

**L'OBÈSE INVISIBLE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES
AU NIVEAU DE L'OMS**

Jonathan Peuch

Décembre 2017



**Institute for Interdisciplinary Research in Legal sciences (JUR-I)
Centre for Philosophy of Law (CPDR)**

La Cellule de recherche interdisciplinaire en droits de l'homme (CRIDHO) a été constituée au sein du Centre de philosophie du droit, centre de recherches localisé au sein de l'Institut pour la recherche interdisciplinaire en sciences juridiques (JUR-I) de l'Université de Louvain, par des chercheurs soucieux de réfléchir le développement contemporain des droits fondamentaux à l'aide d'outils d'autres disciplines, notamment l'économie et la philosophie politique. La CRIDHO travaille sur les rapports entre les mécanismes de marché et les droits fondamentaux, aussi bien au niveau des rapports interindividuels qu'au niveau des rapports noués entre Etats dans le cadre européen ou international.

CRIDHO Working Papers

Tous droits réservés.

Aucune partie de ce document ne peut être publiée, sous quelque forme que ce soit, sans le consentement de l'auteur.

The Interdisciplinary Research Cell in Human Rights (CRIDHO) has been created within the Centre for Legal Philosophy (CPDR), a research centre located in the Institute for Interdisciplinary research in legal science (JUR-I) of the University of Louvain, by scholars seeking to understand the development of fundamental rights by relying on other disciplines, especially economics and political philosophy. The CRIDHO works on the relationship between market mechanisms and fundamental rights, both at the level of interindividual relationships as at the level of the relationships between States in the European or international context.

CRIDHO Working Papers

All rights reserved

No part of this paper may be reproduced in any form without consent of the author

L'OBÈSE INVISIBLE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES AU NIVEAU DE L'OMS

Jonathan Peuch

Doctorant en sciences juridiques, Chercheur au Centre de Philosophie du droit et au laboratoire LPTransition, Université Catholique de Louvain, Belgique.

Cet article vise à soulever certains enjeux relatifs à l'obésité à l'aide d'une approche principalement basée sur la sociologie des problèmes publics. Notre objectif est de retracer la généalogie du « problème public » de l'obésité en étant attentif à la manière dont elle a été initialement définie au niveau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Nous tentons de répondre aux deux questions suivantes : quelle place les personnes obèses prennent-elles dans la définition du problème de l'obésité ? En quoi la question de cette place est un enjeu pour renforcer les dispositifs de lutte contre l'obésité ? Notre méthode consiste, dans un premier temps, à analyser les documents de l'Organisation Mondiale de la Santé relatif à l'obésité, puis dans un second temps à nous pencher sur les positionnements des associations d'obèses, pour terminer par proposer des façons d'inclure les personnes obèses à l'aide de dispositifs participatifs.

L'obésité n'est considérée comme un « problème » que depuis récemment. Elle a même pendant longtemps été valorisée comme un marqueur de richesse (Corbin, Courtine, et Vigarello 2016), et le reste encore dans bien des endroits (Renzaho 2004; Poulain 2009), ce qui oblige à penser toutes mesures publiques dans le domaine relativement aux communautés, aux cultures, aux temporalités et aux spatialités. Bien qu'elle soit reconnue comme maladie aux Etats-Unis depuis 1985 (Food and Drug Administration 1995, 17), c'est en 1997 que l'Organisation Mondiale de la Santé la déclare maladie chronique sur la base d'une consultation internationale (World Health Organization 2003). L'ampleur de l'épidémie constitue la raison principale de cet intérêt : le nombre de personnes obèses a doublé depuis 1980, et la tendance est toujours significative aujourd'hui (World Health Organization 2016). Au niveau mondial, 30% de la population est en surpoids ou obèse, et la tendance à la hausse est constante (McKinsey Global Institute 2014). Dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), une majorité de la population est en surpoids ou obèse, la moyenne étant tirée vers le haut par les pays anglo-saxons. En Irlande, 79% des hommes sont en surpoids (OECD 2014). En Belgique, 14,7% de la population était obèse en 2014, auxquels s'ajoutent les personnes en surpoids : 14% de femmes et 17% d'hommes. L'obésité est sensible aux inégalités sociales : les catégories de la population les plus diplômées sont les moins touchées. L'obésité est un facteur de risque décisif pour la plupart des maladies non communicables (cholestérol, maladie cardio-vasculaire, certains cancers, diabète de type-2) (World Health Organization 2003). A l'échelle mondiale, elle est estimée responsable de 2,8 millions décès prématuré chaque année, et son coût est estimé *grosso modo* à 2 000 milliards de dollar en 2012, l'équivalent de la cigarette (McKinsey Global Institute 2014).

A la vue de la tendance à l'augmentation de l'obésité, les échecs de la lutte internationale contre l'obésité sont jusque-là cuisants. A quelques exceptions notables, comme la ville de Seinäjoki en Finlande qui a adopté l'approche « la santé dans toutes les politiques »¹, ainsi qu'une stabilisation de la croissance de l'obésité en France qui demande encore à être confirmée (Verdot et al. 2017; Castetbon et al. 2008), la myriade d'injonctions et de mesures publiques appelant à mieux manger ne semble pas porter ses fruits, et exige des réflexions supplémentaires. L'une des raisons principales est que la capacité des pays à formuler des interventions d'une ampleur suffisante est limitée par les normes et le droit commercial signés au niveau international (Chopra, Galbraith, et Darnton-Hill 2002, 953). L'Organisation Mondiale du Commerce définit en grande partie la forme du système alimentaire mondial, et l'OMS joue un rôle prépondérant en définissant une réponse internationale possible (Chopra, Galbraith, et Darnton-Hill 2002, 954). Dans ce cadre, notre hypothèse est qu'une analyse de l'approche internationale des pouvoirs publics dans la définition et l'appréhension du problème de l'obésité mettrait en lumière certaines faiblesses, et en particulier l'absence de participation des personnes obèses alors qu'ils sont directement concernés par à la fois le problème mais aussi les solutions envisagées. Loin de prétendre à l'exhaustivité de l'analyse des « approches » de chaque Etat concerné par le problème de l'obésité, nous nous concentrons sur le niveau originaire des politiques publiques de lutte contre l'obésité, qui est celui de l'OMS. Généralement, les personnes obèses sont davantage considérées comme des « objets scientifiques » que comme des « sujets politiques » ou plus simplement comme des acteurs de leur vie (ce sont des « sujets médicaux »). Or, traiter de l'obésité sans intégrer les obèses dans les processus d'élaboration des politiques publiques reviendrait à se priver d'acteurs pourtant centraux, et des informations essentielles qu'ils pourraient apporter (Blondiaux 2007). Ce manque semble bien fragiliser l'efficacité et la pertinence des solutions envisagées ; de plus, il réduit l'engagement personnels des obèses dans les dispositifs qui sont mis en place pour eux (Moller, Ryan, et Deci 2006; Ryan et Deci 2000). Enfin, il faut souligner qu'il existe pourtant des solutions en termes de participation et de gouvernance qui, bien qu'encore marginales dans leur usage, pourraient palier en partie à cette exclusion et améliorer d'autant la solidité des réponses apportées au problème de l'obésité.

Dans les innombrables travaux qui traitent de l'obésité, une minorité abordent la question de la participation des obèses aux politiques publiques avec une approche de sociologie politique. La question n'est qu'indirectement posée dans l'ouvrage –pourtant remarquablement complet– *Sociologie de l'obésité* de Jean-Marc Poulain (Poulain 2009). On retrouve des travaux ayant adoptés une approche foucauldienne, construits autour du concept de « biopolitique ». Ce concept renvoie à la manière dont le pouvoir gouverne l'ensemble des vivants, constitués en population, à partir des questions de santé, d'hygiène, d'alimentation, de sexualité (Bossy et Briatte 2011; Bert 2011; Lucas 2011). Leur propos est d'analyser l'évolution de la « gouvernementabilité » de la santé publique : les autorités n'exercent plus leur pouvoir par une menace sur la mort (comme avec la peine de mort), mais en disciplinant et contrôlant chaque aspect de la vie des personnes. Les institutions encadrent et déterminent les modes de vie – avec le cas extrême de la prison (Foucault 1975). Cette approche souligne la prégnance des méthodes

¹ On peut consulter un compte rendu sur le site de l'OMS : <http://www.who.int/features/2015/finland-health-in-all-policies/fr/>

libérales insistant sur la subjectivation et la responsabilisation des individus, qui va de pair avec un désengagement des pouvoirs publics. L'individu peut être laissé seul face aux contraintes sociales qui pèsent sur lui (Lucas 2011). Les études s'appuyant sur Foucault offrent une porte d'entrée en termes de rationalité politique qui peut s'appliquer au corps et à l'obésité : il s'agit bien de montrer les processus disciplinaires de normalisation et de socialisation qu'ils connaissent (Wright et Harwood 2012). Dans cette perspective, la participation des publics apparaît comme une exception. D'autres recherches sont davantage basées sur les travaux de Bourdieu. Elles pointent la violence symbolique des politiques d'obésité comme l'un des facteurs expliquant leur échec : certaines personnes les perçoivent comme une manière d'imposer et d'internaliser des habitudes qui leur sont étrangères, ce qui a pour réaction d'attiser des résistances qui peuvent rendre les mesures inopérantes (Wachs et Chase 2013). Là aussi, les personnes vont jusqu'à se sentir dépossédées de leur corps, et, conséquemment, ne participent pas du tout au dispositif. Sans se démarquer strictement de ces approches, l'originalité de cet article est de se concentrer sur la manière dont les publics obèses sont intégrés en amont à l'élaboration et à la définition des politiques publiques de l'obésité au niveau de l'OMS.

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

I - L'obésité : un problème technique ?

Il est intéressant de retracer la construction sociale du problème de l'obésité parce qu'une telle généalogie met à jour l'approche qui a configurée l'action des pouvoirs publics jusque-là, et qui détermine la place qu'occupe les personnes obèses dans les politiques publiques proposées. Nous nous intéressons principalement à l'OMS car cet échelon est le point de départ d'incitants décisifs à l'action des Etats parties – sans préjuger des volontés spécifiques nationales². Cette reconnaissance semble avoir eu un impact important car la plupart des mesures de prévention de l'obésité en Europe et en Amérique du Nord remontent au début des années 2000³. En 1997,

² Cette analyse est destinée à être intégrée à une réflexion préliminaire dans ma thèse (CPDR – UCL), qui vise à évaluer les avantages et les inconvénients que l'agroécologie pourrait procurer aux actions visant à réduire la prévalence de l'obésité dans l'espace politique bien spécifique de la Région wallonne, mais aussi à envisager l'accompagnement des initiatives qui la mettent déjà en œuvre et les questions que cela pose en termes de gouvernance.

³ Cela étant affirmé sur la base d'une recherche internet personnelle opérée le 7 février 2017. Il en ressort qu'au Canada, la première chaire de recherche sur l'obésité date de 1997 (<http://obesite.ulaval.ca/index.php>) et qu'aux Etats-Unis, en 2001, *The Surgeon General's Call To Action To Prevent and Decrease Overweight and Obesity* se donne comme objectif de faire reconnaître l'obésité comme un problème de santé publique majeur (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44206/>). Du côté européen, la Commission a rendu public le livre vert pour la prévention des surcharges pondérales qui lance de premières pistes de réflexion sur le sujet en décembre 2005 ; en France, le Programme

l'OMS a reconnu l'épidémie de l'obésité, et en 2004 qu'elle a véritablement initié la lutte contre l'obésité au départ d'une « Stratégie mondiale » (World Health Organization 2004).

Nous partons de la définition que Daniel Cefaï donne d'un *problème public* (Cefaï 1996). Il se base lui-même sur les travaux fondateurs de Joseph Gusfield, qui ont mis en lumière comment l'enjeu de l'alcool au volant a été considéré comme principalement responsable de la dangerosité de la voiture⁴ (Gusfield 2009). D'après lui, les problèmes publics sont « des problèmes sociaux dont la formulation et la résolution sont des enjeux d'ordre public ». Il existe donc des problèmes qui ne sont pas sociaux (comme certains problèmes personnels ou techniques par exemple), et certains problèmes collectifs dont la formulation et la résolution ne sont pas des enjeux d'ordre public mais qui sont limités à des ordres privés (comme l'a montré Durkheim avec le suicide). La séparation des sphères publiques et privées est d'importance : à partir de quand un problème passe-t-il de l'espace privé de quelques-uns à l'espace public de tous ? C'est l'une des grandes questions des sciences sociales⁵, mais aussi des sciences juridiques⁶. Daniel Cefaï observe les processus sociaux qui font surgir les problèmes dans l'espace public, y compris les conditions d'organisation qui permettent à un problème invisible de se rendre visible dans l'espace public (la *publicité*). La généalogie du problème de l'alcool au volant met en lumière un point qui est commun avec l'obésité : l'obésité est, elle aussi, le produit d'un acte ou de la répétition d'un acte, condamné en public (boire sans modération / manger sans modération), mais observé en privé (Woollven 2009). Les solutions proposées sont donc largement tributaires des interprétations qui se sont stabilisées au fur et à mesure. Ainsi, en fonction de qui l'on tient comme responsable du phénomène, l'on va aboutir à des solutions divergentes. En l'occurrence, c'est le « buveur » qui est tenu pour responsable. A lui de prendre en charge sa propre consommation. Finalement, retracer la généalogie permet de rouvrir l'imagination sur les interprétations communes des problèmes publics. Sur base de ces considérations, nous verrons en quoi la construction sociale du problème public en est venu à mettre de côté les principaux intéressés (les obèses) et à privilégier une version experte du phénomène.

National Nutrition Santé visant à réduire l'obésité date de 2000 (<https://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008.html>) ; en Belgique, un Plan santé est lancée en 2004, dont le texte final a été publié en 2006.

⁴ Joseph Gusfield analyse l'émergence, aux Etats-Unis, de la question de l'alcool au volant comme un problème social. Il souligne la progressive construction de l'amalgame entre « le buveur social », « le buveur conducteur » puis « le conducteur dangereux », et l'analyse comme la transformation d'un comportement privé en un comportement public à problème. Il met en lumière « la création d'un ordre normatif qui assigne un statut de déviance au conducteur-buveur », à haute valeur symbolique, dans lequel l'ordre et le désordre joue un rôle dramatique particulier. D'après lui, « l'impact de la loi comme dramatisation morale d'idéaux culturels et publics réside dans la condensation et l'amplification des contrastes entre ordre et désordre ». Au final, le problème public de l'alcool au volant renvoie ainsi à la place accordée à l'individu dans la société américaine et à une définition morale de l'ordre social (Woollven 2009). Il note que de toutes autres solutions auraient pu être proposées, comme par exemple la mise en place systématique d'autobus pour acheminer les personnes, plutôt que d'interdire l'ivresse au volant.

⁵ Classiques en sociologie et sciences politiques, ces questions ont aussi été abordées par la philosophie politique. L'auteure la plus marquante à ce sujet est Hannah Arendt (Arendt 2002), et on se reportera aux innombrables commentaires qu'elle a suscité pour approfondir la distinction public/privé.

⁶ Les problèmes juridiques que pose cette question sont en effet nombreux, et il n'est pas du ressort de cet article de chercher à les traiter. Pour se rendre compte de la masse d'affaires sur ce thème, qu'il suffise de penser à la protection des données personnelles par rapport à la liberté d'expression ou de l'information, ou bien aux lanceurs d'alerte souvent attaqués pour divulgation d'information confidentielle ou privée.

Quelles ont été les étapes qui ont rendu public le problème de l'obésité ? Pour répondre à cette question, les documents et rapports les plus significatifs en la matière, que l'Organisation Mondiale de la Santé met à disposition sur son site internet, ont été consultés⁷. La méthodologie de chaque document a été analysée dans le but de connaître les personnes ayant contribué à rendre le problème public, et les motifs qui les ont poussés à le faire. Il ressort de cette analyse extensive que les études de l'OMS sont systématiquement basées sur l'expertise médicale et scientifique. Cette affirmation est corroborée – de manière on ne peut plus claire – par la déclaration de Dr. Gro Bundtland, directrice de l'OMS en 2010 : « les meilleures politiques sanitaires sont fondées sur des données scientifiques »⁸. En effet, les personnes réunies à l'OMS lors des sessions concernant l'obésité sont toujours soit des médecins (au sens large), soit des hauts-fonctionnaires. Aucune réunion n'a donné la parole à des organisations représentant des personnes obèses, et aucune ne fait même référence à l'éventuel intérêt de le faire. Lorsque des partenariats sont envisagés, il s'agit de la coopération entre les différents niveaux de gouvernements (international, national, régional), mais aussi entre les secteurs concernés, composés tant du secteur public que privé. Il faut souligner le rôle de l'organisation *World Obesity* qui est souvent qualifiée de représentante de la société civile. Cependant, elle ne regroupe en fait que des professionnels qui travaillent sur l'obésité, et non les obèses eux-mêmes : « La force de *World Obesity* réside dans l'union et la mise en réseau de professionnel du monde entier à travers nos événements internationaux et du SCOPE, le système d'éducation en ligne sur l'obésité »⁹. Enfin, tous les documents de l'OMS consultés ont sans exception pour point de départ un comité d'experts mandatés en vue d'un objectif particulier.

A titre d'exemple, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé de 2004 est frappante car elle est une étape cruciale dans la reconnaissance de l'obésité comme maladie au niveau international. D'une part, force est de constater que ses objectifs ne prennent

⁷ Ces documents sont les suivants.

- Rapports techniques :
 - o Régimes alimentaires, nutriments et prévention des maladies chroniques, Rapport d'une consultation OMS/FAO, Série de rapports techniques, 916
 - o Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine
 - o OMS, Cadre pour une politique scolaire : Mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, 2008.
 - o Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, OMS 2010.
 - o Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, 2010.
- Stratégies mondiales & déclarations
 - o Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre, 2009.
 - o Assemblée Mondiale de la Santé, Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, WHA66.10 du 27 mai 2013.
 - o Stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, Rapport d'un forum et d'une réunion technique de l'OMS, 15-17 décembre 2009.
- Résolution :
 - o Résolution WHA63.14 de l'Assemblée mondiale de la santé du 21 mai 2010.

⁸ Dans l'introduction du *Rapport sur la santé dans le monde*, 2002.

⁹ Notre traduction. Le texte original dit : « *World Obesity's strength lies in uniting and connecting professionals from around the world through our international events and the SCOPE online obesity education facility* ». www.worldobesity.org/membership/ - consulté le 12 février 2017.

pas en compte les avis des personnes obèses, qui sont considérées que comme des objets médicaux. D'autre part, seuls des experts (la plupart des médecins) sont présents lors de la réunion (World Health Organization 2003, 11-13). Ses objectifs sont énoncés dans le rapport de l'OMS (World Health Organization 2003, 15) :

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

La construction sociale de l'obésité comme un problème se fait donc sans les principaux intéressés. Au contraire, sa reconnaissance apparaît comme étant « technocratique » - un mot lourd de sens, qui souligne ici le rôle du « système technicien » compris par Jacques Ellul comme étant la recherche de l'efficacité à tout prix, la primauté de la fin sur les moyens et le rôle de la technique dans l'organisation de la société (Ellul 2008, 2012). A l'OMS, des médecins, des hauts-fonctionnaires, des démographes, des épidémiologistes ou d'autres experts encore, observent, scrutent à travers des statistiques, établissent techniquement des faits puis exposent au public le problème de santé que fait peser l'obésité sur la société. Ce problème devient public pour une raison d'intérêt général légitimée par une expertise technique.

II - Les effets secondaires du diagnostic technique

Cette approche de l'obésité par l'OMS est riche de sens. Elle est basée sur une perspective *top-down* de l'action publique, et exclut les obèses du processus de problématisation et de définition du problème public. Elle diagnostique l'obésité comme un problème quantitatif : nombre de sujets obèses et nombre de calories superflues. Le point de départ du problème de l'obésité n'est pas neutre : il naît dans des instances privilégiant une approche experte et une rationalité instrumentale au sens classique, c'est-à-dire ne prenant que peu en compte les limites en termes d'information, de mimétisme, d'environnement social etc. qui nuancent fortement les prémisses de cette rationalité (Simon 1957; Van Nieuwenhuyze 2015). Il s'agit de définir un problème puis de déployer des moyens pour le résoudre – la résolution du problème constituant sa fin même.

En considérant la personne obèse comme un « sujet » médical, et non comme un acteur à part entière du processus définitionnel et décisionnel concernant l'obésité, il est probable de passer à côté de certains éléments causaux ou qualificatifs clés, mais aussi d'attiser une résistance, de réduire les engagements des personnes concernées et, au final, d'affaiblir l'efficacité de la démarche (Blondiaux 2007). Or, il convient de signaler que des recherches récentes en psychologie sociale montrent, précisément, la force et les effets bénéfiques sur le long terme

des approches permettant aux personnes de se positionner en acteurs de choix autonomes en ce qui concerne leur vie et leurs comportements. La théorie de l'autodétermination (*Self-Determination Theory*) montre qu'en associant les personnes aux solutions qui leur sont proposées, en mettant par exemple à leur disposition des options diverses permettant des choix réellement autonomes et bien-pesés, les résultats en termes de changement de comportement sont plus efficaces (Moller, Ryan, et Deci 2006), c'est-à-dire que les changements sont plus conformes au bien-être des personnes, et qu'ils s'inscrivent sur un temps long. A l'inverse, les mesures visant à un changement de comportement mais s'inscrivant dans une démarche de modification de l'environnement social, tel que des taxes ou des subsides par exemple, mais aussi des *nudges* (Thaler et Sunstein 2012; Sibony, Alemanno, et Helleringer 2016) restent précisément dépendantes de l'environnement social : que celui-ci change de nouveau, et les comportements vertueux seront changés eux-aussi. Cette approche, bien qu'essentiel, nous semble insuffisante et ne permet pas d'engranger des changements suffisant sur un temps long. Cela a été démontré en matière de santé, mais aussi en matière d'environnement (Williams et al. 1996; Pelletier et al. 2004; Ryan et Deci 2000).

En revanche, on peut regretter que la théorie de l'auto-détermination en reste souvent à proposer d'associer les personnes aux solutions (« *self-determined regulations* »), mais peu à la définition des problèmes : l'obésité, par exemple, sera combattue plus efficacement avec des mesures engageant les valeurs profondes des personnes (Moller, Ryan, et Deci 2006, 112). Cependant, il pourrait être intéressant de prôner un engagement des personnes sur un mode co-constructif *dès l'étape de la construction et de la définition du problème*. En effet, « rendre disponible des options » (« *providing quality options* ») apparaît comme inférieur en termes d'engagement personnel possible à : « permettre aux personnes de définir (en partie) les options qu'elles se donnent ». En outre, la « co-construction » nous semble être un plafond dans l'autonomisation, car il est difficile pour une personne de reconnaître qu'elle a un problème puis de le définir sans la présence d'un tiers. Logiquement, si une personne arrive à reconnaître, définir et solutionner seule un problème, alors ce problème relève de la sphère privée et ne sera pas amener à devenir un *problème* public : un problème solutionné n'est pas réellement un problème. Il faut qu'à un moment donné, une situation « normale », c'est-à-dire considérée comme non-problématique, soit reconnue comme *étant problématique*. Finalement, l'imagination de dispositifs et de politiques publiques autorisant un engagement réel des valeurs et des besoins psychologiques profonds des individus est ainsi l'un des défis actuels que l'action publique doit chercher à relever pour résoudre les problèmes publics face auxquels l'approche instrumentale n'apporte pas de solutions efficaces.

En plus d'envisager un manque d'efficacité des politiques publiques – ce qui est à mettre en perspective vu l'incapacité des Etats à répondre au problème de l'obésité – la réflexion sociologique peut souligner des effets secondaires indésirables d'une approche unilatérale basée sur l'expertise technique. En s'appuyant sur une analyse fonctionnaliste des problèmes sociaux (Merton et Nisbet 1961, 839), l'obésité semble ainsi définie comme un problème public qui s'apparente à une « dysfonction sociale », qui « réfère à un ensemble déterminé de conséquences d'un pattern déterminé de comportements, de croyances ou d'organisations, qui

interfère avec un besoin fonctionnel déterminé d'un système social déterminé ». Dans cette perspective, certains acteurs définissent quelles sont les conditions normales ou optimales de fonctionnement de la société, et proposent par référence à ce modèle un diagnostic ciblé assorti de solutions (Cefaï 1996, 45). Ainsi, le problème social apparaît en contraste relativement à un social sans problème, cependant que la personne obèse est vue, et se perçoit elle-même, comme le problème en soi – ce qui peut mener à de la discrimination par les autres, et à de la culpabilisation chez les obèses. Finalement, en n'incluant pas les personnes obèses dans la définition de leur problème, les politiques publiques, en plus d'apparaître comme inefficace, peuvent se dresser *contre* les obèses eux-mêmes, ce qui est un comble.

Au renfort d'une sociologie fonctionnaliste, la sociologie critique qualifie plus précisément ce processus. Elle met à jour l'établissement d'une forme de déviance du « gros » (« *fat* ») par rapport à la norme (Hulme 1998). La qualification d'une forme de déviance est socialement construite ; il n'y a pas d'objectivité de la déviance. En poussant l'argument à l'extrême, il est même possible d'aller jusqu'à interpréter la médicalisation et la « pathologisation » (Murray 2009) du surpoids (identification d'un comportement ou d'un état comme étant maladif) comme une nouvelle forme du contrôle social, un « avatar d'un processus de différenciation sociale au service des élites sur une logique plus ou moins proche de la distinction » (Hoffman 2006). Cela ne veut pas dire que la comparaison d'une situation à des critères établis à l'avance ne peut pas être objective ; ni même que l'altération du corps par rapport à la norme sanitaire n'existe pas dans la réalité. Cependant, l'établissement des critères et de la norme est le résultat d'un processus social dont les conséquences dépassent parfois les intentions initiales¹⁰.

Les déviants possèdent un point commun intrinsèque : leur faculté à être perçus et entendus est affectée par ce qualificatif même de déviant, qui les discrimine des normaux. Ils sont considérés en situation d'incapacité et d'anormalité par les autres. En conséquence, ils sont moins pris au sérieux, voire complètement disqualifiés. Ce procès a été analysé dans des cliniques pour personnes âgées au Canada. Certaines personnes sont qualifiées (pour des raisons supposées bien-fondées) de démentes, d'autres non (Dupuis, Wiersma, et Loiselle 2012). L'étude montre que la qualification a un effet important sur la manière dont les autres vont interpréter les actes de la personne. L'interprétation du comportement de la personne est renouvelée dans ce nouvel environnement cognitif (sans préjuger de la véracité ou fausseté du jugement). La maladie devient un préjugé, un présupposé qui précède l'interprétation ou le jugement d'une action. Cette interférence ne provient pas tant de la personne elle-même que de l'interlocuteur. Ces considérations font échos aux travaux de Howard Becker, d'après lequel le sens des actes se crée dans l'interaction entre ceux qui définissent les problèmes et les comportements sociaux,

¹⁰ Cette affirmation est d'ailleurs valable dans le monde juridique. Tout juriste sait que la qualification d'un acte, son identification comme étant partie d'une catégorie juridique ou d'une autre est crucial quant au résultat du jugement – en fait, l'une des activités principales des juristes est de chercher à déterminer dans quelle catégorie juridique tombe les faits. Droit et sociologie se rencontrent devant les tribunaux à cet endroit. Plusieurs dénonciations ont été opérées autour des risques que portent les processus de définition. A titre d'exemple, la généralisation de la qualification de terroriste porte conséquence dans le monde social. Des controverses ont pu avoir lieu sur les frictions qui peuvent exister entre les actions politiques et les actes terroristes. Ce procès de qualification a été observé en Belgique à propos de membres du parti indépendantiste kurde (PKK) : sont-ils, ou non, terroristes ? De la qualification s'ensuit des procédures et des conditions de jugement et de peine particulières (Damay, Denis, et Duez 2011).

induisant des positions de domination. Il traite du thème de la déviance sur des sujets comme les fumeurs de marijuana ou bien les voleurs, et analyse comment la définition d'un problème peut ne pas prendre en compte les raisons qui poussent les personnes à agir d'une manière ou d'une autre (Becker 2014).

Cette observation semble s'appliquer aux personnes obèses, considérées comme déviantes par rapport à la norme du corps moderne (Foucault 1975)¹¹. En effet, les médecins n'agissent pas de la même manière avec les personnes obèses ou normales ; ils ont moins d'empathie pour les personnes obèses (Gudzune et al. 2013). On ne compte pas les témoignages d'obèse se plaignant de discrimination lors des diagnostics. Par ailleurs, les méfaits de la pathologisation sont un fait social qui a été largement exploré et exposé dans les arts, et en particulier au cinéma. On se référera par exemple à l'excellent film *A woman under influence* de John Cassavetes (1974) ou à *One Flew Over the Cuckoo's Nest (Vol au-dessus d'un nid de coucou)* de Milos Forman (1975). Finalement, l'obésité est en partie construite socialement suivant un mécanisme propre à la déviance. On peut alors se demander quelles ont été les réactions des groupes concernés à cette définition technocratique du problème de l'obésité.

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

L'obésité est un problème public qui ne s'épargne pas le luxe d'une « controverse » dont nous allons tenter de rendre compte. Conceptualisées, les controverses socio-techniques sont des phénomènes sociaux qui prennent la forme d'une contestation publique, sociale ou politique d'un processus technico-scientifique. Elles posent des questions de gouvernabilité et de décisions en démocratie (Latour 1999), mais peuvent aussi s'appliquer à des contextes semi-autoritaires comme en Chine (Peuch 2012). Le concept a été largement discuté, utilisé et approprié par la philosophie des sciences (Stengers 2006) mais aussi de la sociologie politique (Callon, Lascoumes, et Barthe 2001).

Les controverses socio-techniques questionnent la place des savoirs techniques dans la démocratie. Elles mettent en lumière le poids hégémonique de la science sur les questions considérées comme techniques. Cette hégémonie peut cependant être critiquée et contestée par des acteurs sociaux, produisant des conséquences en termes de démocratie et de représentation. Par exemple, les modes de justification peuvent s'avérer pertinents dans l'analyse des controverses lorsqu'elles relèvent d'un régime de vérité ou d'un sens de la justice (Boltanski et Thévenot 1991). Quand on sait que la technique, sous couvert de neutralité, peut parfois entraîner des changements sociaux majeurs (Ellul 2012), il faut encore souligner l'importance

¹¹ La norme est d'autant plus efficace que les corps sont disciplinés tant à l'école, à l'hôpital, en entreprise que dans l'espace public : « Le corps humain entre dans une machinerie de pouvoir qui le fouille, le désarticule et le recompose. Une 'anatomie politique', qui est aussi bien une 'mécanisme du pouvoir', est en train de naître ; elle définit comme on peut avoir prise sur le corps des autres, non pas simplement pour qu'ils fassent ce qu'on désire, mais pour qu'ils opèrent comme on veut, avec les techniques, selon la rapidité et l'efficacité qu'on détermine. La discipline fabrique ainsi des corps soumis et exercés, des corps dociles » (Foucault 1975).

de la possibilité de contester ces choix techniques. Toutefois, un problème récurrent est celui de l'invisibilité de certains publics, et de leur incapacité à surgir dans l'espace public¹².

L'apparition des controverses est souvent actée là où la science ne peut trancher un problème de manière unilatérale, c'est-à-dire lorsque les scientifiques ne sont pas unanimes ou sont impuissants à apporter une solution. Dans ce cas-là, leur monopole sur le savoir peut être contesté : l'incertitude laisse ouvert un espace de débat sur la question de savoir « ce qu'est quelque chose » et « ce qu'elle a à nous dire » (Stengers 2006). Le concept de controverse socio-technique souligne le poids de la science pour définir la nature et les choses : la technicité offre aux scientifiques « la plus fabuleuse capacité politique : dire le vrai sans être discuté » (Latour 1999, 23). Ce pouvoir peut bien sûr être contesté par de nombreux acteurs mais nécessitera des efforts, une mobilisation, la construction d'un rapport de force. Par exemple, les acteurs économiques peuvent imposer aux scientifiques de sortir du domaine de la vérité pour aller dans le domaine de l'industriel, de l'applicabilité et de l'utile (Stengers 2006).

Dans le cas de l'obésité, la controverse est attestée mais n'est pas parvenue à remettre en cause l'hégémonie de la science à cause d'un rapport de force asymétrique entre « experts » et « profanes ». La controverse se déploie tant à l'intérieur de la science, qu'à l'extérieur. Elle est incomplète parce que le consensus est suffisamment large entre les experts (principalement des médecins) pour démontrer que l'obésité est un facteur de risque grave pour de nombreuses maladies (cholestérol, diabète, maladie cardio-vasculaires, certains cancers) qui ne saurait être réellement questionné, et que la diffusion de l'épidémie de l'obésité (le terme épidémie est souvent utilisé bien que cette maladie soit non-communicable) connaît une forte tendance à la hausse. Ce consensus, tant qu'il n'est pas suffisamment remis en cause, a le pouvoir, si l'on s'en réfère les auteurs cités précédemment, d'inhiber le débat social, à moins que les personnes concernées n'arrivent à se mobiliser fortement. La position de la science reste relativement unanime – sans que des solutions efficaces n'émergent. Sans doute ne s'agit-il pas tant de contester les faits statistiques (« ce que c'est »), que « ce qu'ils ont à dire » : les causes et les conséquences. Autrement dit, le monopole de la science à définir la notion d'obésité (quoi) et ses contours (qui, pourquoi, comment, quand etc.) lui confère *de facto* un même monopole sur la manière d'appréhender le problème et d'y répondre. La controverse de l'obésité a concerné ces deux facettes.

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

¹² On se rappellera le débat informatif qu'a entretenu John Dewey (Dewey 2010) avec Walter Lippmann (Lippmann 2008) qui parlait déjà des « publics fantômes », pendant que le premier mettait en lumière les conditions de mise en lumière de ces publics et de leurs problèmes.

« Together, these [authors] have helped popularize obesity skepticism as a legitimate intellectual position ... Most crucial of all, they have each contributed to building the case against seeing obesity per se as a disease, demonstrating that the health risks of fatness are, at the very least, highly debatable ... » (Gard 2010).

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

« The rhetoric of an obesity epidemic has spawned a global weight-loss industry that provide diet product, programs, counsellors and advisors to help people secure the ideal of a normative body weight » (Halse 2009, 45).

D'après le plus célèbre d'entre eux, Paul Campos, l'association entre les risques pathologiques et l'obésité est faible voire inexistante, ce qu'il tente de dénoncer dans son livre *The Obesity Myth* (Campos 2004, 20). D'une part, les solutions diététiques pour faire perdre du poids aux personnes obèses ne fonctionnent pas ou trop peu. D'autre part, la corrélation entre l'état de santé et le poids ne serait pas suffisamment solide. Il va jusqu'à dire qu'il existe une guerre contre l'obésité menée par des « hystériques » qui ne s'appuient que sur des données scientifiques incomplètes : « In short, the current war on fat is an irrational outburst of cultural hysteria, unsupported by sound science » (Campos 2004, 20). Son argument est le suivant :

« I do not argue that there is no relationship between weight and health. I argue, rather, that the health risks associated with higher-than-average weight have been greatly exaggerated, while all sorts of related but far graver risks have been ignored. In particular, poverty, poor nutrition and a culture that makes it easy for Americans to be sedentary are important public health issues in America today » (Campos 2005, 5).

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

« We have been encouraged to believe the propaganda of our public health authorities, instead of listening to the truth being told to them by their own bodies: that living a joyful, active life - one that includes the calm enjoyment of the many pleasures afforded by food - promotes health and longevity, while trying to conform to some arbitrary body 'ideal' does damage to both. Nothing less than a revolution is needed to overthrow America's eating-disordered culture, with its loathing of the most minimal body diversity, its neurotic oscillation between guilt-ridden bingeing and anorexic self-starvation, and its pathological fear of food, pleasure and life itself. Indeed, our whole diet culture is ultimately all about fear, and self-loathing, and endless dissatisfaction. That is the culture we live in. That is the culture we must change » (Campos 2005, 3).

Dans ce paragraphe, il pose une équivalence intéressante, en déclarant que la lutte contre l'obésité est finalement contre-productive car elle empêche ce qu'elle prétend précisément faire : améliorer le bien-être des individus. On le voit, le débat part d'un point de vue médical pour être rapidement orienté vers des problématiques sociales et culturelles. Cette controverse médicale, à l'intérieur de la science, n'a cependant pas perturbé outre mesure le consensus scientifique ni les recommandations de l'OMS en la matière. Finalement, la contestation n'aurait eu que peu d'impact sur l'ampleur et la définition du problème au niveau médical (Wright et Harwood 2012, 32), mais semble néanmoins avoir touchée l'espace public.

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

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

« Fondée en 1969, NAAFA est une association sans but lucratif de promotion des droits civils visant à mettre fin à la discrimination sur la taille (size) dans toutes ses formes. Le but de NAAFA est d'aider à construire une société dans laquelle les gens de toutes tailles sont acceptés dignement et également dans tous les aspects de la vie »¹³.

L'association se départit sensiblement par rapport à la vision médicale présentée plus haut. D'après elle, le fait que plus de 30% de la population soit en surpoids n'est pas un problème en soi. Au contraire, les obèses sont une grande partie de la population qui constituerait une minorité systématiquement discriminée : « *this discrimination occurs despite evidence that 95 to 98 percent of diets fail over five years and that 65 million Americans are labeled "obese"* »¹⁴. A l'appui de sa revendication, elle dénonce les lieux de cette discrimination à travers une série de notes thématiques¹⁵. Celles-ci insistent sur le fait que les programmes diététiques sont souvent inefficaces, que les médias diffusent une vision conformiste et exigeante du corps, ou

¹³ Notre traduction. Le texte original dit : « Founded in 1969, NAAFA is a non-profit civil rights organization dedicated to ending size discrimination in all of its forms. NAAFA's goal is to help build a society in which people of every size are accepted with dignity and equality in all aspects of life » - <http://www.naafaonline.com> - consulté le 10 février 2017.

¹⁴ <http://www.naafaonline.com/dev2/about/index.html> - consulté le 10 février 2017.

¹⁵ <http://www.naafaonline.com/dev2/about/docs.html> - consulté le 10 février 2017.

encore qu'il soit possible d'être gros et de vivre en bonne santé. Plus spécifiquement, l'une de ces notes expose les préoccupations des personnes obèses dans le domaine de la recherche qu'il serait malvenu de négliger dans notre réflexion :

« NAAFA affirme que le principal objectif de la recherche sur l'obésité devrait être d'améliorer la santé et le bien-être des personnes grasses sans se focaliser sur la perte de poids. De plus, NAAFA condamne les chercheurs qui utilisent leur position de décideur en matière de santé publique pour poursuivre leurs propres intérêts économiques. De surcroît, NAAFA demande que les agences de santé publique du gouvernement fédéral et le secteur privé financent de nouvelles enquêtes et études ayant pour objectif de trouver des alternatives aux solutions basés sur les régimes alimentaires diététiques pour améliorer la santé et le bien-être des personnes grasses. Enfin, NAAFA demande que les personnes grasses aient une voix dans les domaines concernant la recherche, et le développement des politiques publiques concernant l'obésité »¹⁶.

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

La controverse ne s'est pas limitée aux Etats-Unis, et a notamment traversé l'Atlantique. A titre d'exemple, les « gros » sont représentés en France à travers de l'organisation *Allegro Fortissimo*¹⁷. Si son origine est à trouver dans une critique de la mode qui n'offre pas de vêtements adéquats aux gros, et dont l'initiative est à remettre à Françoise Fraïoli et Anne Zamberlan¹⁸, ses revendications se sont élargies. Elle propose d'aider, d'accompagner et de faire sortir du silence les personnes en surpoids. Son attention est tout particulièrement focalisée sur ce qui est appelé par l'association « le pouvoir médical ». De manière remarquable, elle pose le problème de l'expertise :

« Aujourd'hui, nous avons rétabli avec le corps médical des relations à peu près normalisées. Le combat que la société et le corps médical mènent depuis 50 ans contre le poids aboutit à un constat d'échec. On nous a soumis à toutes sortes de tortures mais, partout dans

¹⁶ Notre traduction et nous soulignons. Le texte original dit : « NAAFA asserts that the primary goal of obesity research should be to improve the health and well-being of fat people without focusing on weight loss. In addition, NAAFA condemns those obesity researchers who use their position as public health policymakers to further their own economic interest. Further, NAAFA demands that the federal governmental health agencies and the private sector fund new investigations and studies which focus on non-dieting alternatives to improving the health and well-being of fat people. Finally, NAAFA demands that fat people have a voice in the types of weight-related issues being researched, and in the development of public health policy about fatness » - [http://www.naafaonline.com/dev2/about/Policies/Obesity_Research\[2015\].pdf](http://www.naafaonline.com/dev2/about/Policies/Obesity_Research[2015].pdf) - consulté le 14 juin 2017.

¹⁷ <http://www.allegrofortissimo.com/> - consulté le 14 février 2017.

¹⁸ <http://www.allegrofortissimo.com/presentation/> - consulté le 14 février 2017.

le monde l'obésité est en augmentation. Partout dans le monde, on se trompe sur les pourquoi et les comment de la chose. Nous estimons donc que, devant ce constat d'échec, en matière d'obésité, les experts, c'est nous !»¹⁹.

L'association, en plus de proposer des aides directes aux personnes, a donc vocation à représenter les personnes en surpoids dans les instances politiques, et à exprimer l'avis de ces mêmes personnes, bien que cela ne soit pas toujours une exigence des politiques publiques. Le problème de représentation est rendu saillant à cause de la stigmatisation dont sont victimes les personnes obèses. Cette stigmatisation s'opère en deux étapes. D'abord, la personne est réduite à sa caractéristique de personne grosse, ce qui va devenir « son statut principal, (...) occultant tous ses autres attributs et qualités personnelles ». Ensuite, elle en vient à considérer elle-même « comme normal de ne pas être considérée comme les autres (...). Honteuse et coupable, elle s'isole socialement » (Hoffman-Pijollet 2014). Les actions collectives, à l'instar de la participation à cette association, sont des moyens efficaces pour renverser un tel cycle de stigmatisation. Les liens avec les éléments développés précédemment sur la déviance sont remarquables dans ce témoignage.

L'association *Allegro Fortissimo* se dit en accord avec les recherches menées par le Groupe de Recherche sur l'Obésité et le Surpoids (le G.R.O.S.²⁰) qui regroupe des professionnels nutritionnistes, médicaux et diététiciens français. Cette déclaration souligne tout le potentiel du croisement entre science sociales, médicales et groupes de personnes concernées. Le G.R.O.S. développe des solutions au problème de l'obésité en coopération avec les personnes obèses. Cette hybridation est à souligner : il s'agit bien de professionnels, qui sont donc à inclure à l'intérieur du champ médical, et qui ne remettent pas en cause la définition de l'obésité comme étant un problème médical. En revanche, leur pratique intègre une perspective sociale incluant les obèses dans la résolution du problème : ils traitent les obèses comme des acteurs, des sujets humains, non comme des « sujets » médicaux. Ce positionnement est valorisé par l'association *Allegro Fortissimo*.

En Belgique francophone, une association représentant les patients en surcharge pondérale a vu le jour en 2005 à Wépion. Elle visait « à obtenir une reconnaissance de la maladie, éviter la stigmatisation des personnes obèses, et favoriser l'aide entre patients »²¹. D'après Jean-Paul Allonsius, son président, la stigmatisation dont font l'objet les personnes obèses rend leur mode de vie plus difficile : « Il a ainsi été démontré que, à cause de la faible estime qu'il a bien souvent de lui du fait de son poids, l'obèse éprouve significativement plus de difficultés à accéder à l'enseignement supérieur ou à trouver un emploi »²². Malheureusement, l'ASBL a

¹⁹ *Ibid.* Nous soulignons.

²⁰ <http://www.gros.org/qui-est-le-gros> - consulté le 14 février 2017.

²¹ <http://www.lalibre.be/actu/sciences-sante/enfin-une-association-belge-de-patients-obeses-51b88a46e4b0de6db9ac3662> - consulté le 15 février 2017.

²² *Ibid.*

fermé ses portes en 2013 faute de soutien de la part des pouvoirs publics²³. Actuellement, une page Facebook dédiée à l'obésité connaît un certain succès : *Fat Positivity Belgium*²⁴ ; - ce qui indique qu'une communauté existe, et qu'elle n'est pas ou peu représentée politiquement.

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

IV - Dépasser la controverse par la participation

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

En somme, dans la controverse de l'obésité, bien que l'objectif d'une meilleure santé pour tous semble faire consensus, il n'en est pas moins que la forme et la nature de cette « santé » reste en discussion. La question cruciale est la suivante : une santé bonne est-elle conforme, ou pas, avec le corps obèse ? Alors que les experts affirment plutôt que non, les collectifs d'obèses pensent que ce n'est pas contradictoire (NAFAA), ou bien qu'il faille explorer, médecins et obèses de concert, les possibilités d'une meilleure santé et d'un meilleur bien-être pour les personnes obèses (cf. *Allegro Fortissimo* et G.R.O.S). Ainsi, comment proposer des mesures de santé respectueuses qui soient acceptables pour les personnes obèses ? Et comment faire en sorte que ceux qui définissent le problème public de l'obésité ne soient pas les seuls responsables de sa résolution ? En résumé, une vision technique s'appuyant sur un pouvoir

²³ <http://www.lameuse.be/649568/article/regions/namur/actualite/2013-01-25/l-asbl-bold-qui-soutient-les-personnes-obeses-ferme-faute-d-argent-mon-obesite> - consulté le 15 février 2017.

²⁴ Un peu plus de 800 personnes en sont membres le 6 juin 2017 - <https://www.facebook.com/fatpositivitybelgium/> - consulté le 6 juin 2017.

médical relativement unanime et orientée vers des critères d'efficacité en finalité s'oppose à une vision inclusive et compréhensive qui invite à considérer les obèses comme des acteurs et des producteurs de savoir sur leur propre condition de vie et de santé. Sans prétendre résoudre sur le fond cette controverse, des pistes méthodologiques sont envisageables pour améliorer la cohabitation des deux approches, ce qui aurait pour conséquence de réduire les zones de frottements et renforcer l'efficacité de l'action publique. Finalement, la perspective de l'efficacité technique s'avère – malgré elle – peu efficace et peut être contre-productive, car l'obésité continue d'augmenter.

Comment dépasser cette « controverse socio-technique » ? D'un point de vue théorique, certains sociologues encouragent la mise en place de dispositifs participatifs, inclusifs et de concertation dont l'objectif est d'associer aux processus de décision les personnes concernées qui en sont néanmoins exclues (Callon, Lascoumes, et Barthe 2001). Des mécanismes de retour d'information pourraient être envisagés afin de qualifier et de définir au mieux les capacités, les objectifs ou encore les attentes et possibilités de chaque acteur. L'efficacité des politiques publiques en matière d'obésité en sortirait renforcée. Il s'agit d'un défi que se doit relever la démocratie technique, dans laquelle la science joue un rôle clé alors qu'elle peut parfois rendre muets des acteurs sociaux concernés au premier chef.

Plus généralement, la rationalité de l'action publique peut chercher à apprendre des pratiques des acteurs et des personnes agissantes, plutôt que de proposer uniquement des solutions technoscientifiques basées sur une approche verticale *top-down*. A cet égard, la proposition d'Olivier De Schutter de « l'Etat apprenant » (De Schutter 2016) trouve ici un écho favorable, puisque dans celle-ci il ne s'agit pas d'orienter les individus à l'aide d'outils classiques de « *command and control* », mais d'être attentif à des pratiques réussies et prometteuses en vue de résoudre un problème concret (les *initiatives sociales*), puis de les valoriser et de les accompagner – surtout là où les outils classiques sont insuffisants et inefficaces pour résoudre un problème déterminé comme c'est le cas avec l'obésité. Cette perspective implique un changement dans la culture de gouvernement puisque, traditionnellement, l'Etat doit réfléchir pour la société et lui imposer ses solutions dans le cadre de règles prédéfinies.

La mise en place de tels dispositifs et d'une telle culture de gouvernement reste toutefois un vrai défi. En témoignent les tentatives de participation qui, parfois, ratent leur cible ou bien mettent un espoir déraisonnable dans la participation des acteurs (De Munck et Berger 2015). Les dispositifs peuvent s'adapter aux besoins et aux capacités des personnes, voire les placer au centre du processus de définition du problème. Les populations obèses étant généralement stigmatisées et peu organisées, elles ne saisiront pas au vol un unique appel à participer. Il faudrait pouvoir aller les chercher, là où elles sont et telles qu'elles sont. La plupart du temps, une approche collective permet certes de contrebalancer les effets d'une stigmatisation vécue au niveau individuel. De tels dispositifs devraient de plus éviter de mettre en place des projections cognitives sur les obèses en toute impunité, mais aussi devraient chercher à les responsabiliser au fil des processus qui les concernent. Enfin, il faut réussir à articuler ces contraintes avec la dimension internationale du problème : la participation et la représentation

ne peuvent pas être menées de la même manière à l’OMS et dans les terrains nationaux. L’une des difficultés est de hisser au niveau international des représentants des personnes obèses ; une autre est de faire en sorte que les personnes obèses s’organisent aux niveaux nationaux et locaux, à la fois en vue des enjeux de représentation mais aussi comme malades et acteurs des politiques de santé publique. Donner aux obèses les moyens de se rendre visibles dans le problème de l’obésité participerait sans doute à obtenir de véritables avancées puisque cela renforcerait l’efficacité des politiques et en affinerait les objectifs et les moyens en termes de santé. Des obèses acteurs renforceraient certainement de tels dispositifs participatifs.

En conclusion, la construction de l’obésité comme *problème* public par des experts médicaux est le fruit d’un processus initié au niveau international. Elle exclut les personnes obèses de la définition du problème et des *solutions*, produisant une certaine violence sociale vécue au niveau des personnes, mais aussi un échec de cette approche en termes de résultat. Toutefois, il serait envisageable de chercher à donner une place aux personnes obèses dans la définition du problème, ainsi que dans l’élaboration des solutions. Des dispositifs réellement participatifs permettraient aux obèses de se projeter comme des acteurs de leur propre vie et des politiques qui les concernent. Ils permettraient notamment d’améliorer l’adéquation des solutions et des personnes, d’améliorer leur engagement personnel, de rassembler des informations de meilleure qualité ou encore d’offrir une vision systémique à un problème complexe. Néanmoins, ces dispositifs ne sont pas aisés à mettre en œuvre de façon à ce qu’ils rendent les services attendus ; ils nécessitent encore des expérimentations courageuses.

Alors que l’obésité s’inscrit dans un contexte culturel, social, historique (Gilman 2008) qui produit des contraintes fortes de normalisation des corps (Corbin, Courtine, et Vigarello 2016), il faut encore rappeler que le corps obèse exerce également une contrainte forte sur les déterminants de la santé. Cette tension est pour l’instant un obstacle à la mise en place de mesures de lutte contre l’obésité efficace puisqu’elle relève de deux approches différentes sur un même problème public. Notre réflexion invite à envisager sa dépoliarisation en incluant de manière systématique les personnes obèses dans la définition du problème public de l’obésité.

Enfin, à l’invisibilité des obèses dans la définition et l’orientation de l’action publique les concernant s’ajoute la fragmentation et la complexité des institutions en charge de ce problème public. En effet, les instances de gouvernement qui le traitent sont à cheval entre plusieurs secteurs (santé, alimentation, commerce...) et situées à plusieurs niveaux (international, européen, national, régional, local). Cette architecture complexifie la représentation et la concertation de tous les acteurs concernés lors de la définition de ce problème public d’enjeu sociétal. En outre, étant donné que l’obésité relève d’enjeux de société cruciaux et généraux tels que la santé, l’alimentation et les systèmes de production et de distribution, ou encore des activités physiques et des modes de vie, l’accapement du problème public de l’obésité par un nombre limité d’experts rend peu probable l’émergence de solutions réellement efficaces.

BIBLIOGRAPHIE

- Arendt, Hannah. 2002. *Condition de l'homme moderne*. Agora. Pocket.
- Becker, Howard. 2014. « Les criminologues n'ont jamais rien fait à propos du problème du crime ». *Cultures et Conflits* 2014/2:27-41.
- Bert, Jean-François. 2011. *Introduction à Michel Foucault*. Repères. La Découverte.
- Blondiaux, Loïc. 2007. « La démocratie participative, sous condition et malgré tout ». *Mouvements* 2 (50):118-29.
- Boltanski, Luc, et Laurent Thévenot. 1991. *De la justification. Les économies de la grandeur*. NRF Essais. Gallimard.
- Bossy, Thibault, et François Briatte. 2011. « Les formes contemporaines de la biopolitique ». *Revue internationale de politique comparée* 18 (4):7-12.
- Callon, Michel, Pierre Lascoumes, et Yannick Barthe. 2001. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Couleur des idées. Paris: Le Seuil.
- Campos, Paul. 2004. *The Obesity Myth*. New-York: Gotham's Book.
- . 2005. « The Obesity Myth - interview ». *Spiked*, octobre, 1-5.
- Castetbon, K., M. Vernay, V. Deschamps, B. Salanave, A. Malon, et S. Hercberg. 2008. « Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)-Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006): prévalences de l'obésité, de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies ». *Obésité* 3 (1):19-26. <https://doi.org/10.1007/s11690-008-0104-x>.
- Cefaï, Daniel. 1996. « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques ». *Réseaux* 14 (75):43-66. <https://doi.org/10.3406/reso.1996.3684>.
- Chopra, Mickey, Sarah Galbraith, et Ian Darnton-Hill. 2002. « A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition ». *Bulletin of the World Health Organization* 80 (12):952-58. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862002001200009>.
- Corbin, Alain, Jean-Jacques Courtine, et Georges Vigarello. 2016. *Histoire du corps*. Histoire. Le Seuil.
- Damay, Ludivind, Benjamin Denis, et Denis Duez. 2011. *Savoirs experts et profanes dans la construction des problèmes publics*. Travaux et recherches. Bruxelles: Publications des Facultés universitaires Saint-Louis.
- De Munck, Jean, et Mathieu Berger. 2015. « Participer, entre idéal et illusion ». *Recherches sociologiques et anthropologiques* 1.
- De Schutter, Olivier. 2016. « La cage et le labyrinthe : s'évader de la religion de la croissance ». *LPTransition Working Paper*, n° 2.
- Dewey, John. 2010. *Le Public et ses problèmes*. Folio Essais. Gallimard.
- Dupuis, Sherry L., Elaine Wiersma, et Lisa Loiselle. 2012. « Pathologizing behavior: Meanings of behaviors in dementia care ». *Journal of Aging Studies* 26 (2):162-73. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.12.001>.
- Ellul, Jacques. 2008. *La Technique : l'enjeu du siècle*. Classiques des sciences sociales. Economica.
- . 2012. *Le système technicien*. Champs. Paris: Le Chercher Midi.
- Food and Drug Administration. 1995. « Open Session of the Endocrinologic and Metabolic Drugs Advisory Committee ». FDA.
- Foucault, Michel. 1975. *Surveiller et punir*. Tel. Gallimard.
- Gard, Michael. 2010. *The End of Obesity Epidemic*. Taylor & Francis. Routledge.
- Gilman, Sander L. 2008. *Fat: A Cultural History of Obesity*. Polity.
- Gudzune, Kimberly A., Mary Catherine Beach, Debra L. Roter, et Lisa A. Cooper. 2013.

- « Physicians Build Less Rapport with Obese Patients ». *Obesity* 21 (10):2146-52.
<https://doi.org/10.1002/oby.20384>.
- Gusfield, Joseph. 2009. *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*. Etudes sociologiques. Economica.
- Halse, Christine. 2009. « Bio-Citizenship: Virtue discourses and the Birth of the Bio-Citizen ». In *Biopolitics and the « Obesity Epidemic »: Governing bodies*. New-York: Routledge.
- Hoffman, Axel. 2006. « La construction de l'obésité ». *Santé conjugulée*, n° 36 (avril).
- Hoffman-Pijollet, Claire. 2014. « Notre société favorise l'obésité et la rejette ». *Revue d'information sociale Solidarité et santé*.
- Hulme, Abigail. 1998. *Fat as deviance: Fat phobia and the social control of women's bodies*.
- Latour, Bruno. 1999. *Politiques de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie*. Paris: La découverte.
- Lippmann, Walter. 2008. *Le public fantôme*. Demopolis.
- Lucas, Barbara. 2011. « Trois gouvernements des démences. Les biopolitiques à l'épreuve des réseaux d'action publique locaux ». *Revue internationale de politique comparée* 18 (4):61-75.
- McKinsey Global Institute. 2014. « Overcoming obesity: an initial economic analysis ».
- Merton, R. K., et R. A. Nisbet. 1961. *Contemporary Social Problems*. Harcourt, Brace & World.
- Moller, Arlen, Richard Ryan, et Edward Deci. 2006. « Self-Determination Theory ad Public Policy: Improving the Quality of Consumer Decisions Without Using Coercion ». *American Marketing Association* 25 (1):104-16.
- Murray, Samantha. 2009. « Marked as "Pathological": Fat Bodies as Vistural Confessor ». In *Biopolitics and the « Obesity Epidemic »: Governing bodies*. New-York: Routledge.
- OECD. 2014. « Obesity Update 2014 ».
- Pelletier, Luc G., Stéphanie C. Dion, Monika Slovinec-D'Angelo, et Robert Reid. 2004. « Why Do You Regulate What You Eat? Relationships Between Forms of Regulation, Eating Behaviors, Sustained Dietary Behavior Change, and Psychological Adjustment ». *Motivation and Emotion* 28 (3):245-77. <https://doi.org/10.1023/B:MOEM.0000040154.40922.14>.
- Peuch, Jonathan. 2012. « Une mobilisation environnementale anti-barrage en Chine. Cartographie des acteurs et de leurs interactions dans le Yunnan ». *Diploweb*, février.
- Poulain, Jean-Pierre. 2009. *Sociologie de l'obésité*. Presses Universitaires de France.
- Renzaho, André M. N. 2004. « Fat, rich and beautiful: changing socio-cultural paradigms associated with obesity risk, nutritional status and refugee children from sub-Saharan Africa ». *Health & Place* 10 (1):105-13. [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(03\)00051-0](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(03)00051-0).
- Ryan, Richard, et Edward Deci. 2000. « Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being ». *American Psychologist* 55 (1):68-78.
- Sibony, Anne-Lise, Alberto Alemanno, et Geneviève Helleringer. 2016. « Brève introduction à l'analyse comportementale du droit ». *Recueil Dalloz-Sirey* 16 (7685).
- Simon, Hebert. 1957. « A Behavioral Model of Rational Choice ». In *Models of Man, Social and Rational: Mathematic Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting*. New-York: Wiley.
- Stengers, Isabelle. 2006. *La vierge et le neutrino. Les scientifiques dans la tourmente*. Les empêcheurs de tourner en rond.
- Thaler, Richard H., et Cass R. Sunstein. 2012. *Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision*. Vubert. Evolution 7. Pocket.
- Van Nieuwenhuyze, Ellen. 2015. « Regulatin nutrition and health claims : EU Food Law's poisoned chalice? » *Sciences juridiques*, Louvain la Neuve: Université Catholique de

Louvain.

Verdot, Charlotte, Marion Torres, Benoît Salanave, et Valérie Deschamps. 2017.

« Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. » *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 13 (juin):234-41.

Wachs, Faye Linda, et Laura Frances Chase. 2013. « Explaining the Failure of an Obesity Intervention: Combining Bourdieu's Symbolic Violence and the Foucault's Microphysics of Power to Reconsider State Interventions ». *Sociology of Sport Journal*, n° 30:111-31.

Williams, Geoffrey C., Virginia M. Grow, Zachary R. Freedman, Richard M. Ryan, et Edward L. Deci. 1996. « Motivational Predictors of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance ». *Journal of Personality and Social Psychology* 70 (1):115.

Woollven, Marianne. 2009. « Joseph Gusfield, La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique ». *Lectures*, mai.

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

———. 2004. « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ». OMS.

———. 2016. « Obésité et surpoids ». Aide-mémoire 311.

Wright, Jan, et Valerie Harwood. 2012. *Biopolitics and the « Obesity Epidemic »: Governing Bodies*. Routledge.