaine, Céline Op. Cit. 2014.

⁶⁰¹ Comme défendu par la thèse classique de la médicalisation. Voir: Conrad, Peter, *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable diseases*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

⁶⁰² Ce à quoi renvoie la thèse de la biomédicalisation, telle que développée par Adèle Clarke, Nikolas Rose, et d'autres chercheurs contemporains.

le pathologique et le fonctionnel et le dysfonctionnel⁶⁰³. Plutôt que de ramener le corps vers un état antérieur non pathologique, la chirurgie bariatrique reconfigure celui-ci dans son fonctionnement physiologique « normal » afin d'induire une perte de poids mécanique. Si elle est aussi efficace pour induire une perte de poids, c'est en effet parce qu'elle transforme le système digestif auparavant sain et fonctionnel en un système partiellement dysfonctionnel avec lequel les patientes doivent apprendre à vivre au quotidien. Comme cela a été documenté, les effets chroniques ou morbides de la chirurgie peuvent nécessiter une deuxième chirurgie, l'utilisation de médicaments coûteux ou des interventions réparatrices, tandis que les difficultés d'adaptation au changement chez les patientes peuvent entraîner une augmentation des troubles de santé mentale, des risques de suicide, ainsi que des cas de cancer du côlon, et bien d'autres conséquences néfastes. En prenant conscience de la logique de déplacement à laquelle la technologie se conforme, il devient donc possible d'analyser comment la technologie, tout en ouvrant de nouvelles possibilités pour les patientes, engendre simultanément de nouveaux problèmes de santé, qui alimentent une dépendance croissante aux solutions technologiques⁶⁰⁴.

Ce faisant, cette recherche questionne le rôle souvent négligé des effets concrets des technologies médicales dans le domaine des études des sciences et des technologies. Alors que les critiques de la médicalisation du 20^e siècle, comme Ivan Illich, ont dénoncé les effets iatrogènes des technologies médicales, cette critique semble avoir cédé la place à une analyse des logiques normatives, identitaires et subjectives sous-tendant le recours croissant aux biotechnologies. Or, il me semble essentiel de réunir ces deux approches pour mieux appréhender les conséquences à la fois sociales, matérielles et politiques de l'essor des biotechnologies médicales dans le traitement de conditions dites chroniques. À mesure que les innovations médicales transforment de nombreuses conditions médicales auparavant considérées comme sévères en conditions chroniques, elles génèrent de nouveaux espoirs transformant l'expérience des patientes⁶⁰⁵. Mais faisant souvent plus que ce qui était prévu ou anticipé, elles sont également à l'origine de nouvelles maladies chroniques qui se traduisent par une dépendance à une médication ou à des soins continus: malnutrition et déséquilibres métaboliques dans le cas de la chirurgie bariatrique ; perte de cheveux, fatigue, troubles intestinaux et immunodépression dans le cas des traitements contre le cancer; maladies iatrogéniques et nouveaux virus « résistants » dans le cas des traitements contre le VIH/sida; rejet d'organes et effets secondaires des médicaments

⁶⁰³ Stevens, Corey, « Sick but healthy: bariatric patients and the social construction of illness and disability », *Sociology of health & illness*, vol. 42, n°4, p. 907-924.

⁶⁰⁴ Ellul, Jacques, *Le système technicien*, Le cherche midi, 2012 (1980).

⁶⁰⁵ Greco, Cinzia et Nils Graber, "Anthropology of new chronicities: illness experiences under the promise of medical innovation as long-term treatment", *Anthropology & Medicine*, vol. 29, n°1, p. 1-3.

immunosuppresseurs dans le cas des greffes d'organes; hyperstimulation ovarienne dans le cas des traitements de fertilité, etc. Ces effets iatrogéniques produisent à leur tour de nouvelles identités sociales et de nouvelles formes de relation médecin-patient à mesure que s'impose la nécessité de leur gestion. Ils accentuent également la demande en produits et services de santé coûteux, exerçant une pression considérable sur les budgets de santé, dans un contexte où les ressources pour les investissements en santé publique sont déjà fortement limitées. C'est pourquoi il me semble essentiel que la sociologie médicale se penche sur les dilemmes pratiques et moraux auxquels sont confrontés les patientes et les médecins lorsqu'ils cherchent à résoudre le conflit entre les avantages potentiels en matière d'amélioration de l'espérance/la qualité de vie accrue offerts par le traitement, et les risques d'échec de la procédure ou de maladies iatrogènes. Jusqu'à présent, celle-ci n'a que peu exploré cette question⁶⁰⁶. La manière dont les médecins et les patientes interpréteront cette tension et la résoudront temporairement s'inscrit cependant dans un cadre de valeurs et de présomptions qui dépassent la sphère de la science et de la médecine. Comme illustré par le cas de la chirurgie bariatrique, elle s'ancre dans des compréhensions de la « maladie » et de la nécessité d'un traitement de dernier recours qui sont influencées par des dynamiques institutionnelles, politico-économiques et culturelles plus larges. Or, si ces logiques sociales ne sont pas rendues visibles et soumises à un questionnement public, elles peuvent conduire à considérer le recours à des traitements biomédicaux comme étant incontestablement nécessaires, occultant le fait que l'efficacité thérapeutique et l'amélioration de la santé ou de la qualité de vie des patientes sont l'enjeu de définitions contestées et d'expériences complexes et plurielles. En l'absence d'une discussion collective concernant les approches envisageables pour la gestion de la chronicité de l'obésité, qui prendrait en compte la diversité des définitions et des vécus de cette condition, il est possible que nous continuions à avancer sans réfléchir sur une voie où les solutions technologiques prévalent, sans une évaluation complète de leurs conséquences sur la santé et la société.

En explorant le contexte politique, social et culturel plus vaste qui influence les choix des patientes en matière de chirurgie bariatrique, ainsi que les décisions des cliniciens qui les opèrent, cette thèse n'aboutit pas à une prise de position en faveur ou contre le développement de la chirurgie bariatrique ou d'autres traitements biomédicaux de « dernier recours ». Elle invite toutefois à réfléchir à la logique

⁶⁰⁶ À titre d'exceptions, voir: Rosengarten, Marsha et al., « After the euphoria: HIV medical technologies from the perspective of their prescribers », *Sociology of health and illness*, vol. 26., n°5, 2004; Throsby, Karen, *When IVF Fails: Feminism, Infertility and the Negotiation of Fertility*, Palgrave Mcmillan, 2004; Rehsmann, Julie, "Failing livers livers, anticipated futures and un/desired transplants", *Anthropology & Medicine*, 2020, n°1, vol. 29, p. 92-106.

technosolutionniste qui les sous-tend. L'essor actuel de la pratique de la chirurgie bariatrique est dû à la manière dont les politiques de santé publique ont intégré des éléments de biosécurité. Cette évolution brouille la distinction traditionnelle entre deux approches de la santé : l'approche préventive, qui vise à agir en amont du développement de la maladie à l'échelle de la population, et l'approche clinique de type interventionniste, qui s'adresse individuellement aux malades une fois qu'ils sont atteints. Cette hybridation s'inscrit comme on l'a vu dans une logique d'anticipation nationale des coûts liés à la gestion future des comorbidités de l'obésité, présentée comme une nécessité dans le contexte d'une population obèse de plus en plus jeune menaçant l'avenir du système de santé public. Or, cette recherche m'a permis de mettre en lumière certaines des impasses d'une telle approche biosécuritaire, proposant de résoudre un enjeu de santé publique par le recours à une technologie pour laquelle la demande sera toujours plus grande que l'offre disponible⁶⁰⁷. Alors que les cliniciens en chirurgie bariatrique aspirent à obtenir un financement supplémentaire dans le but d'améliorer l'encadrement et le suivi de leurs patientes⁶⁰⁸, il est ainsi légitime de se demander si la pression pour accroître la productivité, qui découle de la logique managériale qui prévaut dans le secteur hospitalier, ne risque pas plutôt de les contraindre à prioriser la réduction de leurs listes d'attentes et l'augmentation du nombre d'opérations réalisées. Il est à noter que les discussions actuelles concernant l'extension de l'utilisation de l'Ozempic aux patients en obésité laissent entrevoir une possible expansion future de cette approche biosécuritaire à un segment encore plus vaste de la population. Dans ce scénario, le médicament sera déployé pour faire face à l'« épidémie d'obésité », soulevant ainsi des questions économiques significatives compte tenu des ressources de santé limitées. De plus, il existe le risque d'une dépendance éventuelle chez les patients, ce qui pourrait entraîner une augmentation de l'utilisation de médicaments et du recours à la chirurgie bariatrique, étant donné que ces médicaments pourraient eux-mêmes entraîner des effets secondaires nécessitant une gestion médicale, ainsi que des cas d'échec thérapeutique à traiter...

Ultimement, je soulignerais donc la nécessité d'examiner de manière critique les arguments en faveur de l'expansion de la chirurgie bariatrique ou d'autres solutions biomédicales à la lumière de ces pressions et de chercher des réponses politiques à la vulnérabilité et aux disparités en matière de santé allant au-delà de la fourniture d'interventions cliniques. À rebours de l'éthos d'optimisme associé aux

⁶⁰⁷ Du fait du caractère dit « épidémique » de l'obésité et de la forte stigmatisation à laquelle sont confrontées les personnes plus larges.

⁶⁰⁸ Voir : Garneau, Pierre, et al. « Guidelines for Canadian bariatric surgical and medical centres: a statement from the Canadian Association of Bariatric physicians and surgeons », *Canadian Journal of Surgery*, 2022, vol. 65, n°2, p. 170-177.

biotechnologies dans l'espace public, interpréter la biomédicalisation comme un processus de déplacement nous invite à reconnaître que le recours aux biotechnologies relève toujours d'un compromis : compromis entre les risques potentiels à la santé associés à certaines conditions et les effets inattendus des traitements, mais aussi entre le financement de certains traitements et d'autres besoins de santé publique, comme la lutte contre la pauvreté et les inégalités, l'amélioration des soins de santé mentale ou encore la réduction de la stigmatisation liée au poids. En somme, il apparaît crucial de reconnaître que le développement technologique, tout en suscitant de nouvelles promesses et de nouveaux espoirs individuels et attentes collectives, tend à restreindre d'autres horizons d'attentes.

Bibliographie

ARTICLES DE REVUES ET MONOGRAPHIES

- Abberley, Paul, “The concept of oppression and the development of a social theory of disability”, *Disability, Handicap & Society*, 1987, vol. 2, n°1, p. 5–19.
- Adams, Cynthia, et al. “The relationship of obesity to the frequency of pelvic examinations: do physician and patient attitudes make a difference?”, *Women Health*, 1993, vol. 20, p. 45–57.
- Adam, Barbara et Chris Groves, *Future matters: Action, knowledge, ethics*, Leiden, Netherlands: Brill, 2007.
- Adams, Vincanne, Michelle Murphy et Adèle Clarke, “Anticipation: Technoscience, life, affect, temporality”, *Subjectivity*, 2009, vol. 28, p. 246-265.
- Ahmed, Sara, “Collective feelings, or the impressions left by others”, *Theory, Culture and Society*, 2004, vol. 21, n°2, p. 25-42.
- Ahmed, Sara, *The Cultural Politics of Emotion*, Edinburg, UK: Edinburgh University Press, 2004.
- Amyot, Jean-Jacques, « Vieillesse, contrôle social et idéologie sécuritaire. Entre autonomie et dépendance », *Vie sociale*, 2012, 1/1, p. 125-143.
- Anderson, JW, et al. “Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies”, *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, vol 74, n°5, p. 579–584.
- Angrisani, Luigi et al., “Bariatric Surgery Worldwide”, *Obesity Surgery*, 2013, vol. 25, n°10, p. 1822-1832.
- Aphramor, Lucy, “Disability and the anti-obesity offensive”, *Disability & Society*, 2009, vol. 24, n°7, p. 897-909.
- Ashrafian, Hutan et al. « Metabolic surgery and cancer. Protective effects of bariatric procedures”, *Cancer*, vol. 117, n°9, p. 1788-1799.
- Bacon, Linda et Lucy Aphramor, “Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift”, *Nutrition journal*, vol. 10, n°9, 2011. En ligne: <https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2891-10-9>
- Backstrom, Laura, « From the Freak Show to the Living Room: Cultural Representations of Dwarfism and Obesity”, *Sociological Forum*, 2012, vol. 27, n°3, p. 682-707.

- Banting, William, *De l'obésité*, Paris : P. Asselin, successeur de Béchet Jeune et Labé. Libraire de la Faculté de Médecine, 1864. En ligne : <https://clairetlipide.files.wordpress.com/2011/08/de-lobc3a9sitc3a9-william-banting1.pdf>
- Barnes, Colin, «A Legacy of Oppression: a history of disability in western culture », dans Len Barton and Michael Oliver (dir.), *Disability Studies: Past, Present and Future*, Leeds: The Disability Press, 1997, p. 3–25.
- Bartoshuk, Linda, «The ‘obesity epidemic’: An interview with Katherine Flegal”, *Observer*, 2010, vol. 23, n°1. En ligne: <https://www.psychologicalscience.org/observer/the-obesity-epidemic>
- Baubérot, Arnaud, « De la vie sainte à la vie saine. Hygiène et sport dans les mouvements de jeunesse protestants, 1890-1914 », *Études théologiques et religieuses*, 2012/3, p. 279-291.
- Beard, George, *Eating and Drinking*, New York: Putnam’s Handy Book Serie, 1871.
- Becker, Gary, *Human Capital, A Theoretical and Empirical Analysis*, Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research, New York, 1964.
- Benasquito, Lucia et Earl Babbie, *Fundamentals of social research*. Toronto: Éditions Nelson, 2010.
- Berlant, Lauren “Risky Bigness. On obesity, eating, and the ambiguity of ‘health’”, dans Jonathan Metz et Anna Kirkland (dir.), *Against Health: how health became the new morality*, New York: NYU Press, 2010, p. 26- 39.
- Berlant, Lauren, *Cruel optimism*, Durham: Duke University Press, 2011.
- Berlivet, Luc, « Les ressorts de la biopolitique : dispositifs de sécurité et processus de subjectivation au prisme de l’histoire de la santé », *Revue d’histoire moderne et contemporaine*, 2013, 4, n°60, p. 119.
- Bergeron, Michael, *La vie en gros. Regard sur la société et le poids*, Québec, Éditions Somme toute, 2019.
- Bernstein, Beth et Matilda St. John, “The Roseanne Benedict Arnolds: How Fat Women Are Betrayed by their Celebrity Icons” dans Rothblum, Esther et Solovay, Sondra (dir) *The Fat Studies Reader*, New York et Londres: New York University Press, 2009, p 263-270.
- Biertho, Laurent, et al. « A Canadian and Historical Perspective on Bariatric Surgery”, *Canadian Journal of Diabetes*, 2017, vol. 41, p. 341-343.
- Bion, Lee, « La chirurgie bariatrique de révision : quels enjeux pour le patient et le praticien? », *Journal de Chirurgie Viscérale*, 2021, vol. 158, n°1, p. 40.
- Bloch, Ernst, *Le Principe espérance, tome I*, Paris, Gallimard, 1976.

- Blumberg P. et Mellis LP, “Medical students’ attitudes toward the obese and morbidly obese”, *International Journal of Eating Disorder*, 1980, p. 169–7.
- Boero, Natalie, “Fat kids, working moms, and the ‘epidemic of obesity’” dans Rothblum, E. and Solovay S (dir.) *The Fat Studies Reader*, New York: New York University Press, 2009, p.113–119.
- Boero Natalie “Bypassing Blame. Bariatric surgery and the case of biomedical failure”, dans Clarke, Adèle et al. (dir.) *Biomedicalization. Technoscience, health and illness in the US*, Durham: Duke University Press, 2010, p. 307-329.
- Boero, Natalie “All the news that's fat to print: The American ‘obesity epidemic’ and the media”, *Qualitative Sociology*, 2007, vol. 30, n°1, p. 41-60.
- Bogdan, Robert, *Freak Show. Presenting Human Oddities for Amusement and Profit*, Chicago: The University of Chicago Press, 1970.
- Bolorgey, Nicolas, *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public*, La Découverte, Paris, 2010.
- Boltanski, Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 1971, 26 (1), p. 205-233.
- Bombak, Andrea, Deborah McPhail et Ward Pamela, “Reproducing stigma: interpreting ‘overweight’ and ‘obese’ women’s experiences of weight-based discrimination in reproductive healthcare”, *Social science and medicine*, 2016, vol. 166, p. 94-101.
- Bordo, Susan, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*, Berkeley/Los Angeles, CA et Londres: University of California Press, 1993.
- Bourdieu, Pierre, *La distinction*, Les éditions de minuit, Paris, 1979.
- Bradley, Greenberg et al. “Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television”, *American Journal of Public health*, vol. 93, n°8, 2003, p. 1342-1348.
- Braidotti, Rosi, *Nomadic Subjects: Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory*, New York: Columbia University Press, 1994.
- Brandon, Tony et Gary Pritchard, “Being Fat: a conceptual analysis using three models of disability”, *Disability & Society*, vol. 26, n°1, p. 79-92.
- Braziel, Jana Evans, et Kathleen Le Besco (dir.), *Bodies out of bound. Fatness and Transgression*, Berkeley: University of California Press, 2001.
- Brewis, Alexandra et al. « Publically misfitting: extreme weight and the everyday production and reinforcement of felt stigma”, *Medical Anthropology Quarterly*, 2016, vol. 31, n°2, p. 257-276.

- Brown, Nik et Mike Michael, “A sociology of expectations: retrospecting prospects and prospecting retrospects”, *Technol. Anal. Strat. Manag.*, 2003, vol.15, n°1, p. 3-18.
- Brown, Nik, Brian Rappert et Andrew Webster (dir.), *Contested Futures: A Sociology of Prospective Techno-Science*, Farnham: Ashgate, 2000.
- Brown, Patrick, Sabine de Graaf et Marij Hillen, “The inherent tensions and ambiguities of hope: towards a post-formal analysis of experiences of advanced-cancer patients”, *Health*, vol. 19, n°2, 2015.
- Brown, Phil, et al. « Embodied health movements: new approaches to social movements in health », *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, n°1, 2004, p. 50-80.
- Buchwald, Henry, “The Evolution of Metabolic/Bariatric Surgery”, *Obesity Surgery*, 2014, vol. 24, n°8, p. 11-27.
- Buchwald, Henry, « Metabolic Surgery: A Brief History and Persepctive », *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 6, n°2, mars 2010, p. 221
- Buchwald, Henry, “Metabolic surgery: a brief history and perspective”, *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 6, n°2, p. 221-222.
- Buchwald, Henry, “Surgical Treatment of Morbid Obesity – Introduction”, *World Journal of Surgery*, vol. 5, n°6, 1981, p. 779.
- Buchwald Henry, « Consensus Conference Statement. Bariatric Surgery for Morbid Obesity: Health Implications for Patients, Health Professionnals, and Third-Party Payers”, *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 1, n°1, 2005, p. 379-380.
- Buchwald Henry, “Foreword- Symposium on Morbid Obesity”, *Surgical Clinics of North America*, 1979, vol. 59, n° 6, p. 961.
- Buchwald, Henry, “The evolution of metabolic/bariatric surgery”, *Obesity Surgery*, 2014, vol. 24, p. 1126-1135.
- Buffon, G. L., *De l’homme, Œuvres complètes*, Paris, 1836 (1re éd. 1749-1767, addition de 1777), t. IV.
- Bury, Charles, “Chronic Illness as Biographical Disruption,” *Sociology of Health and Illness*, 1982, vol. 4, n°2, 167-182.
- Cahill, Ann, “Feminist Pleasure and feminine beautification”, *Hypatia*, 2003, vol. 18, n°4, p. 42-64.
- Campbell, K. et al. “Interventions for preventing childhood obesity in childhood. A systematic review”, *Obesity Reviews*, 2001, vol. 2, n°3, 149–57.

- Campos, Paul et al. « The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 35, n° 1, p. 55–60.
- Camps, M. et al. “Impact of bariatric surgery on body image perception and sexuality in morbidly obese patients and their partners”, *Obesity Surgery*, 1996, vol. 6, n°4, p. 356–360.
- Canadian Medical Association, « L’obésité chez l’adulte : ligne directrice de pratique clinique », *CMAJ*, 2020, vol. 192, n°49, p. 1757-1775.
- Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Quadrige, Presses universitaires de France, 1966.
- Cantrell, Amber, “Freaking Fatness through history: critical intersections of fatness and disability”, *Chrestomathy: annual review of undergraduate research*, 2013, vol. 12, p. 1-39.
- Carof, Solenne, *Grossophobie. Sociologie d’une discrimination invisible*, Paris, Maison des sciences de l’homme, 2021.
- Carof, Solenne, « Être grosse. Du corps discréditable au corps discrédité », *Sociologie*, n°3, vol. 10, 2019. En ligne : <https://journals.openedition.org/sociologie/5835>
- **Cassell, Joan**, « Dismembering the Image of God. Surgeons, Heroes, Wimps and Miracles », *Anthropology Today*, 1986, vol. 2, n°2, p. 13-16.
- **Cassell, Joan**, « Of Control, Certitude and the “Paranoïa” of Surgeons », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1987, vol. 11, n°2, p. 229-249.
- **Cassell, Joan**, *Expected Miracles: Surgeons at Work*, Philadelphia, Temple University Press, 1991.
- Chaumont, Jean-Michel, “Présentation. Entre paniques et croisades: sociologies et *claim-makers* », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 2012, vol. 43, n°1, p. 1-13.
- Chesser, Eustace, *Slimming for the Million: The New Treatment of Obesity*, London: Rich and Cowan, 1939.
- Church, Kathryn, Melanie Panitch et Catherine Frazee, *Doing Disability at the Bank: Discovering the Work of Learning/Teaching done by Disabled Bank Employees Public Report*, Toronto: Ryerson RBC Foundation Institute for Disability Studies Research and Education, 2007, p. 1-5.
- Clare, Eli, *Brilliant imperfection: grappling with cure*, Durham: Duke University Press, 2017.
- Clare, Eli, *Exile and Pride: Disability, Queerness and Liberation*, Cambridge: Sound End Press, 1999.
- Clarke, Adele et al. (dir), *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the U.S.*, Durham: Duke University Press, 2010.

- Clyde, Peter et Elizabeth Stephens, *Normality: A Critical Genealogy*, Chicago et Londres: The University of Chicago Press, 2017.
- Cohen, Stanley, *Folk Devils and Moral Panics*, MacGibbon and Kee Ltd, 1972.
- Cohen, Stanley, “Whose side were we on? The undeclared politics of moral panic theory”, *Crime, Media, Culture: An international Journal*, vol. 7, n°3, 2011, p. 237-343.
- Coleman, Rebecca, « Dieting temporalities. Interaction, agency and the measure of online weight watching », *Time & Society*, vol. 19, n°2, p. 265-285.
- Collard, Gabrielle Lisa, « Chapitre 2. La grossophobie médicale; quand les préjugés et l'ignorance tuent », dans *Corps Rebelle. Réflexions sur la grossophobie*, Montréal : Québec Amérique, 2021, p. 61-102.
- Collin, Johanne, « Relation de sens et relations de fonction : risque et médicament », *Sociologie et Sociétés*, vol. 39, n°1, 2007, p. 99-122.
- Collin, Johanne, « Douleur et médicament : entre le corps, le soi et la société », dans Pierre Beaulieu (dir.) *Repenser la douleur*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 187-204.
- Conason, A. et al. “Substance use following bariatric weight loss surgery” *JAMA Surgery*, 2013, vol. 148, n°2, p. 145–150.
- Conrad, Peter, *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable diseases*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.
- Cooper, Charlotte, “Can a fat women call herself disabled?”, *Disability & Society*, 1997, vol. 12, n°1, p. 31-41.
- Cooper, Charlotte, *Fat activism: a radical social movement*, Bristol: HammerOn Press, 2016.
- Couder, Oliver, « La construction du regard moderne sur le handicap », dans *Présence du handicap dans le spectacle vivant*, Paris : Éres, 2020, p. 135-150.
- Courtine, Jean-Jacques, « Le corps anormal, histoire et anthropologie culturelles de la difformité » dans Corbin Alain, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps, 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle*, Paris, Seuil, 2005, p. 209-271.
- Courtines, Jean-Jacques, « La normalisation des corps : monstruosités, handicaps, différences », dans Chouvier, Bernard et René Roussillon (dir.), *Corps, acte et symbolisation. Psychanalyse des frontières*, De Boeck Supérieur, 2008, p. 109-121.
- Csergo, Julia, « Quand l'obésité des gourmands devient une maladie de civilisation », dans Julia Csergo, (dir.), *Trop gros? L'obésité et ses représentations*, Paris, Éditions Autrement, 2009.

- Cummings, David et Francesco Rubino, « Metabolic surgery for the treatment of type 2 diabetes in obese individuals », *Diabetologica*, 2018, vol. 61, p. 257-264.
- Dargent, Jérôme, *Le corps obèse : obésité, science et culture*, Éditions Ceyzérieu : Champ Vallon, 2005.
- Daston Lorraine *Classical Probability in the Enlightenment*, Princeton, Nj: Princeton University Press, 1988.
- Davis, Lennard, *Enforcing Normalcy: Disability, Deafness, and the Body*, New York: Verso, 1995.
- Delvecchio Good, Mary -Jo, « The biotechnical embrace », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2001, 25, p. 397.
- Devlin, Richard et Pothier Dianne, “Toward a critical theory of dis-citizenship”, dans Pothier Dianne et Richard Devlin (dir.), *Critical disability theory. Essays in Philosophy, Politics, Policy and Law*, Vancouver: UBC Press, 2006, p. 1-22.
- De Voyer Argenson, R.L. *Journal et mémoires du Marquis d'Argenson, tome 4*, Paris : Société de l'histoire de France, 1862.
- De Zwaan, Martina et al. “Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, follow-up study using structured clinical interviews”, *Journal of Affective Disorders*, 2011, vol.133, n°1, p. 61–68.
- De Saint Pol, Thibault, « L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent », *INSEE Première*, 1123, février 2007, p. 1-4.
- Doyal, Len, “Obesity and rationing within the NHS: Joint replacement surgery”, *International Journal of Surgery*, vol. 4, n°3, p. 146-149.
- Dror, Otniel E., “The affects of experiment: The turn to emotions in Anglo-American Physiology, 1900-1940”, *Isis*, 1999, vol. 90, n°2, p. 205–223.
- Dubet, François et al., *Pourquoi moi? L'expérience des discriminations*, Paris : Le Seuil, 2013.
- Dumont, Fernand. « L'idéologie : un mode de connaissance », *Sociologie et sociétés*, vol. 11, no1, 1979, p. 123-145.
- Durbach, Nadja, *The spectacle of Difformity. Freak Shows and modern British Culture*, Berkeley: University of California Press, 2010
- Durkheim, Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, 1894, Paris, Payot, coll. 2009.
- Editorial, “UK policy targeting obesity during a pandemic – the right approach?”, *Nature Reviews endocrinology*, 2020, vol. 16, n°609. En ligne: <https://www.nature.com/articles/s41574-020-00420-x>.

- Editorial, “The weighty matter of care for all”, *The Lancet*, 18 mars 2006. En ligne: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68354-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68354-2/fulltext)
- Ehlers, Nadine et Shiloh Frupar, “Hope Logics: biomedicine, affective conventions of cancer, and governing of biocitizenry”, *Configurations*, vol. 22, n°3, 2014, p. 385-413
- Elias, Norbert, *La Civilisation des mœurs*, Paris : Calmann-Lévy, 1973 [1939].
- Elkins, Gary et al. « Noncompliance with Behavioral Recommendations Following Bariatric Surgery’, *Obesity Surgery*, 2005, vo. 15, p. 546–551.
- Elliott, Charlene, “Big Persons, Small Voices: On Governance, Obesity and the Narrative of the Failed Citizen”, *Journal of Canadian Studies/Revue d’études canadiennes*, Vol. 41, n°3 p. 134-149.
- Ellul, Jacques, *Le bluff technologique*, Paris : Fayard/Pluriel, 2012.
- Ellul, Jacques, *Le système technicien*, Le cherche midi, 2012 (1980).
- Encinosa, W.E el al. “Recent improvements in bariatric surgery outcomes”, *Medical Care*, 2009, vol. 47, n°5, p. 531-535.
- Engels, Friedrich, *La situation de la classe laborieuse en Angleterre*, Paris : Éditions sociales, 1960 [1844].
- English W.J. et al., “**American Society for Metabolic and Bariatric Surgery estimation of metabolic and bariatric procedures performed in the United States in 2016**”, *Surgery for Obesity and Related Disease*, vol. 14, n°3, 2018.
- Evans, Bethans, “Anticipating fatness: childhood, affect and the pre-emptive ‘war on obesity’”, *Transactions of the Institute of British Geographers*, 2010, vol. 35, n°1, p. 21–38.
- Faber, Knud, *Nosography: The Evolution of Clinical Medicine in Modern Times*, New York : AMS Press, 1978.
- Faracovi, Pompeo Ornella, « L’homme et le cosmos à la Renaissance », *Diogène*, 2004/3, n°207, p. 64.
- Farrell, Amy Erdman, *Fat Shame. Stigma and the Fat Body in American Culture*, New York: New York University Press, 2011, p. 34.
- Farrell, Lucy et al., « Emotion in obesity discourse: understanding public attitudes towards regulations for obesity prevention”, *Sociology of health and illness*, 2015, vol. 38, n°4, p. 543-558.
- Fish, Stanley, *Quand lire c’est faire. L’autorité des communautés interprétatives*, trad. de l’anglais (américain) par Etienne Dobenesque, Paris, Les Prairies ordinaires, 2007.
- Fischler, Claude, « La symbolique du gros », *Communications*, n°46, 1987.
- Fischler, Claude, *L’omnivore*, Paris : Odile Jacob, 1990, p. 318-321.

- Flegal, Katherine, et al. « Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard Body Mass Index categories: A systematic review and meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, 2013, vol. 309, n°1, p. 71-82.
- Flegal, Katherine et al. “Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010”, *Journal of the American Medical Association*, 2012, vol. 205, n°5, p. 491-497.
- Flynn, M.A.T et al., “Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with ‘best practice’ recommendations, *Obesity Reviews*, 2006, vol. 7, Suppl. 1, p. 7–66.
- Fortané, Nicolas et Keck, Frédéric, « Ce que la biosécurité fait à la surveillance des animaux », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2015, vol. 9, n°2, p. 125-137.
- Foucault, Michel, *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France. 1976*, Paris, Gallimard/Seuil, 1997.
- Foucault, Michel, « Cours du 22 janvier 1975 », *Les Anormaux- Cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, Gallimard/Seuil, 1999.
- Foucault, Michel, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969.
- Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris : Presses Universitaires de France, 1963.
- Forth, Christopher, *Fat: A Cultural History of the Stuff of Life*, Chicago: The University of Chicago Press, 2013.
- Fraser, Pierre, « Les conditions d'émergence de la lutte contre l'obésité », *Thèse de sociologie*, Université Laval, Québec, 2016.
- Fraser, Suzanne, Jane Maher et Jan Wright « Between bodies and collectivities: articulating the action of emotion in obesity epidemic discourse », *Social theory and health*, 2010, vol. 8, n°2, p. 192-209.
- Freespirit, Judy et Aldebaran, *Fat Liberation Manifesto*. Fat Underground, Los Angeles, 1973.
- Freire RH, Borges MC, Alvarez-Leite JI, et al. “Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass”, *Nutrition*, 2012, vol. 28, n°1, p.53–58.
- Friedman, May, “Mother blame, fat shame, and moral panic: obesity and child welfare”, *Fat studies*, 2015, vol. 4, p. 14-27.
- Fugier, Pascal « Neutralité axiologique », dans *Dictionnaire de sociologie clinique*, 2019. p. 427-430.
- Furetière Antoine, *Dictionnaire Universel*, article « Obésité », 1701.

- Galvin, Rose, “Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: Towards a genealogy of morals”, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 2002, vol. 6, n°2, p. 107-137.
- Gardner, John, Gabrielle Samuel et Clare Williams, “Sociology of low expectations: recalibration as innovation work in biomedicine”, *Science, Technology & Human Values*, 2015, vol. 40, n°2, p. 998-1021.
- Garneau, Pierre, et al. « Guidelines for Canadian bariatric surgical and medical centres: a statement from the Canadian Association of Bariatric physicians and surgeons », *Canadian Journal of Surgery*, 2022, vol. 65, n°2, p. 170-177.
- Garland-Thomson, Rosemarie, *Freakery: Cultural spectacles of the extraordinary body*, New York: Columbia University Press, 2017.
- Gendron, Jean-Philippe, « Bariatric and cosmetic surgery : Shifting rationales in contemporary surgical practices », dans Schlich Thomas (dir.) *The Palgrave handbook of the history of surgery*, 2018, p. 503-524.
- Gendron, Jean-Philippe, « Une première chirurgie de l’obésité : la longue controverse du court-circuit jévuno-iléal (1954-1980) », *Scientia Canadensis*, 2010, vol. 33, n°1, p. 29-70.
- Gendron, Jean-Philippe, « Généalogie de la médecine opératoire de l’obésité : une histoire de l’expérimentation en chirurgie gastro-intestinale 17e-20e siècles », *Thèse doctorale d’histoire*, Université du Québec à Montréal, mai 2016.
- Geoffroy Isidore, Saint-Hilaire, *Histoire générale et particulière des anomalies de l’organisation chez l’homme et chez les animaux*, Paris : Librairie de l’académie royale de médecine, 1832, p. 90-91.
- Gighi, Rossella, « Le corps féminin, entre science et culpabilisation. Autour d’une histoire de la cellulite », *Travail, genre et société*, 2004, vol. 4, n°12, p. 61.
- Gimlin, Debra, *Body work: beauty and self-image in American Culture*, Berkeley: University of California Press, 2002.
- Gleeson, Brendan, *Geographies of Disability*, London: Routledge, 1999.
- Goldman, Leon, “Discussion”, *The American Journal of Surgery*, 1963, vol. 106 287.
- Goodley, Dan, *Dis/ability studies: Theorizing disablism and ableism*, London: Routledge, 2014.
- Goodley, Dan, *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction*, London: Sage, 2010.
- Gould, Deborah, *Moving Politics: Emotion and Act up’s fight against Aids*, Chicago: The University of Chicago Press, 2009.

- Greco, Cinzia et Nils Graber, “Anthropology of new chronicities: illness experiences under the promise of medical innovation as long-term treatment”, *Anthropology & Medicine*, vol. 29, n°1, p. 1-3.
- Greenleaf, C. et al. “Relationship of weight-based teasing and adolescents’ psychological well-being and physical health”, *The Journal of School Health*, 2014, vol. 84, n°1, p. 49–55
- Groven, Karen Synne, “They think surgery is just a quick fix”, *International Journal of Qualitative Studies of Health Well-being*. 2014, vol. 9, n°1, p. 243-78.
- Guis, Fany, « *Vers un monde sans fumée* » : analyse sociologique du dispositif anti-tabac au Québec, Thèse de sociologie, Université de Montréal, 2013.
- Guthman, Julie, “Does your neighborhood makes you fat?”, dans *Weighing In. Obesity, food Justice, and the limits of capitalism*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2011, p. 66-89.
- Guthman, Julie et Melanie DuPuis, “Embodying neoliberalism: economy, culture and the politics of fat”, *Environment and Planning D: Society and Space*, 2006, vol. 24, p. 427-448.
- Guthman, Julie, *Weighing In. Obesity, Food Justice and the Limits of Capitalism*, Berkeley: University of California Press, 2011.
- Greenhalgh, Susan, *Fat-Talk Nation: The Human Costs of America’s War on Fat*, Ithaca: Cornell University Press, 2015.
- Greenleaf, C. et al. “Relationship of weight-based teasing and adolescents’ psychological well-being and physical health”, *The Journal of School Health*, 2014, vol. 84, n°1, p. 49–55.
- Halberstam, Judith, *The Queer Art of Failure*, Durham: Duke University Press, 2011.
- Hall, Melinda, *The Bioethics of Enhancement. Transhumanism, Disability and Biopolitics*, Rowman & Littlefield, 2016.
- Hennion, Antoine, « Une sociologie des attachements. D’une sociologie de la culture à une pragmatique de l’amateur », *Sociétés*, 2004/3, n°85, p. 9-24.
- Herndon, April, “Collateral damage from friendly fire? Race, Nation, Class and the War Against Obesity”, *Social Semiotics*, 2005, vol. 15, n°2, p. 127-141.
- Herndon, April, “Disparate but disabled: Fat embodiment and disability studies”, *National Women’s Studies Association Journal*, 2002, 14, n°3, 121-137.
- Herr, Stephenson, Rebecca et Benet-Weiser, Sarah, “Super-sized kids: obesity, children, moral panic, and the media”, dans *The Children’s Television Community*, Routledge, 2007, p. 277-291.

- Hillersdal, Line., Bodil Just Christensen et Lotte Holm « Changing tastes: learning hunger and fullness after gastric bypass surgery », *Sociology of health and illness*, 2017, p. 474-87.
- Ho, Allen, Eric Sussman et Arjun Pendharkar “Deep brain stimulation for obesity: rationale and approach to trial design”, *Journal of Neurosurgery*, 2015, vol. 38, n°6, 1-9.
- Holland, K. et al., « Our girth is plain to see: an analysis of newspaper coverage of Australia’s future fat bomb », *Health, Risk and Society*, 2011, 13, vol. 1, p. 31–46.
- Houle, Gilles. « L’idéologie : un mode de connaissance », *Critique sociale et création culturelle*, vol. 11, no1, 1979, p. 124;
- Houle, Gilles. « Le sens commun comme forme de connaissance: de l’analyse en sociologie », *Sociologie et sociétés*, vol. 19, n°2, 1987.
- Howe, P. D. “Cyborg and Supercrip: The Paralympic Technology and the (Dis)empowerment of disabled athletes”, *Sociology*, 2011, vol. 45, n°5, p. 868-882.
- Hutter, Matthew, “Does outcomes research impact quality? Examples from bariatric surgery”, *The American Surgeon*, 2007, vol. 72, n°11, p. 1055-1060.
- Huff, Joyce, “Freaklore. The Dissemination, Fragmentation, and Reinvention of the Legend of Daniel Lambert, King of Fat Men”, dans Marlene, Tromp (dir.), *Victorian Freaks: The Social Context of Freakery in Britain*, The Ohio State University Press, 2008, p. 37-58.
- Ibele, Anna et Samer Mattar, « Adolescent bariatric surgery », *Surgical Clinics of North America*, vol. 91, n°6, 1011, p. 1559-1351.
- Jeffery Sobal et Albert J. Stunkard, “Socioeconomic status and obesity: a review of the literature”, *Psychological Bulletin*, 1984, vol. 105, n°2, p. 260-275,
- Jerant, Anthony et P. Franks “Body Mass Index, diabetes, hypertension, and short-term mortality: A population-based observational study, 2000-2006”, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2012, vol. 25, n°4, p. 422-431.
- Jeske, Melanie, « Constructing complexity: collective action framing and rise of obesity research”, *Biosocieties*, 2021, vol. 16, p. 116-14.
- Jodelet, Denise, « Les représentations sociales : un domaine en expansion », *Les représentations sociales, Sociologie d’aujourd’hui*, Presses Universitaires de France, 2003, p. 53.
- Johnstone, Georgina et Sharon Grant, “Weight stigmatization in antiobesity campaigns: the role of images”, *Health promotion journal of Australia*, 2019, vol. 30, n°1, p. 37-46.

- Joly, Pierre-Benoit, « Le régime des promesses technoscientifiques », dans Marc Audétat (dir.), *Sciences et technologies émergentes : pourquoi tant de promesses?* Paris, Hermann, p. 31-48.
- Juuso, Paivi, et al. “Meanings of being received and met by others as experienced by women with fibromyalgia”, *Qualitative Health Research*, 2014, 24, p.1381–1390.
- Kafer, Alison, *Feminist, Queer, Crip*, Bloomington et Indianapolis: Indiana University Press, 2013.
- Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson GT, et al. « Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up”, *Obesity Surgery*, 2002; 12, p. 270–275.
- Karlsson, Jenny et al., “Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study”, *International Journal of Obesity*, 2007, 31, p. 1248-1261.
- Kassirer, Jerome P. et Marcia Angell, “Losing weight: An ill-fated New Year's resolution”, *The New England Journal of Medicine*, 1998, vol. 338, n°1, p. 52.
- Kingsford, Anna, *Health, Beauty and the Toilet. Letters to Ladies from a Lady Doctor*, London et New York: F. Warne, 1886.
- Kinzl, JF, “Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery”, *Obesity Surgery*, 2006, 16, 9, p. 1198–204.
- Klein, David et al. “Patient characteristics that elicit negative responses from family physicians”, *Journal of Family Practice*, 1982, 14, p. 881–888.
- Kolarova, Katerina, “Affective Politics of Disability Shame in the Times of Neoliberal Exceptionalism”, dans S.Mesquita, M. K. Wiedlack, et K. Lasthofer (dir.), *Import-Export-Transport. Queer theory, Queer Critique and Activism in Motion*, Wien: Zaglossus, 2012, pp. 261–279.
- Kremen, Arnold J., John H. Linner et Charles H. Nelson, “An Experimental Evaluation of the Nutritional Importance of Proximal and Distal Small Intestine”, *Annals of Surgery*, 1954, vol. 140, n°3 p. 439-447.
- Lafontaine, Céline, Maxime Wolfe, Janie Gagné et Élisabeth Abergel, “Bioprinting as a Sociotechnical Project: Imaginaries, Promises and Futures”, *Science as Culture*, 2021, vol. 30, n°4, p. 556-580.
- Lafontaine, Céline, *Bio-objets. Les nouvelles frontières du vivant*, Paris : Éditions le Seuil, 2021.
- Lafontaine, Céline, *Le corps marché. La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*, Paris : Éditions le Seuil, 2014.
- Lafontaine, Céline, *La société postmortelle : la mort, l'individu, et le lien social à l'ère des technosciences*, Paris : Éditions le Seuil, 2008.

- Lakoff, Andrew et Stephen Collier (dir.), *Biosecurity interventions. Global health and security in question*, New York: Columbia University Press, 2008.
- Landecker, Hannah, « Postindustrial Metabolism: Fat Knowledge », *Public Culture*, 2013, vol. 25, 3/71, p. 495–522.
- Landecker, Hannah, “Metabolism, Reproduction, and the Aftermath of Categories,” *Scholar and Feminist Online*, 2013, 11.3. En ligne: <https://sfoonline.barnard.edu/metabolism-reproduction-and-the-aftermath-of-categories/>
- Landecker, Hannah, “Food as Exposure: Epigenetics and the New Metabolism,” *Biosocieties*, 2011, vol. 6, p. 167-194.
- LeBesco, Kathleen, “Fat panic and the new morality”, dans Metzel, J, Kirkland, A (eds) *Against Health: How Health Became the New Morality*, NYU Press, 2010.
- LeBesco, Kathleen, *Revolting Bodies: the struggle to redefine Fat Identity*, Amherst: MA: University of Massachusetts Press, 2004.
- LeBesco, Kathleen et Jane Evans Braziel, *Bodies out of bounds. Fatness and Transgression*, University of California Press, 2001.
- Losekam, S. “Physical activity in normal-weight and overweight youth: associations with weight teasing and self-efficacy”, *Obesity Facts*, 2010, vol. 3, n°4, p. 239–244.
- Leclerc, Georges-Louis Comte de Buffon, *Histoire naturelle, générale et particulière avec la description du cabinet du roi*, Paris, imp. Royale, 1766, t. XIV.
- Lee, Kristen, Jeffrey Hunger et Janet Tomiyama, “Weight stigma and health behaviors: evidence from the eating in America Study”, *International Journal of Obesity*, 2021, vol. 45, p. 1499-1509.
- Leibing Annette et Virginie Tournay, *Les technologies de l'espoir. La fabrique d'une histoire à accomplir*, Québec : Presses de l'Université Laval, 2010.
- Linner, John H., “Early History of Bariatric Surgery”, *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 3, n. 5, 2007, p. 569-570.
- Lock, Margaret, « Menopause, local biologies, and cultures of aging », *American Journal of Human Biology*, 2001, vol 13, n°4, p. 494-504.
- Lupton, Deborah, *Fat*, New York: Routledge, 2012.
- Lupton, Deborah, *Food, the body and the self*, London: Sage, 1996.

- Mann et al. “Medicare’s Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer”, *American Psychologist*, 2007, 62(3), p. 220–233.
- Mattingly, Cheryl, *The Paradox of Hope: Journeys Through a clinical Borderland*, University of California Press, 2010.
- Mattingly, Cheryl, Lone Gron et Lotte Meinert, « Chronic homework in emerging borderlands of healthcare », *Cult Med Psychiatry*, 2011, 35, 347-375.
- Mauldin, Laura, *Made to Hear: Cochlear Implantation and Raising Deaf Children*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 2016.
- McLaren, Lindsay, “Socioeconomic status and obesity”, *Epidemiological Review*, 29, 2007, p. 29-48.
- McNaughton, D. “‘Diabesity’ down under : overweight and obesity as cultural signifiers for type 2 diabetes mellitus”, *Critical Public Health*, 2013, vol. 23, n°3, p. 274–288.
- McRuer, Robert, *Crip Theory: Cultural signs of queerness and disability*, New York: NYU Press, 2006.
- McRuer, Robert, “Compulsory able-bodiedness and queer/disabled existence”, dans *Disability Studies* (dir.) Snyder, S L, et al., New York, 2002, p 88–99.
- Mandell, Brian, “The surgical Unsupersizing of America”, *Cleveland Journal of Medicine*, 2006, vol. 73, n°11, p. 960. En ligne: <https://www.ccjm.org/content/ccjom/73/11/960.full.pdf>
- Mann, George, “Obesity, the Nutritional Spook”, *The American Journal of Public Health*, vol. 61, n. 8, août 1971, p. 1497.
- Mann, Traci et al. “Medicare’s Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer”, *American Psychologist*, 2007, vol. 62, n°3, p. 220–233.
- Masan, Edward E. “Historical Perspectives”, dans Henry Buchwald, George S. M. Cohen et Walter J. Paries (dir), *Surgical Management of Obesity*, Philadelphie: Saunders Elseviers, 2007.
- Mason, Edward et Chikashi Ito, “Gastric Bypass”, *Annals of Surgery*, vol. 170, n°3, septembre 1969.
- McGlennon, Tim et al., « Bypassing TBI: Metabolic surgery and the link between obesity and traumatic brain injury – a review », *Obesity Surgery*, 2020, vol. 30, p. 4704-4714.
- Mechanick, Jeffrey, et al. “Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery”, *Obesity (Silver Spring)*, 2013, vol. 9, n°2, p. 1-27.
- Meleo-Erwin, Zoe, “Disrupting normal: toward the ‘ordinary and Familiar’ in fat politics”, *Feminism & Psychology*, 2012, vol. 22, n°3, p. 388-4-2.

- Meleo-Erwin, Zoe, “Chapter 5: “I just couldn’t keep it in control anymore:” Bariatric surgery, food addiction, & anti-fat stigma” dans *Banding together: Biosociality, Weight loss surgery and neoliberal discourses around obesity*, Thèse de sociologie, City of New York University, 2013, p. 135-164
- Merton, K. Robert, *Social Theory and Social Structure*, New York: The Free Press, 1968.
- Milon, Catherine, « Ce(lles) que la vioconférence rend visible(s) », *Socio-anthropologie*, 2022, 45, p. 179-195.
- Mitchell, James et al. « Bariatric surgery and psychiatry: a review”, *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1er mars 2019.
- Mitchell, Silas Weir, *Fat and blood: An Essay on the Treatment of Certain Forms of Neurasthenia and Hysteria*, Philadelphia (8ème édition), 1900.
- Mol, Annemarie, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham: Duke University Press, 2002.
- Monaghan, Lee, *Men and the War on Obesity: A sociological study*, New York: Routledge, 2008.
- Monaghan, Lee, “Discussion piece: A critical take on the obesity debate”, *Social Theory & Health*, 2005, vol. 3, p. 302–314.
- Montague, C.T. et S. O’Rahilly, « The perils of portliness: Causes and consequences of visceral adiposity”, *Diabetes*, 2000, 49:883-88.
- Moreau, Nicolas et Florence Vinit, « Empreintes de corps. Éléments de repères dans l’histoire de la médicalisation », *Nouvelles pratiques sociales*, 2007, vol. 19, n°2, p. 40.
- Morrow, Anna, “Disability studies gets fat”, *Hypatia*, 2014, vol. 30, n°1, p. 199-216.
- Mosse, George, *L’image de l’homme : l’invention de la virilité moderne*, Paris, Abbeville, 1997.
- Murray, Samantha, “Women under/in control? Embodying eating after gastric banding”, *Radical psychology*, vol. 8, n°1, 2010.
- Murray, Samantha, « Banded Bodies: The Somatechnics of gastric banding”, dans Samantha Murray et Nikki Sullivan (dir.) *Somatechnics. Queering the technologization of bodies*, London: Routledge, 2009, p. 153-168.
- Nicholas, C. et May, R. « The fifth annual HealthGrades bariatric surgery trends in American hospitals study », Golden, CO: *HealthGrades, Inc.* 2010.

- Niewöhner, Jörg et Michalis Kontopodis, « Se former à la vie elle-même : une étude ethnographique de la prévention cardiovasculaire », dans Janina Kehr (dir.) *De la vie biologique à la vie sociale. Approches sociologiques et anthropologiques*. Paris, La Découverte, 2011, p. 242-267.
- Odom, Jacqueline, et al. “Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery”, *Obesity Surgery*, 2010, 20, p. 349–56.
- Orsini, Michael, “Engendering Fatness and ‘Obesity’: Affect, Emotions, and the Governance of Weight in a Neoliberal Age”, dans MacDonald, Fiona et Alexandra Dobrowolsky (dir.), *Turbulent Times, Transformational Possibilities?* Toronto, University of Toronto Press, 2020.
- Orsini, Michael, “Illness identities and biological citizenship: reading the illness narratives of hepatitis C patients”, Article présenté à la Conférence annuelle de Association canadienne de science politique, York University, juin 2006.
- Ortega, F.B. et al. « The intriguing metabolically healthy but obese phenotype: cardiovascular prognosis and role of fitness », *European Heart Journal*, 2013, vol. 34, n°5, p. 389–97.
- Ortiz, Selena, Ichiro Kawachi et Angie M. Boyce, “The medicalization of obesity, bariatric surgery, and population health”, *Health*, 2017, vol. 21(5): 498-518.
- Ouellette, Anne-Sophie, et al., « An examination of the mechanisms and personality traits underlying food addiction among individuals with severe obesity awaiting bariatric surgery », *Eating and Weight disorders – Studies on anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 2017, p. 633-640.
- Parent-Duchâtelet, A.J. B. *De la prostitution dans la ville de Paris sous le rapport de l'hygiène*, 2ème édition, revue et corrigées, tome 1, Paris : Baillière, 1837, p. 195.
- Pausé Cat, et al. “Teeth are for chewing: a critical review of the conceptualization and ethics of a controversial intraoral weight loss device”, *British Dental Journal*, 2021, n°231, p. 675-796.
- Peiss, Kathy, *Hope in a Jar: The making of American Beauty Culture*, New York: University of Pennsylvania, 1998.
- Pélle, Anne-Sophie, « Mesurer l'excès : Albrecht Durer et la figure obèse », *Histoire de l'art*, n°10, 2012.
- Percheron, Bénédicte, « Le corps dégénéré : des textes scientifiques à la littérature française du XIXème siècle », *Arts et Savoirs*, 2, 2016. En ligne : <http://journals.openedition.org/aes/935>
- Peretti-Watel, Patrick, *La cigarette du pauvre. Enquête auprès des fumeurs en situation précaire*, Presses de l'EHESP, 2012.
- Phillipson, Andrea, “Re-reading ‘lipoliteracy’: putting emotions to work in fat studies scholarship”, *Fat studies*, 2013, 2, p. 70-86.

- Pories, Walter, “So you think we are bariatric surgeons? Think again », *Obesity Surgery*, vol. 13, n°5, 2003, 675
- Poulain, Jean-Pierre, « La médicalisation de l’obésité », dans *Sociologie de l’obésité*, Presses Universitaires de France, 2009, p. 153-172.
- Price JH, et al. “Family practice physicians’ beliefs, attitudes, and practices regarding obesity”, *American Journal of Preventive Medicine*, 1987, n°3, p. 339–345.
- Probyn, Elspeth « Silences behing the mantra: critiquing feminist fat », *Feminism & Psychology*, 2008, vol. 18, n°3, p. 401-40
- Puhl, Rebecca et Kelly Brownell, « Bias, discrimination, and obesity », *Obesity Review*, 2001, vol. 9, n°12, 788-805.
- Puhl, Rebecca et Kelly D Davis, N. Ann, “Invisible disability”, *Ethics*, vol. 116, n°1, 2005, p. 153-213.
- Puhl, Rebecca et King, K. M. “Weight discrimination and bullying”, *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2013, 27, n°2, p. 117–127.
- Puhl, Rebecca et Kelly Brownell, “Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults”, *Obesity*, 2012, vol. 14, n°10, 1802-1815.
- Puhl, Rebecca et al. “International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field”, *International Journal of Obesity*, 45(9), 2021, p. 1976-1985.
- Puhl, Rebecca, M., Luedicke, J. et Depierre, J. A. “Parental concerns about weight-based victimization in youth”, *Childhood Obesity*, 2013, 9(6), p. 540–548.
- Puwar, Nirmal, *Space Invaders. Race, gender and bodies out of place*, Oxford et New York: Berg, 2004.
- Quet, Mathieu, « La critique des technologies émergentes face à la communication promettante. Contestations autour des nanotechnologies », *Réseaux*, 2012/n°3-4, p. 271-302.
- Quetelet, Adolphe, *Recherches sur le poids de l’homme aux différents âges*, mémoire de l’Académie des sciences de Belgique, 1832.
- Quetelet, Adolphe, *Sur l’homme et le développement de ses facultés ou Essai de physique sociale*, 2 volumes, Paris : Bachelier, 1835, 2, p. 276.
- Queval Isabelle, “Itinéraires du corps augmenté: déficiences et performances dans le sport”, *Corps & Psychisme*, 2020/1, n°76, p. 21-32
- Rabinbach, Anson, *Le moteur humain. L’énergie, la fatigue et les origines de la modernité* (1^{re} éd. 1992), Paris, La fabrique, 2004.

- Rabinow, Paul, « Artificiality and Enlightenment: from Sociobiology to Biosociality », *Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton: Princeton University Press, 1996.
- Rail, Geneviève, Dave Holmes et Stuart J. Murray, “The Politics of Evidence on “Domestic Terrorists” : Obesity Discourses and their Effects”, *Social Theory & Health*, 2010, vol. 8, n°3, p.259-279.
- Rail, Geneviève et Shannon Jette, “Reflections on Biopedagogies and/of Public Health : On Bio-Others, Rescue Missions, and Social Justice”, *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies*, 2015, vol. 15, n°5, p. 327-336.
- Ratcliff, Kathryn Strother, *Women and Health: Power, Technology, Inequality, and Conflict in a Gendered World*, Boston, MA: Allyn and Bacon; 2002
- Ravitch, Mark, “Presidential Address: The Reception of New Operations”, *Annals of Surgery*, vol. 200, n°3 1984, 242.
- Rehsmann, Julie, “Failing livers livers, anticipated futures and un/desired transplants”, *Anthropology & Medicine*, 2020, n°1, vol. 29, p. 92-106.
- Remaury, Bruno, 2000, *Le beau sexe faible*, Paris : Grasset.
- Rich, Emma and Evans, John, “‘Fat ethics’: The obesity discourse and body politics”, *Social Theory & Health*, 2005, 3: 341–358.
- Rose, Nikolas, *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity*, Princeton University Press, 2007, p. 27.
- Rose, Nikolas, *Governing the soul: The shaping of the private self*, London: Free Association Press, 1999.
- Rose, Nikolas, *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, Cambridge: Cambridge University Press, 1999, p. 166.
- Rosengarten, Marsha et al., « After the euphoria: HIV medical technologies from the perspective of their prescribers », *Sociology of health and Illness*, 2004, vol. 26., n°5.
- Runswick-Cole, Katherine, “Wearing It All with a Smile: Emotional Labour in the Lives of Mothers of Disabled Children”, dans Tillie Curran et Katherine Runswick-Cole (dir.) *Disabled Children’s Childhood Studies. Critical Approaches in a Global Context*, Palgrave macmillan, 2013, p. 105-118.
- Russell, Marta et Ravi Malhotra, “Capitalism and Disability”, *Socialist Register*, 2002, 38, p. 212–228.
- Ruti, Mari, *The Ethics of Opting Out: Queer Theory’s Defiant subjects*, New York City: Columbia University Press, 2017.

- Saguy, A. et Almeling, R. “Fat in the fire? Science, the news media, and the ‘obesity epidemic’”, *Sociological Forum*, 2008, 23, 1, 53–83.
- Saguy, Abigail et Kevin Riley, “Weighing both sides: morality, mortality, and framing contests over obesity”, *Journal health polit policy law*, 2005, vol. 30, n°5, p. 869-923.
- Sarwer, David, et al. “Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence and weight loss following gastric bypass surgery”, *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2008, 4, p. 640–646.
- Saunders, Benjamin, et al. « Saturation in qualitative research: exploring its conceptualizations and operationalization », *Quality & Quantity*, 2018, vol. 52, n°4. En ligne: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5993836/>
- Schauer, Philip et Steven Nissen, « After 70 years, metabolic surgery has earned a cardiovascular outcome trial », *Circulation*, 2021, vol. 143, n°14, 1481-1483.
- Scheuer, Philip, « Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes — 3-Year Outcomes », *The New England Journal of Medicine*, 2014, 370, 2002-2013.
- Schauer, Philip et al. « Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes – 5-year outcomes », *The New England Journal of Medicine*, 2017, 376, p. 651-651.
- Schleen, A. J., et al. “De la chirurgie bariatrique à la chirurgie métabolique : vers un nouveau paradigme dans le traitement du diabète de type 2 », *Médecine des maladies métaboliques*, 2011, vol. 5., n°3.
- Schlienger, J.-L., “De la chirurgie bariatrique à la chirurgie métabolique: une histoire en devenir. Partie 1. L’histoire de la chirurgie bariatrique », *Médecine des maladies métaboliques*, vol. 9, n°7, 2015, p. 714-719
- Schmalz, D. L. “I feel fat”: weight-related stigma, body esteem, and BMI as predictors of perceived competence in physical activity”, *Obesity Facts*, 2010, 3(1), p. 15–21.
- Sedwick, Eve Kosofsky “Epidemics of the will”, dans *Tendancies*, London: Routledge, 1994.
- Senders, Katerine et Margaret Sullivan, “Epidemics of the will, failures of self-esteem: Responding to fat bodies in the Biggest Loser and What not to wear”, *Continuum, Journal of Media & Cultural Studies*, 2008, 22:4, p. 573-584.
- Sheppard, Emma, « Performing normal but becoming cripp: living with chronic pain », *Scandinavian Journal of Disability*, 2020, 22(1), p. 39-47.
- Shim, Janet et Katherine Thomson, “The end of the epidemiology wars? Epidemiological ‘ethics’ and the challenge of translation », *BioSocieties*, 2010, 5 (2): 159–179.
- Shim, Janet, Ann Russ et Sharon Kaufman, “Risk, extension and the pursuit of medical possibility”, *Sociology of Health and Illness*, 2006, 2

- Slater, Amy et Marika Tiggemann “Gender differences in adolescent sport participation, teasing, self-objectification and body image concerns”, *Journal of Adolescence*, 2011, 34(3), 455–463.
- Sointu, Eeva, “Good patient/bad patient: clinical learning and the entrenching of inequality”, *Sociology of health and illness*, vol. 39, n°1, 2017, p. 63-77.
- Solovay, Sondra, *Tipping the Scales of Injustice: Fighting Weight-Based Discrimination*, Amherst, NY: Prometheus Books, 2000.
- Steinbrock, Robert, ‘Surgery for Severe Obesity’, *New England Journal of Medicine*, 350, 2004, p. 1075–1079, p. 1075.
- Stevens, Corey, « Sick but healthy: bariatric patients and the social construction of illness and disability », *Sociology of health & illness*, vol. 42, n°4, p. 907-924.
- Stoljar, Nathalie, “Autonomy and the Feminist Intuition”, dans C. Mackenzie et N. Stoljar (dir.) *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*, Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Strathern, Marilyn, *Reproducing the future: anthropology, kinship and the new reproductive technologies*, Londres, Routledge, 1992.
- Stulman Dennett, Andrea, *Weird and wonderful. The Dime Museum in America*, New York: New York University Press, 1997, p. 68.
- Stunkard, Albert J., « Cornell Conferences on Therapy: The Management of Obesity », *New York State Journal of Medicine*, vol. 58, n°1, 1958, p. 79. Cité dans Gendron, Jean-Philippe, 2016, p. 377.
- Schwartz, Olivier, *Le Monde Privé des Ouvriers*, Paris : Presses universitaires France, 1990.
- Tennant, Margaret, *Paupers and Providers: Charitable Aid in New Zealand*, Allen and Unwin/Historical Branch, Wellington, 1989.
- Thirlby, Richard C. “Jejunioleal Bypass: Can the Mistake be Corrected?”, *Gastroenterology*, vol. 98, n° 6, 1990, p. 1711.
- Thompson, Lee et Anjeela Kumar, “Responses to health promotion campaigns: resistance, denial and othering”, *Critical Public Health*, 2011, 21:1, p. 105-117.
- Throsby, Karen, « Happy re-birthday: Weight loss surgery and the 'new me' », *Body & Society*, 2008a, vol. 14, n°1, p. 117-133
- Throsby, Karen, "That's a bit drastic:" Risk, blame in accounts of obesity surgery”, dans F. Alexander et Karen Throsby (dir.), *Gender and Interpersonal Violence: Language, Action and Representation*, London: Palgrave Macmillan, 2008b, p. 83-99.

- Throsby, Karen, *When IVF Fails: Feminism, Infertility, and the Negotiation of Normality*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.
- Tindle, H. A. et al. « Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery », *The American Journal of Medicine*, 2010, vol. 123, n°11, p. 1036–1042.
- Toulze, Marielle, « Représentations de l'obésité et corps de l'obèse », dans Meidani Anastasia et Arnaud Alessandrin (dir). *Parcours de santé, parcours de genre*, Toulouse, Presses universitaires du Midi, 2018. p. 149-166.
- Troisoeufs, Aurélien, « Je me sens désandicapée ». Approche anthropologique de la chirurgie de l'obésité et des situations de sortie de handicap, *Alter – European Journal of Disability Research*, 2020, vol 14, n°1, p. 13-26.
- Trooboffm, Spencer et al., “Psychosocial outcomes following adolescent metabolic and bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis”, *Obesity Surgery*, 2019, vol. 29, p. 3653-3664
- Turchiano, Michael, et al. “Bariatric surgery may improve employment status in unemployed, underserved, severely obese patients”, *Obesity Surgery*, 2014, vol. 24, n°5, p. 692–69.
- Tyler, Imogen, *Revolting Subjects: Social Abjection and Resistance in Neoliberal Britain*, European Journal of Communication, Zed: London, 2013.
- Valverde, Mariana, *Diseases of the will: alcohol and the dilemmas of freedom*, Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- Vandebroeck, Dieter, « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique », *Le Seuil, Actes de la recherche en sciences sociales*, 2015, vol. 3, n°208, p. 14-39.
- Vandebroeck, Dieter, *Distinctions in the flesh. Social class and the embodiment of inequality*, New York: Routledge, 2017.
- Van Hout, Guus et al. “Psychosocial Functioning following Bariatric Surgery”, *Obesity Surgery*, 2006, vol. 16, n°6, p. 787–794.
- Vaz, Paulo et Fernanda Bruno, “Types of self-surveillance: from abnormality to individuals ‘at risk’”, *Surveillance and Society*, 1, p. 272-291.
- Vigarello, Georges, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, Paris : Seuil, 2010.
- Vigarello, Georges, *La silhouette*, Paris : Seuil, 2012.
- Vester, Katharina, « Regime change: gender, class, and the invention of dieting in post-bellum America », *Journal of Social history*, 2010, vol. 44, n°1, p. 39-70.

- Vogel, Else, « Operating (on) the self: transforming agency through obesity surgery and treatment », *Sociology of health and illness*, 2018, vol. 40, n°3, p. 508-522.
- Voyvodic, Rose, “Into the wasteland: applying equality principles to medical inadmissibility in Canadian immigration law”, *Journal of Law and Social Policy*, 2001,16, p. 115-144.
- Walhberg, Ayo, « The vitality of disease » dans Maurizio Meloni et al. (dir.), *The Palgrave Handbook of Biology and Society*, 2018, p. 627-748.
- Walls, Helen, et al. “Public health campaigns and obesity – a critique”, *BMC Public Health*, 2011, vol. 11, n°1, p. 1–7.
- Warin, Megan et al. “Mothers as smoking guns: Fetal overnutrition and the reproduction of obesity”, *Feminism and Psychology*, 2012, vol. 22, n°3, p. 360-375
- Weiler, Kay et Helms Lelia, “Responsibilities of nursing education: the lessons of Russell v Salve Regina”, *Journal of Professional Nursing*, 1993, vol. 9, n°3, p. 131-138.
- Wendell, Susan « Unhealthy disabled: treating chronic illnesses as disabilities », *Hypatia*, vol. 16, n°3, 2001, p.17-33.
- Wendell, Susan, *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*, New York: Routledge, 1996.
- Werner, Anne, Steihaug Sissel et Malterud Kirsti, “Encountering the continuing challenges for women with chronic pain: recovery through recognition”, *Qual Health Research*, 2003, vol. 13, p. 491–509.
- Wetterwald, Felix, *Qu'est-ce que la cellulite?*, extrait de "La médecine internationale", septembre-octobre 1932, Impr. Tourangelle, Tours, p.15.
- Wetherell, Margaret, *Affect and emotion. A new social science understanding*, Los Angeles/London: Sage, 2012.
- Williams, Leonard, *Obesity*, London: Humphrey Milford, 1926, p. 73
- Wilson, Anthony, *The industrial diet: the degradation of food and the struggle for healthy eating*, UBC Press, 2013.
- Winson, Anthony, *The Industrial diet: the degradation of food and the struggle for healthy eating*, Vancouver: UBC Press, 2013.
- Wong, Alice, “The Work of Disabled Women Seeking Reproductive Health Care” *Sexuality and Disability*, 2000, vol.18, no. 4, p. 301–306.
- Yancey, Antronette et al., “Obesity at the crossroads: feminist and public health perspective”, *Signs*, vol. 31, n°22, 2006, p. 425-433.

- Young, Rachel, Roma Subramanian et Amanda Hinnant, « Stigmatizing images in obesity health campaign messages and healthy behavioral intentions », *Health education and Behavior*, 2016, vol. 43, n°4, p. 412-419.
- Xia, Qing, et al. « Bariatric surgery is a cost-saving treatment for obesity: a comprehensive meta-analysis and updated systematic review of health economic evaluations of bariatric surgery », *Obesity review*, 2020, vol. 21, n°1.
- Zivkovic, Tanya, et al. « In the name of the child: the gendered politics of childhood obesity », *Journal of Sociology*, 2010, vol. 46, n°4, p. 375–392.
- Zolesio, Emmanuelle, « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle », *Sociologie*, 2012, vol. 4, p. 3777-394.

PUBLICATIONS GOUVERNEMENTALES OU ORGANISATIONNELLES

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), « Bariatric surgery utilization and outcomes in 1998 and 2004 », *Statistical Brief #23, Healthcare cost and utilization project (H.CUP)*, janvier 2007. En ligne : <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb23.pdf>
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), « Le traitement chirurgical de l'obésité morbide : mise à jour », *Rapport préparé par Raouf Hassen Khodja et Jean-Marie R. Lance* (AETMIS 05-04), Montréal : AETMIS, 2005, p. xvi-116, p. v.
- Armstrong, Sarah et al. « Pediatric metabolic and bariatric surgery: evidence, barriers and best practices », *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 2019, vol. 144, n°6.
- Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) « Démasquer l'industrie de l'amaigrissement. Appel à l'action », *ASPQ*, 2015. En ligne : https://www.aspq.org/app/uploads/2020/08/2015-nov-appel-a-l-action_psm.pdf
- Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), « Industrie de la minceur ». En ligne : <https://www.aspq.org/priorite/industrie-de-la-minceur/>
- Conseil québécois sur le poids et la santé, « Enquête sur la stratégie québécoise de lutte à l'obésité-sondage grand public », *présentation powerpoint*, 2014, cité dans Association pour la santé publique du Québec, « Démasquer l'industrie de l'amaigrissement. Appel à l'action », 2020. En ligne : https://www.aspq.org/app/uploads/2020/08/2015-nov-appel-a-l-action_psm.pdf.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997 », *Études & Résultats*, février 2018.
- Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), Dossier « L'obésité n'est pas une mince affaire », *Le spécialiste, magazine de la Fédération des médecins spécialistes du Québec*, vol. 13, n° 3, septembre 2011.

- Foresight, *Tackling obesities: future choices—project report*, The stationary office, Londres, Angleterre, 2007. En ligne : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/287937/07-1184x-tackling-obesities-future-choices-report.pdf
- Gouvernement du Québec, « L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec. Plan d'action », *La Direction des communications du ministères de la Santé et des Services sociaux du Québec*, 2009, p. 5. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-932-01.pdf>
- Inspection Générale des affaires sociales (IGIS), « Situation de la chirurgie de l'obésité », IGIS, *Rapport, Tome I*, janvier 2018. <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article704>;
- Inspection Générale des affaires sociales (IGIS), « Résumé du rapport. Situation de la chirurgie de l'obésité », IGIS, *Résumé du rapport*, 2017. En ligne : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059-resume_chir_obesite-D.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), « Projections du poids corporel chez les adultes québécois de 2013 à 2030 et leurs applications à la planification en santé publiques. Fardeau du poids corporel », Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ, Québec, 2017. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2329_projections_poids_corporel_adultes_2013_2030.pdf.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), « Chirurgie bariatrique au Canada. Rapport », *Performance du système de santé*, ICIS, mai 2014. [https://secure.cihi.ca/free_products/Bariatric Surgery in Canada FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Bariatric_Surgery_in_Canada_FR.pdf)
- Lavallée Mélanie, « Docteur, on m'a opéré dans le ventre, pas dans la tête! : aspects psychologiques et psychiatriques de la chirurgie bariatrique », Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), GSOM, conférence du 10 avril 2018 (PowerPoint). En ligne : https://iucpq.qc.ca/sites/default/files/docteur_on_ma_opere_dans_le_ventre_pas_dans_la_tete.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), « L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec. Plan d'action », *La direction des communications du ministère de la Santé et Services sociaux Québec*, 2009.
- National Institutes of Health, Consensus Development Conference Panel on Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity, "Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity Consensus Statement. NIH Consensus Development Conference, March 25-27, 1991", *Annals of International Medicine*, vol. 115, n° 12, décembre 1991 p. 956.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Obesity and the economics of prevention*, 2010.

- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) *Heavy burden of obesity: the economics of prevention. A quick policy for policy makers*, OECD, 2019.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) *Obesity and Overweight*, Genève, Suisse, 2021. Disponible en ligne: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) *Tenfold increase in childhood and adolescent obesity in four decades: new study by Imperial College London and WHO*, Genève, Suisse, 2017. En ligne: <https://www.who.int/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, Suisse, 1997.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, Suisse, 2003, p. 210.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*, Genève, Suisse, 1995, p. 368-369.
- Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) 2014 - Guide de l'utilisateur, 2016.

ARTICLES DE PRESSE

- Agence France-Presse, « Maigrir grâce à une pilule contenant un ballon », *TVA Nouvelles*, 24 mai 2016. En ligne : <https://www.tvanouvelles.ca/2016/05/24/maigrir-grace-a-une-pilule-contenant-un-ballon>
- Alberga, Angela, Biagina-Carla Farseni et Julius Erdstein, « Les ravages de la guerre contre l'obésité sur les adolescents », *Le Devoir*, 12 octobre 2021. En ligne : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/639597/idees-les-ravages-de-la-guerre-contre-l-obesite-sur-les-adolescents>.
- Allard, Sophie, « Chirurgie bariatrique : 4 femmes témoignent », *La Presse*, 27 avril 2012. En ligne : <https://www.lapresse.ca/vivre/sante/femmes/201204/27/01-4519664-chirurgie-bariatrique-4-femmes-temoignent.php>
- Armstrong, Sarah, “AAP guidance calls for better access to bariatric surgery for teens with severe obesity”, *American Academy of Pediatrics News*, 27 octobre 2019. En ligne: <https://publications.aap.org/aapnews/news/6688/AAP-guidance-calls-for-better-access-to-bariatric?autologincheck=redirected>
- Barbier, Christophe, « Obèses : à qui la faute? », 29 janvier 2020 rediffusé sur le site Arrêt sur images, « Air France/Obèses : Barbier contesté », *Arrêt sur images*, 26 janvier 2020. Disponible en ligne : <https://www.arretsurimages.net/articles/air-france-obeses-barbier-conteste>.

- Belsoeur, Camille « Comment la grossophobie entrave l'accès à l'emploi pour les personnes en surpoids », *France Info*, 21 mars 2019. En ligne : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/normandie/manche/cherbourg-cotentin/comment-grossophobie-entrave-acces-emploi-personnes-surpoids-1642298.html>.
- Bernier, Édith, « La grossophobie de Nathalie », *Grossophobie.ca*, 9 septembre 2019, en ligne : <https://grossophobie.ca/blogue/2019/09/09/grossophobie-de-nathalie/>
- Bernier, Edith, « Le droit de dire non », *Grossophobie.ca*, 4 août 2020. En ligne : <https://grossophobie.ca/blogue/2020/08/04/le-droit-de-dire-non/>
- Brown, Harriet, “In ‘Obesity Paradox’, Thinner may mean sicker”, *New York Times*, 2012, 17 septembre. En ligne: <https://www.nytimes.com/2012/09/18/health/research/more-data-suggests-fitness-matters-more-than-weight.html>
- Campbell, Denis, “Fire crews ‘are lifting obese patients daily’”, *The Guardian*, 13 mars 2009. En ligne: <https://www.theguardian.com/society/2009/mar/13/fire-crews-nhs-obesity>.
- Caron, Cassandre, « À voir : la perte de poids spectaculaire de Nathalie Simard », *7 jours*, 9 mai 2020. En ligne : <https://www.qub.ca/article/la-perte-de-poids-spectaculaire-de-nathalie-simard-1000275907>
- CBC News, “Fall River woman gets Mexican obesity surgery”, *CBC News*, 29 décembre 2011, en ligne : <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/fall-river-woman-gets-mexican-obesity-surgery-1.1032285>
- Childs, Dan, “Do obese people aggravate Global warming?”, *ABC News*, 16 mai 2018. En ligne: <https://abcnews.go.com/Health/Diet/story?id=4865889&page=1>.
- Chang, Juju et al. « ‘Too fat to fly’ Passenger sues southwest airlines for discriminatory actions », *ABC News*, 3 mai 2012: <https://abcnews.go.com/Travel/fat-fly-passenger-sues-southwest-airlines-discriminatory-actions/story?id=16271932>.
- Chetel, Laetitia, “Obésité : une chirurgie à risque?”, *France Culture*, 7 février 2020. En ligne : <https://www.franceculture.fr/sciences/obesite-une-chirurgie-a-risque>
- Chouinard, Valérie, « La chirurgie bariatrique change la vie, mais non sans efforts », *TVANouvelles*, 19 octobre 2017. En ligne : <https://www.tvanouvelles.ca/2017/10/19/la-chirurgie-bariatrique-change-la-vie-mais-non-sans-efforts>
- Chung, Amy, “Daunted by 10-year wait in Canada, over-weight woman goes to Tijuana, Mexico for free weight-loss surgery”, *National Post*, 28 novembre 2011, en ligne: <https://nationalpost.com/news/canada/daunted-by-10-year-wait-in-canada-over-weight-woman-goes-to-tijuana-mexico-for-free-weight-loss-surgery>

- Craven Julia, “A magnetic jaw lock is not going to treat obesity”, *Slate*, 9 juillet 2021. En ligne: <https://slate.com/technology/2021/07/magnetic-jaw-lock-obesity-ineffectual-cruelty-dentalslim-diet-control.html>
- Cuneo, Louise, « La polémique sur les passagers obèses ressurgit chez Air France-KLM », *Le Point*, 20 janvier 2010. En ligne : https://www.lepoint.fr/societe/la-polemique-sur-les-passagers-obeses-ressurgit-chez-air-france-klm-20-01-2010-415266_23.php
- Dailey, Kate, “Atlanta anti-obesity ads ‘risk child stigma’”, *BBC News*, 9 février 2012. En ligne: <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-16958865>
- De Pape, Nicolas « Bypass, sleeve...On joue aux apprentis sorciers », Entrevue réalisées avec le chirurgien digestif Marc Vertruyen, *Le Journal du Médecin*, 20 février 2020. En ligne : https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/bypass-sleeve-on-joue-aux-apprentis-sorciers/article-normal-45731.html?cookie_check=1697290540
- Dubuc, Alain, « Le bully », *La Presse*, 28 janvier 2015. En ligne : <https://www.lapresse.ca/debats/201501/27/01-4838976-le-bully.php>
- Durocher, Sophie, « Nathalie Simard et la guerre des kilos », *Le Journal de Montréal*, 28 septembre 2019, en ligne : <https://www.journaldemontreal.com/2019/09/18/nathalie-simard-et-la-guerre-des-kilos>.
- Freedhoff, Yoni, “Nova Scotian on 10 year wait for surgery pens her own obituary”, *Weighty Matters*, 27 juillet 2011, en ligne: <http://www.weightymatters.ca/2011/07/nova-scotian-on-10-year-wait-for.html>
- Fréour Pauline, « Le ‘pacemaker gastrique’, nouvelle arme contre l’obésité », *Le Figaro.fr*, 14 mars 2011. En ligne : <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/03/14/10792-pacemaker-gastrique-nouvelle-arme-contre-lobesite>
- Frogel, Philippe, « L’obésité, première épidémie non-infectieuse de l’histoire », *Le monde*, 14 mars 2000. En ligne : <https://jancovici.com/recension-de-lectures/articles/lobesite-premiere-epidemie-non-infectieuse-de-lhistoire-mars-2000/>
- Girard-Bossé, Alice, “Subir une opération bariatrique à 18ans », *La Presse*, 5 mars 2022. En ligne : <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-03-05/subir-une-operation-bariatrique-a-18-ans.php>
- Goodyear, Sheena, « Childhood obesity ad campaign sparks controversy », *Toronto Sun*, 9 février 2012. En ligne: <https://torontosun.com/2012/02/09/childhood-obesity-ad-campaign-sparks-controversy>
- Gras politique, « #PasMaRenaissance : halte à la grossophobie! », *Billet de Blog, Le Club de Mediapart*, 8 janvier 2021. En ligne : <https://blogs.mediapart.fr/gras-politique/blog/080121/pasmarenaissance-halte-la-grossophobie>

- Hogenboom, Melissa, “How deep brain stimulation silenced food cravings”, *BBC Future*, 21 mars 2018. En ligne: <https://www.bbc.com/future/article/20180312-how-electronic-brain-stimulation-silenced-food-cravings>
- Horel, Julia “Fatness and Rob Ford”, *Shameless*, 27 juillet 2011. En ligne: <https://shamelessmag.com/blog/entry/fatness-and-rob-ford/>
- IUCPQ, “Diabète de type 2 chez les patients souffrant d’obésité: choisir la meilleure approche chirurgicale améliore le taux de guérison“, *Site officiel de l’IUCPQ*, 4 décembre 2018. En ligne: <https://iucpq.qc.ca/fr/actualites/diabete-de-type-2-chez-les-patients-souffrant-d-obesite-choisir-la-meilleure-approche>
- Kahn, Michael, “Obesity seem contributing to global warming”, *Reuters*, 15 mai 2008. En ligne: <https://www.reuters.com/article/uk-food-climate-obesity-idUKL1572011320080515>
- Kinzel, Lesley, « Nobody owes you fat positivity: on weight loss surgery as “betrayal”, *Medium*, 17 avril 2018, en ligne: <https://medium.com/@SpaceShuttle/nobody-owes-you-fat-positivity-on-weight-loss-surgery-as-betrayal-ccc65d81f1db>
- Kirkey, Sharon, « Are obese people to blame for their condition? No, says report calling for a wider access to treatment”, *National Post*, 25 avril 2017. En ligne : <https://nationalpost.com/health/are-obese-people-to-blame-for-their-condition>
- Kolovos, Benita, « Shortage of diabetes medication Ozempic after TikTok users promote drug for weight loss », *The Guardian*, 31 mai 2022. En ligne : <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/may/31/shortage-of-diabetes-medication-ozempic-after-tiktok-users-promote-drug-for-weight-loss>
- Kutlu, Nadielle, « Chirurgie bariatrique : quand les stars se tournent vers la chirurgie », *La Presse*, 14 novembre 2017. En ligne : <https://plus.lapresse.ca/screens/141652a7-6f76-4477-b6f3-b451c8cd5b7b%7C.0.html>
- Lacoursière, Ariane, « L’obésité, c’est une maladie », *La Presse*, 4 août 2020. En ligne : <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-08-04/1-obesite-c-est-une-maladie.php>
- La Dépêche, « Obésité : La technique du ballon gastrique se développe pour aider à la perte de poids », *La Dépêche.fr*, 18 mai 2021. En ligne : <https://www.ladepêche.fr/2021/05/17/obesite-la-technique-du-ballon-gastrique-se-developpe-pour-aider-a-la-perde-de-poids-9550576.php>
- La Presse Canadienne, « Une pénurie du médicament Ozempic est à prévoir au Canada », *Radio Canada*, 18 août 2023. En ligne : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2004253/penurie-ozempic-prevue-canada>
- La Presse, « Une pénurie d’Ozempic attendue au Canada », *La Presse*, 18 août 2023, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-08-18/une-penurie-d-ozempic-attendue-au-canada.php>

- La Presse Canadienne, « Des médecins s'inquiètent des nombreuses publicités pour le médicament Ozempic », *Le Soleil*, 20 juin 2023. En ligne : <https://www.lesoleil.com/actualites/2023/06/20/des-medecins-sinquiètent-des-nombreuses-publicités-pour-le-medicament-ozempic-HPNPHFIYDNGIRMNRMTTJG7LEXM/>
- La Rédaction, « Obésité : espoir d'un pacemaker 'anti-faim' » *Paris Match*, 14 mars 2017. En ligne : <https://www.parismatch.com/Actu/Sante/Obesite-espoir-d-un-pacemaker-anti-faim-1207928>
- Lacoursière Ariane, « Fécondation in vitro : refuser les traitements aux obèses? », 22 septembre 2011. En ligne : <https://www.lapresse.ca/vivre/sante/201109/22/01-4450125-fecondation-in-vitro-refuser-les-traitements-aux-obeses.php>
- Lavenne, Laura, « #PasMaRenaissance : la contre-attaque des anti-grossophobie face à la nouvelle émission de M6 », *France Inter*, 11 janvier 2021. En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/pasmarenaissance-la-contre-attaque-des-anti-grossophobie-face-a-la-nouvelle-emission-de-m6-3115248>
- Lebel, Marc et Julie St-Pierre, « Il y a urgence d'agir pour contrer l'épidémie d'obésité », *Le Devoir*, 11 octobre 2019. En ligne : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/564575/il-y-a-urgence-d-agir-pour-contrer-l-epidemie-d-obesite>
- Legault, Jean-Benoit, « L'obésité, pas seulement une question de poids », *Le Devoir*, 4 août 2020. En ligne : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/583561/l-obesite-pas-seulement-une-question-de-poids>
- Le Journal de Montréal, « La chirurgie bariatrique, un premier pas vers une nouvelle vie », *Le Journal de Montréal*, 16 octobre 2020. En ligne : <https://www.journaldequebec.com/2020/10/16/la-chirurgie-bariatrique-un-premier-pas-vers-une-nouvelle-vie>
- Lelièvre, Dominique, « Il perd 147 livres en sept mois », *TV/A Nouvelles*, 18 octobre 2019. En ligne : <https://www.tvanouvelles.ca/2019/10/18/il-perd-147-livres-en-sept-mois-1>
- Lemay Éric Yvan, « Même chirurgie, mêmes médecins. Chirurgie à deux vitesses », *Le Journal de Montréal*, 11 avril 2014, en ligne : <https://www.journaldemontreal.com/2014/04/10/chirurgie-a-deux-vitesses>
- Lemay, Éric Yvan, « Ex-obèses morbides, ils sont perdus 270 livres », *Le Journal de Montréal*, 8 janvier 2013, en ligne : <https://www.journaldemontreal.com/ils-ont-perdu-370-livres>
- Lemay, Éric Yvan, « Chirurgie bariatrique : des patients en colère », *Le Journal de Québec*, 11 avril 2014, en ligne : <https://www.journaldequebec.com/2014/04/11/des-patients-en-colere>
- Lemay, Éric Yvan, « Même chirurgie, mêmes médecins, Chirurgie à deux vitesses », *Le Journal de Montréal*, 10 avril 2014, en ligne : <https://www.journaldemontreal.com/2014/04/10/chirurgie-a-deux-vitesses>

- Lemay, Éric Yvan, « Obésité morbide : Opéré vite en Ontario », *Le Journal de Montréal*, 18 février 2012, en ligne : <https://www.journaldemontreal.com/2012/02/18/opere-vite-en-ontario>
- Nadeau, Jessica, « Denis est en attente d’une opération de chirurgie bariatrique, qui s’éloigne encore et toujours », *Le Devoir*, 24 janvier 2022. En ligne : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/663894/serie-les-visages-du-delestage-denis-est-en-attente-d-une-operation-de-chirurgie-bariatrique-qui-s-eloigne-encore-et-toujours>
- Non signé, « Une pétition pour que Gaétan Barrette prenne sa santé en main », *Le Journal de Montréal*, 23 avril 2014. En ligne : <https://www.journaldemontreal.com/2014/04/23/une-petition-pour-que-gaetan-barrette-prenne-sa-sante-en-main>
- O’Connor, Joe, « Doug Ford is a bigger bully, ex-Rob voter says », *The National Post*, 12 septembre 2014. En ligne: <https://nationalpost.com/news/toronto/doug-ford-is-a-bigger-bully-ex-rob-voter-says>
- Poupart, Marie, « Obésité : maigrir après une chirurgie bariatrique », *Le Journal de Montréal*, 31 octobre 2014. En ligne : <https://www.journaldemontreal.com/2014/10/31/maigrir-apres-une-chirurgie-bariatrique>
- Preidt, Rober, “Obesity epidemic may contribute to climate change”, *HealthDay News*, 10 décembre 2019. En ligne: <https://www.webmd.com/diet/obesity/news/20191220/growing-obesity-rates-may-contribute-to-climate-change>;
- Racine, Véronique, « La fondatrice du site grossophobie.ca dénonce la chirurgie bariatrique pour les adolescents », *Le Journal de Québec*, 7 novembre 2019. En ligne : <https://www.journaldequebec.com/2019/11/07/la-fondatrice-du-site-grossophobieca-denonce-la-chirurgie-bariatrique-pour-les-adolescents>.
- Roberge, Simon, « Le plus beau cadeau que la vie m’a fait », *La Tribune*, 4 avril 2020. En ligne : <https://www.latribune.ca/2020/04/05/le-plus-beau-cadeau-que-la-vie-ma-fait-1bef02450ddb23029457be7234d711a4/>
- Roberge, Simon, « Chirurgie bariatrique : une qualité de vie en chute libre », *La Tribune*, 4 avril 2020. En ligne : <https://www.latribune.ca/2020/04/05/chirurgie-bariatrique-une-qualite-de-vie-en-chute-libre-6c1c5f442b539f90001b634afac23d69/>
- Roy, Johanne, « Chirurgie de l’obésité : étude d’envergure sur les bénéfices à long terme », *Le Journal de Montréal*, 11 juin 2015. En ligne : <https://www.journaldemontreal.com/2015/06/11/chirurgie-de-lobesite-etude-denvergure-sur-les-benefices-a-long-terme>
- Satgg, Elliot, Victoria, “Bariatric Surgery Maintains, Doesn't Gain”, *American Medical News*, 23 avril 2012. En ligne: <https://amednews.com/article/20120423/business/304239976/4/>

- Slight, Nathalie, « Nathalie Simard et sa fille Ève s’ouvrent sur leur importante perte de poids », *7 jours*, 9 janvier 2020, en ligne : <https://www.7jours.ca/2020/01/09/nathalie-simard-et-sa-fille-eve-souvrent-sur-leur-importante-perde-de-poids>
- Slight, Nathalie, « Nathalie Simard : ‘Je n’ai jamais été si bien dans ma peau’ », *7 jours*, 11 septembre 2011. En ligne : <https://www.7jours.ca/2019/09/11/nathalie-simard-je-nai-jamais-ete-si-bien-dans-ma-peau>
- St-Jacques, Sylvie, « Chirurgie bariatrique : rétrécir de l’intérieur », *La Presse*, 27 avril 2012; Labos Christopher, « Opinion : Weight loss and the case for bariatric surgery », *Montreal Gazette*, 22 février 2018. En ligne : <https://www.lapresse.ca/vivre/sante/201204/27/01-4519594-chirurgie-bariatrique-retrecir-de-linterieur.php>
- Radio Canada, « Le point sur l’obésité chez l’adulte : entrevue avec le Dr André Tchernof », *Radio Canada, Émission Tout un matin*, 4 août 2020.
- Richardson Lisa, « Activists fight against weight-loss surgery », *Lawrence Journal World*, 28 février 2004, en ligne : https://www2.ljworld.com/news/2004/feb/28/activists_fight_against/
- Tait, Melanie, « I had 85% of my stomach cut out. Am I a traitor? », *The Nib*, 9 mars 2018. En ligne: <https://thenib.com/gastric-sleeve-fat-acceptance/>
- Tillmon, Johnnie, “Welfare As a Woman’s Issue”, *Ms*, Printemps 1972, p. 111.
- TVA Nouvelles, “Un ex-obèse morbide veut sensibiliser la population », *TVA Nouvelles*, 16 octobre 2019, en ligne : <https://www.tvanouvelles.ca/2019/10/16/un-ex-obese-morbide-veut-sensibiliser-la-population>
- Université Laval, « Plus de 3 M\$ pour la recherche en chirurgie bariatrique à l’Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval », *Université Laval, Communiqué de Presse*, 11 juin 2016. En ligne : https://www.fsaa.ulaval.ca/faculte/actualites-et-evenements/actualites/details?tx_ttnews%5Btt_news%5D=678&cHash=22037b6547e7c1f556019d0e8c93a6a3
- Zeidler, Maryse, “Is Canada’s medical system pushing people abroad for treatment?”, *BBC News*, 16 juillet 2017, en ligne: <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/is-canada-s-medical-system-pushing-people-abroad-for-treatment-1.4195663>.

DOCUMENTS AUDIOVISUELS

- Greenstreet, Steven (réalisateur), *Killer at Large: Why Obesity is America’s greatest Threat*, Netflix, 2008, 104min.
- Myara, Shana (réalisatrice), *Well Rounded*, 2020, 61min.

- LSD, la série documentaire, « Épisode 4/4 : Aimer tous les corps », dans *Place aux gros*, France Culture, 2019, 54min. En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/lsd-la-serie-documentaire/aimer-tous-les-corps-3501200>
- Morin, Jacques, Chérel, Laetitia et Cellule investigation de Radio France, « Obésité : les dérives de la chirurgie », *Secrets d'info*, 8 février 2020, 35min. En ligne : <https://www.franceinter.fr/emissions/secrets-d-info/secrets-d-info-08-fevrier-2020>

SITES INTERNET

- Blog de l'activiste québécoise Edith Bernier : <https://grossophobie.ca/blogue/author/admin/>
- Blog de la militante handi-féministe Charlotte Puisseux : <https://charlottepuisseux.weebly.com/>
- Site officiel de l'Association française Gras Politique : <https://graspolitique.fr/>
- Site officiel de la clinique Michel Gagné : <https://cliniquemichelgagner.com/fr>
- Site officiel de la fondation Ronald Denis : <https://fondationronalddenis.com/>

Annexe 1

La structuration du système de santé canadien et l'organisation de la pratique bariatrique au Québec

La Loi canadienne sur la santé : La Constitution canadienne régit la structure du système de santé, partageant les responsabilités entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Le gouvernement fédéral établit des principes nationaux et fournit un soutien financier aux provinces et territoires via des transferts fédéraux. Chaque province élabore ses propres politiques de santé et décide des services couverts par l'assurance maladie provinciale. La *Loi canadienne sur la santé* établit les critères et conditions des régimes d'assurance-maladie que les provinces doivent respecter pour recevoir les fonds fédéraux. Les provinces doivent garantir un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux, et la surfacturation et les frais modérateurs sont découragés.

Organisation du système de santé au Québec : Au Québec, l'organisation du système de santé et de services sociaux repose sur deux paliers de gouvernance : le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les différents établissements de santé et de services sociaux, notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Le MSSS élabore les politiques de santé publique et assure la supervision et la coordination des différentes activités de santé sur le territoire québécois. Les établissements de santé, quant à eux, sont responsables de fournir les services de santé à la population, en fonction des orientations et des priorités établies par le MSSS.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : Relevant du MESS, la Régie de l'assurance maladie du Québec, couvre une gamme de services de santé de base, y compris les consultations médicales, les hospitalisations, les soins infirmiers et les médicaments prescrits. Les patients bénéficient d'un accès gratuit à ces services, mais certains frais peuvent s'appliquer pour les médicaments, les soins dentaires et d'autres services non couverts.

Établissements privés de santé: En plus du système de santé public, il existe des cliniques privées de santé au Québec et au Canada qui offrent des services médicaux moyennant des frais. Ces cliniques sont généralement utilisées pour des services non couverts par l'assurance maladie provinciales, ou pour des services médicaux qui peuvent être obtenus plus rapidement dans le secteur privé. Les cliniques privées peuvent être liées au système public par le biais de partenariats ou de contrats de service, mais elles opèrent de manière distincte et ont leurs propres politiques de facturation et d'admission.

Admissibilité à la chirurgie bariatrique: Au Québec, comme dans le reste des provinces canadiennes, la chirurgie bariatrique est couverte par l'assurance maladie dans le cadre de programmes spécifiques établis par les autorités de santé provinciales. Au Québec, les critères d'admissibilité à la chirurgie bariatrique sont déterminés par le MESS, en se basant sur les recommandations cliniques des professionnels. Pour être admissibles dans les hôpitaux publics, les patients devraient ainsi répondre à deux conditions : être reconnu cliniquement en obésité sévère en ayant un Indice de masse corporelle supérieur à 35 kg/m² avec problèmes de santé associés (diabète, apnée du sommeil, pression artérielle, etc.) ou un indice de masse corporelle de 40 kg/m² avec ou sans comorbidités, et obtenir une référence d'un médecin. Néanmoins, les critères d'éligibilité et les protocoles de traitement peuvent varier d'un établissement à l'autre, laissant une certaine latitude aux équipes cliniques dans leur processus décisionnel.

Suivi postopératoire: Au Québec, le suivi postopératoire à la suite d'une chirurgie bariatrique sont assurés par les établissements de santé publics. Cela inclut les consultations de suivi avec les professionnels de la santé spécialisés dans le traitement de l'obésité, les visites de suivi médical, les consultations diététiques, les séances de soutien psychologique et les tests médicaux nécessaires pour surveiller la santé du patient après la chirurgie. La qualité et la durée de ce suivi varient toutefois d'un établissement de santé à l'autre, en fonction des ressources disponibles. En ce qui concerne les cliniques privées, le suivi pris en charge est souvent minimal. Bien que les établissements publics de santé soient dans l'obligation de prendre en charge les patients en prise à des complications postopératoires opérés ailleurs (dans des cliniques privées au Québec ou à l'étranger), ils ne sont pas tenus de leur offrir le suivi qu'ils offrent à leurs patients.

Chirurgies réparatrices : Les chirurgies réparatrices pour enlever l'excès de peau résultant de la perte de poids entraînée par la chirurgie bariatrique sont couvertes par la Régie de l'assurance maladie dans certains cas jugés médicaux, par exemple lorsque le patient présente des blessures liées à l'humidité ou des troubles fonctionnels causés par l'excès de peau. Évaluées au cas par cas par la Régie, elles sont souvent considérées comme des interventions esthétiques et ne sont pas systématiquement remboursées.